

Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

Julio de 2020
www.redesdigital.com

41

Paula Irueste, Macarena Guatrochi, Sofia Pacheco y Florencia Delfederico

Nuevas configuraciones familiares: tipos de familia, funciones y estructura familiar

Paula Irueste, Ailen Saco y Caterina Loyola

Revisión de conceptos clásicos de la Terapia Familiar desde una perspectiva de género

Karina Rivas Teppa, Antonio Rojo Gittermann, Andrea Zavala Urbina y Patricia Santibáñez Fernández

Secuencia del uso de la resonancia: desde la historia invisible a la intervención

Sylvia Sánchez-Oller y Karla Villalobos-Carrillo

La Narrativa Sistémica como modelo de intervención terapéutica en el manejo del dolor crónico no oncológico en mujeres

Jorge Armando Ríos Martínez y Bernardo Enrique Roque Tovar

Redes de apoyo familiar en adultos en tratamiento de tabaquismo en un centro de adicciones público

Juan Pablo Lazcano-Calvillo

Inicio del consumo de alcohol en estudiantes de Guadalajara; un análisis desde el modelo ecológico

Diálogos: Gerald Zuk

Comentario: Roberto Pereira Tercero



Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

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

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

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

Redes

DIRECTORES-FUNDADORES

Juan Luis Linares

Roberto Pereira

DIRECTORES EDITORIALES

Esteban Laso Ortiz

Eduardo Hernández González

CONSEJO CIENTÍFICO

Ricardo Ramos (España)

Marcelo R. Ceberio (Argentina)

Sandro Giovanazzi (Chile)

Regina Giraldo (Colombia)

Raúl Medina (México)

Javier Ortega (Barcelona)

Jaime Inclán (USA)

Félix Castillo (España)

Juan Antonio Abejón (España)

CONSEJO DE REDACCIÓN

José Manuel Costa (Lisboa)

Ana Paula Relvas (Portugal)

Teresa Moratalla (España)

Bani Maya (España)

Claudia Lucero (Temuco)

Norberto Barbagelata (Madrid)

Gianmarco Manfrida (Prato)

Rodolfo de Bernart (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. 41, Julio de 2020

SUMARIO

EDITORIAL	7
A. TEORÍA	
Nuevas configuraciones familiares: tipos de familia, funciones y estructura familiar Paula Irueste, Macarena Guatrochi, Sofia Pacheco y Florencia Delfederico	11
Revisión de conceptos clásicos de la Terapia Familiar desde una perspectiva de género Paula Irueste, Ailen Saco y Caterina Loyola	19
B. INVESTIGACIÓN	
Secuencia del uso de la resonancia: desde la historia invisible a la intervención Karina Rivas Teppa, Antonio Rojo Gittermann, Andrea Zavala Urbina y Patricia Santibáñez Fernández	31
La Narrativa Sistémica como modelo de intervención terapéutica en el manejo del dolor crónico no oncológico en mujeres Sylvia Sánchez-Oller y Karla Villalobos-Carrillo	49

Redes de apoyo familiar en adultos en tratamiento de tabaquismo en un centro de adicciones público	
Jorge Armando Ríos Martínez y Bernardo Enrique Roque Tovar	61
Inicio del consumo de alcohol en estudiantes de Guadalajara; un análisis desde el modelo ecológico	
Juan Pablo Lazcano-Calvillo	73
C.CLÁSICOS	
Diálogos: Gerald Zuk	
Comentario: Roberto Pereira Tercero	91

Editorial

Redes número 41 reúne un conjunto de trabajos, fruto de la reflexión y el trabajo de investigación de profesionales del campo de la Terapia Sistémica, que, sin estar ajenos a los acontecimientos recientes y conscientes de la atención puesta al evento actual de la pandemia, por parte de los profesionales de la salud, consideramos que la reflexión y el fortalecimiento de los recursos teóricos y prácticos, es hoy más necesaria que nunca y debe continuar.

Por ello en este número, incluimos, en la **sección teórica**, dos artículos orientados a repensar, recuperar y actualizar respecto del presente, los conceptos claves de la terapia familiar a través de la reflexión colectiva de profesores y alumnos de la facultad de psicología de la Universidad Nacional de Cordova, Argentina. **Paula Irueste, Macarena Guatrochi, Sofia Pacheco y Florencia Delfederico**, en su *trabajo Nuevas configuraciones familiares: tipos de familia, funciones y estructura familiar*, se proponen revisar los conceptos clásicos de la terapia familiar para verificar su potencial descriptivo de la realidad actual de las familias, así como de contrastarlos con los pre-conceptos y pre-juicios que los mismos terapeutas han construido durante su trayectoria profesional. Los hallazgos que reportan, en efecto, dan cuenta de una diversidad amplia en la configuración de las familias, lo que los lleva a sugerir que este ejercicio de revisión y actualización se convierta en un imperativo del ejército de la terapia.

En el segundo de los trabajos que integran esta sección, titulado *Revisión de conceptos clásicos de la Terapia Familiar desde una perspectiva de género* de **Paula Irueste, Ailen Saco y Caterina Loyola**, incorporan a la revisión teórica de los conceptos clásicos de la la terapia, la perspectiva de género, que introduce una mirada distinta, que amerita ser utilizada para poner a prueba la vigencia de las teorías frente a esta nueva realidad con dinámicas de relación distintas en las que el poder no está dado de antemano a los hombres o a las estructuras con hegemonía masculina.

En la **sección de investigación**, publicamos cuatro trabajos. El primero de ellos *Secuencia del uso de la resonancia: desde la historia invisible a la intervención* de **Karina Rivas Teppa, Antonio Rojo Gittermann, Andrea Zavala Urbina y Patricia Santibáñez Fernández**. Se trata de un trabajo que busca contribuir a la reflexión y enriquecimiento respecto del uso de la Persona del Terapeuta y la historia invisible como la vía de acceso por excelencia a la resonancia que constituye uno de los principales instrumentos con los que cuenta el psicoterapeuta y a través del cual se puede lograr la nueva construcción de significados en el proceso terapéutico. A través de esta contribución se busca reducir la disociación entre lo racional-emotivo de los futuros psicólogos o terapeutas sistémicos.

El segundo, artículo que se incluye en la sección de investigación se titula *La Narrativa Sistémica como modelo de intervención terapéutica en el manejo del dolor crónico no oncológico en mujeres*, realizado por **Sylvia Sánchez-Oller y Karla Villalobos-Carrillo**. El dolor es una experiencia vital humana que puede reivindicar la vida o destruirla, todo depende de cómo se viva y cuál sea su narrativa. Ante ello, Sánchez-Oller y Villalobos-Carrillo plantean que “la Terapia Narrativa permite intervenir en el manejo del dolor crónico puesto que, logra separar las historias de vida de cada una de las participantes del mismo, mediante la externalización del problema, y así, determinar que ellas no son el problema, que el dolor no es el problema y que existen otras alternativas para el manejo de su malestar” de esta manera la vivencia del dolor cobra otro significado, al grado de que puede verse también través de la narrativa o esa otra historia como como un alivio.

Redes de apoyo familiar en adultos en tratamiento de tabaquismo en un centro de adicciones público, de **Jorge Armando Ríos Martínez, Bernardo Enrique Roque Tovar**, es el tercero de

los trabajos incluidos en la sección de investigación. Los autores realizan un estudio para identificar los elementos del apoyo proporcionado por las redes familiares, involucrados en la recuperación de pacientes que están en entrenamiento para dejar de fumar y que han obtenido el alta con mejoría. Entre los principales hallazgos encontrados en su indagación es que identificaron que el apoyo se expresa principalmente en tres categorías que intervienen de manera positiva en la recuperación: la validación, el apoyo conductual y motivacional a través de los sentimientos de culpa. Además, encontraron que el proveedor principal del apoyo familiar son las mujeres. Esto permite concluir “que el involucramiento de la red de apoyo familiar en el proceso de tratamiento tiene un impacto favorable de acuerdo a la vivencia diaria y personal de los pacientes” lo que lo lleva a sugerir que las redes de apoyo son un recurso valioso que debe ser utilizado para la recuperación de los pacientes.

El último trabajo de la sección de investigación fue realizado por **Juan Pablo Lazcano-Calvillo**, se titula *Inicio del consumo de alcohol en estudiantes de Guadalajara; un análisis desde el modelo ecológico*. El consumo de alcohol en jóvenes se ha extendido exponencialmente en el mundo y se ha convertido en un problema de salud pública de grandes dimensiones por lo que se hace necesario conocer y entender las motivaciones de un problema complejo. En este estudio se busca comprender el problema a partir de una mirada ecológica para identificar los factores que favorecen el consumo y las dimensiones en las que estos aparecen. Como resultado de la investigación se identificó que, en la dimensión del *microsistema*, los descriptores más importantes para explicar el inicio de consumo de alcohol fueron la depresión y la sensación de soledad. En la dimensión del *mesosistema*, resaltaron los problemas familiares y el noviazgo y en el *macrosistema*, la influencia social y la expectativa de diversión fueron los que más destacaron y finalmente en el *exosistema* la aceptación social y bullying aparecieron como causas de inicio de consumo.

Finalmente, en la **sección de clásicos** incluimos una entrevista que el Dr. Canevaro hace a Gerald Zuk, acompañada del comentario erudito del Dr. Roberto Pereira, un conocedor de la historia viva de la Terapia Familiar, su re-lectura permitirá a los lectores revivir fragmentos de una historia llena de pasajes de tensión y distensión, pero con un desenlace tan prometedor, que hoy en día sus signos vitales son muestra de su vitalidad.

Invitamos a lectores y autores habituales y recientes, a seguir contribuyendo con este proyecto editorial, ya sea enviado sus trabajos o consultado sus páginas.

Eduardo Hernández

Esteban Laso

Directores Editoriales

Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

Teoría



Nuevas configuraciones familiares: tipos de familia, funciones y estructura familiar

New Family Configurations: Types of Family, Functions and Family Structure

Paula Irueste^a, Macarena Guatrochi^b, Sofia Pacheco^c, Florencia Delfederico^d

^aFacultad de Psicología, UNC. paulairuete@gmail.com, ^{b,c,d}Facultad de Psicología, UNC.

Historia editorial

Recibido: 23-11-2018

Primera revisión: 08-01-2020

Aceptado: 15-04-2020

Palabras clave

familia, configuraciones,
familiares, terapia sistémica,
estructura, funciones

Keywords

family, family structure,
systemic therapy, structure,
functions

Resumen

A partir de los aportes e interrogantes de los estudiantes del tramo final de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología, UNC, acerca de las demandas actuales, las cuales no podrían ser respondidas de manera adecuada a través de los aportes clásicos de la terapia sistémica, resulta necesario re-pensar estos aportes teóricos y su aplicación clínica. En esta comunicación se revisan de manera teórica los conceptos clásicos de la terapia familiar sistémica tales como concepto de familia, sus tipos y funciones, así como los cambios en la estructura familiar acontecidos por las transformaciones sociales actuales. El objetivo central será el de conocer la diversidad en los tipos de familia actuales, re-pensando y revisando sus subsistemas, límites y fronteras. Por último, se propone también la revisión de los propios pre-conceptos del terapeuta para, así, lograr intervenciones clínicas más eficaces que puedan dar mejores respuestas a las demandas sociales emergentes.

Abstract

Considering the contributions and questions made by the students of the School of Psychology at the National University of Córdoba as part of their undergraduate thesis and The current demands, which could not be met effectively by means of the traditional contributions of systemic therapy, we believe it is necessary to reconsider these theoretical contributions and their clinical application. This paper revises the classical concepts of the systemic family therapy such as the concept of family, its types and functions, as well as the changes in family structure that have occurred as a result of the current social transformations. The main aim is to show the diversity of the different current family types, to reconsider and to revise their subsystems, limits and boundaries. Finally, another aim is to revise the therapist's own preconceptions in order to achieve more effective clinical interventions that can provide better responses to the emerging social demands.

1. INTRODUCCIÓN

Nuestra sociedad atraviesa grandes cambios en relación a algunas temáticas trascendentes acerca de las cuales hoy se puede dialogar, re-pensar y visibilizar en relación a la reproducción de conceptos que encontramos obsoletos a la luz de las nuevas configuraciones familiares que se presentan en la clínica actual.

La principal motivación para realizar esta comunicación parte de los alumnos y alumnas de los últimos años de la Licenciatura en Psicología de la UNC quienes atravesados por estos movimientos sociales pueden visualizar que los conceptos teóricos clásicos no condicen con las demandas actuales y, por tanto, se hace factible revisar el abordaje de algunas temáticas. A partir de diversos interrogantes originados en las clases, decidimos emprender una revisión teórica que nos permita conocer la diversidad en los tipos de familias, pero también y, fundamentalmente, revisar nuestros propios pre-conceptos al respecto, considerando que nuestra formación nos ha provisto de un conocimiento clásico construido en un tiempo y un contexto social diferente al actual.

¿Qué es una configuración familiar? ¿Cuántos tipos de familias encontramos en la clínica actual? ¿Se sostienen los conceptos de estructura familiar, funciones, límites y fronteras en las distintas configuraciones familiares? ¿Revisamos nuestros pre-conceptos y los conceptos que adquirimos en nuestra formación? Estos interrogantes y sus posibles respuestas serán la guía para realizar nuestros aportes al campo de la psicoterapia sistémica.

2. DESARROLLO

Una configuración familiar puede ser definida como la constitución, en términos demográficos, de la familia y refiere además a la distribución de roles dentro del sistema, a la comunicación inter-sistemas, la estructura familiar y las reglas que lo regulan (Sánchez, 2014; Minuchin, Lee y Simon 1998).

Los desarrollos clásicos de la terapia estructural de familia surgen en la primera mitad del siglo XX donde el concepto de familia se acotaba al de familia nuclear. Son diversos los autores (Chouhy, 2000; De Gregorio, 2004; Castellar, 2010) que consideran que la familia actual asiste a un proceso de profundas y aceleradas transformaciones, sin precedentes, que se ven reflejadas en la diversificación de modelos que se pueden encontrar. Múltiples profesionales, de diversas áreas, se han interesado por este fenómeno y su impacto a nivel individual, familiar y social.

El principal cambio que se encuentra es el paso de las Familias Nucleares a las Familias Posnucleares. Entre las primeras se encuentran las familias constituidas por la pareja unida a través del matrimonio y sus hijos, mientras que en las segundas aparecen diversas estructuras denominadas como nuevas configuraciones familiares (De Gregorio, 2004). Dentro de este grupo se pueden mencionar aquellas familias constituidas por uniones no matrimoniales, parejas sin descendencia, familias combinadas o reconstituidas, monoparentales, homoparentales, aquellas que recurren a la reproducción asistida y a la adopción.

Se considera que estas nuevas configuraciones familiares son el reflejo de profundas transformaciones sociales propias de la posmodernidad, como la desinstitucionalización de la familia tal como se la venía pensando hasta ahora. Diversos fenómenos influyen en la modificación de los límites entre la legitimidad e ilegitimidad familiar, entre ellos la legalización del divorcio, de la fertilización asistida y los avances tecnológicos, la modificación de las representaciones sociales en relación a la diversidad sexual, el género y la paternidad, el rol de la mujer en la familia y en la sociedad, el embarazo adolescente, entre otros (Chouhy, 2000; De Gregorio, 2004; Castellar, 2010).

Sin embargo, como explica Minuchin (1974), el hombre, a pesar de todos estos cambios, se sigue adhiriendo a valores que pertenecen a una sociedad diferente, donde los límites entre lo extrafamiliar y lo familiar estarían claramente delineados.

Las Familias Adoptivas pueden ser definidas como aquellas en las que por lo menos uno de los hijos no tiene relación biológica con ambos progenitores. Lo que se modifica, respecto a la familia tradicional, es el vínculo de consanguinidad padres-hijos, pero no la configuración familiar en sí, ya que puede darse el fenómeno de la adopción en familias bi o monoparentales, hetero u homosexuales, con hijos biológicos previos o sin ellos, etc. (Palacios, 2010).

Respecto a este tipo de familias, el gran reto que se plantea es la necesidad de revisar las expectativas hacia la nueva familia de ambas partes, tanto de quienes adoptan como de quienes son adoptados, la revisión de las motivaciones de la adopción, priorizando siempre las necesidades del niño o niña y el proceso de comunicación del hecho de la adopción a los o las protagonistas (Palacios, 2010).

Por otro lado, las Familias Monoparentales o Monomarentales son aquellas en las cuales los hijos son responsabilidad de un solo progenitor que convive con ellos (Cortés y Cantón, 2010). Siguiendo con estos autores, este tipo de familia, se conforma habitualmente por un núcleo principal, constituido por el progenitor y los hijos, y a veces se incluye dentro de una familia compleja en la que hay una pareja externa como por ejemplo los abuelos (en este caso se le denomina núcleo monoparental secundario o dependiente).

Para la concepción clásica de la terapia estructural de familia, los orígenes de la monoparentalidad podían darse únicamente por divorcio o la separación de la pareja, la viudez o la soltería (Minuchin y Fishman, 1984), pero no por una elección personal de la madre o el padre que desean constituir su familia de esa manera.

Consideramos necesario aclarar que en la actualidad este concepto engloba mayor diversidad de familias monoparentales ya que las personas acceden a la monoparentalidad por diferentes vías, se pueden mencionar entre estas la monoparentalidad vinculada a la técnicas de reproducción asistida, a la ruptura de la relación matrimonial, al ordenamiento jurídico (procesos de adopción) y a las situaciones sociales como privación de la libertad, emigración, enfermedad prolongada, etc. (Sumaza y Rodríguez, 2003).

En el caso de las familias que se constituyen como monoparentales o monomarentales a raíz de la ruptura de la relación de pareja, es necesario tener en cuenta que se produce una modificación de una estructura familiar previa. Esto conllevará necesariamente un proceso de reestructuración de los subsistemas y sus límites y de adaptación de todos los miembros de la familia (Cortés Arboleda y Cantón Duarte, 2010). Esta situación también puede aplicarse para las familias que se constituyen como monoparentales debido a situaciones sociales o a decisiones personales.

Luego, tenemos las Familias Reconstituidas que son las formadas por una pareja adulta en la que al menos uno de los cónyuges tiene un hijo de una relación anterior (Pereira, 2002). Una de las características fundamentales de este tipo de familias es que se encuentran en transición, debiendo afrontar numerosos cambios en un periodo corto de tiempo (Pereira, 2002).

Pereira (2002) expresa que las familias reconstituidas son familias que nacen de la pérdida, ya que las mismas se originan a partir de la muerte de uno de los cónyuges o la separación o divorcio de uno o ambos cónyuges. Por este motivo, ambos casos constituyen una pérdida que deberán asumir todos los miembros de la familia, comenzando un proceso familiar de duelo.

Se considera necesario re- pensar esta concepción, ya que alguna o las dos familias que se unen, podría ser monoparental/ marental por técnicas de reproducción asistida, o por adopción por parte de uno sólo de los progenitores, por lo que el componente de la pérdida no estaría presente en estos casos tal como esta definición lo afirma.

Según Visher y Visher (1993), las familias ensambladas exitosas pueden reconocerse observando cómo han respondido a las exigencias y tareas que acompañan la transición de la cultura familiar previa, a la cultura de la familia ensamblada. Algunas de estas pueden ser: la nueva relación de

pareja necesita fortalecerse y solidificarse, los roles deben re-establecerse, se necesitan desarrollar nuevas relaciones en la familia, entre ellas la de los hijos y el nuevo integrante de la pareja, y la de los hijos de distintas parejas entre sí, debe lograrse un sentido de pertenencia a la nueva unidad familiar y establecerse nuevas responsabilidades y pautas de convivencia familiar así como redefinirse la relación de los miembros del núcleo familiar con el ex cónyuge (Espinari, Carrasco, Martínez & García-Mina, 2003; Oliva, Parra y Antolín, 2010; Visher & Visher, 1993).

Siguiendo a estos autores, algunas características de las familias ensambladas exitosas serían: se ha realizado el duelo de las pérdidas, las expectativas son realistas, existe una pareja fuerte y unida, se establecen rituales constructivos, se han formado relaciones ensambladas, las casas separadas cooperan, entre otras. Estas características exitosas podrían ser observadas, entonces, sin distinciones en cuanto a cómo se produjo la monoparentalidad o monomarentalidad de origen.

Uno de los tipos de familias, más recientemente reconocidas por la legislación argentina, es la de las Familias Homoparentales la cual está conformada por una pareja homosexual que decidió optar por la maternidad/paternidad (Quaglia, 2011). Por las características propias de este tipo de parejas, las formas de reproducción a las que recurren requieren de un proceso de reflexión previo, lo cual implica una toma de decisión y un deseo de paternidad/maternidad, que puede constituirse como una fortaleza de este tipo de familia (González, López y Gómez, 2010).

Siguiendo a González, López y Gómez (2010), podemos decir que diversos estudios muestran que el reparto de tareas y la toma de decisiones se desarrollan de una manera más igualitaria que en las familias con padres heterosexuales. Esto puede verse reflejado en una mayor satisfacción en cuanto al papel desempeñado por el otro en las tareas parentales.

Por último, encontramos las Familias que recurren a la reproducción asistida. Las técnicas de reproducción asistidas (TRA) son un hecho transversal que puede suceder en familias de diversas estructuras. Estas constituyen una modificación en la concepción de la función reproductora, reflejando que esta puede llevarse a cabo fuera del núcleo familiar y sin que exista vínculo genético entre ambos padres y sus hijos (Arranz, Olabarrieta, Galende, Manzano y Martín, 2010).

Las técnicas son diversas y con diferente grado de vinculación genética padres-hijos, entre ellas podemos mencionar: la fecundación in vitro con óvulos y espermatozoides de la madre y el padre, la inseminación artificial en la que se recurre a donante de espermatozoides/óvulos, la subrogación o alquiler de útero (Arranz, Olabarrieta, Galende, Manzano y Martín, 2010). En estos casos la decisión de ser padres implica también un proceso reflexivo y un deseo de paternidad/maternidad presente.

Hasta aquí hemos revisado teóricamente los diferentes tipos de familias que encontramos en nuestro contexto actual.

Para responder al tercer interrogante acerca de si hemos revisado nuestros propios pre-conceptos retomaremos algunos conceptos clásicos en los que hemos basado nuestra formación sistémica y, por tanto, la mirada y la lectura que hacemos de los fenómenos clínicos se encuentran ineludiblemente atravesadas por este conocimiento. Por ello, se retoman algunos conceptos claves de la terapia estructural de familia para reflexionar acerca de su adecuación a estas nuevas configuraciones que implican cambios tanto a nivel estructural como de funcionamiento.

Las nuevas configuraciones familiares desarrolladas hasta aquí, se plantean como “nuevas” en contraposición al modelo de configuración de familia tradicional, esta es definida por Valdivia (2008) como la familia conyugal, fundada en lo biológico, que surge en todas las culturas de una pareja heterosexual y con fines de procreación.

El concepto de familia propuesto por Minuchin y Fishman (1984) la define como un organismo vivo, compuesto por algo más que la simple suma de los individuos que en ella conviven.

Un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia. (pág. 25).

Hasta aquí podemos decir que este concepto resulta acorde en cualquier tipo de configuración familiar.

La familia satisface dos objetivos a través de sus funciones, uno interno de protección psicosocial de los integrantes y otro, de acomodación a la cultura y transmisión de la misma, de carácter externo (Minuchin, 1974).

Las nuevas configuraciones familiares pueden ser entendidas desde esta mirada, ya que en todos los modelos habría un grupo natural, que desarrolla pautas de interacción constituyendo así la estructura familiar que da soporte a las funciones de la familia. Lo que cambiaría, sería el tipo de estructura, pero no las funciones que el grupo desempeña, sea a través de uno, una o ambas figuras parentales.

Para continuar con los conceptos de la terapia familiar clásica, se retoma la idea de que el sistema familiar se puede subdividir en subsistemas que pueden ser formados por generación, sexo, interés o función (Minuchin, 1974)

La familia, según lo planteado por la terapia sistémica estructural, se compone de tres subsistemas, el conyugal, el parental y el fraterno.

El subsistema conyugal es definido a lo largo de las obras de Minuchin (1974) como el subsistema que se constituye cuando dos adultos de distinto sexo se unen con la intención expresa de constituir una familia. El autor expresa que es necesaria la complementariedad y la acomodación mutua y que para su formación deben desarrollar pautas de complementariedad que le permita a cada parte ceder sin sentirse derrotado.

En esta conceptualización se puede ver cómo las familias homoparentales quedarían excluidas de esta definición si la diferencia sexual entre los adultos se constituye en una condición necesaria para la constitución del subsistema. Al respecto Minuchin y Fishman (1984) expresan en su obra “Técnicas de terapia familiar” que en la limitada experiencia clínica con parejas homosexuales con niños recogida en esa época han podido establecer que este concepto es tan válido en su caso como en el de las parejas heterosexuales con hijos.

Una situación similar sucede si se piensa en las familias monoparentales o monomarentales que se constituyen como tales desde un inicio. Este tipo de familia también es posible cuando es un solo adulto el que decide constituir una familia y recurrir a técnicas de reproducción asistida y no únicamente por la ruptura del subsistema conyugal tal como nos indicaba la teoría clásica y como mencionábamos más arriba. Asimismo, el término “monomarental” fue creado con posterioridad al término “monoparental” que es el que regía en los conceptos clásicos trasluciendo una perspectiva de género que sólo es posible visibilizar en la actualidad a la luz de los movimientos sociales que ponen en tensión las desigualdades permanentes entre hombres y mujeres presentes, aún en la utilización del lenguaje.

Minuchin (1974) plantea que el subsistema conyugal debe poseer un territorio psicosocial propio, donde resguardarse de las interferencias de las demandas y necesidades de otros sistemas y donde poder proporcionarse mutuamente un sostén emocional a partir de la complementariedad. Si se toma esta afirmación para pensar en términos de funciones, una pareja compuesta por personas del mismo sexo, no quedaría excluida de la posibilidad de constituirse en un subsistema en el que sus miembros se proporcionen mutuamente sostén emocional. Al respecto González, López y Gómez (2010) plantean que los roles y el reparto de tareas se desarrollan de manera más igualitaria en las parejas homosexuales, se puede pensar entonces que el funcionamiento de este subsistema, en términos de complementariedad, no se ve afectado de manera negativa, por la igualdad de los sexos de sus integrantes. Sin embargo, esto no sucedería en las familias monoparentales y monomarentales en las cuales el subsistema conyugal no puede pensarse de manera clásica. Si bien las funciones pueden ser asumidas por cualquier persona significativa de esa configuración familiar, no podríamos describir a ese sub-sistema como conyugal. En este punto consideramos importante revisar y re-definir este concepto que, según la definición clásica, el subsistema conyugal se constituiría como tal en base a la diferenciación de los sexos, y el establecimiento de la pareja como una condición necesaria para

la constitución de una familia.

En relación al concepto clásico de subsistema parental, en 1974 Minuchin plantea que este se conforma con el nacimiento del primer hijo, luego, en 1984 utiliza las funciones del sistema para definirlo, en lugar de instituir su constitución a partir del nacimiento, esto puede pensarse como una modificación que permite aplicar este concepto para las configuraciones familiares en las que el vínculo paterno-filial no depende de la consanguinidad, como las familias adoptivas, sobre todo en los casos en que dicha adopción no se realiza desde el momento mismo del nacimiento del niño o la niña. Además, en el mismo año plantea que este sistema puede estar compuesto diversamente, al excluir a unos de los padres o incluir algún miembro de la familia extensa. Esta afirmación permite pensar la aplicabilidad de este concepto a las familias monoparentales/ monomarentales, así como a las reconstituidas.

En relación al concepto de límites, Minuchin (1974) los define como la separación entre los diferentes subsistemas, que son establecidos con base en las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Éstos pueden ser claros, difusos, o rígidos. El autor plantea que para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites deben ser claros, para permitir el desarrollo de las funciones de los miembros en los diferentes subsistemas.

Las fronteras, por su parte pueden definirse como la demarcación del espacio entre la familia y el ambiente externo, estas pueden ser flexibles o rígidas, permitiendo o no el ingreso de información externa.

Ambos conceptos, pueden considerarse aplicables a todas las configuraciones familiares descritas ya que no refieren a una distinción en términos de composición familiar, sino a las delimitaciones entre subsistemas y entre la familia y el ambiente. Sin embargo, consideramos pertinente para pensar la clínica, hacer hincapié en ciertas particularidades a la hora de aplicarlos a determinados tipos de familia.

En el caso de las familias reconstituidas, es necesario tener en cuenta que, al reestructurarse los subsistemas, los límites entre ellos, deben replantearse estableciendo nuevas pautas de interacción. Además, en el caso de aquellas familias derivadas de divorcios previos, es necesario tener en cuenta la necesidad de readaptación de límites y fronteras entre la familia reconstituida y el progenitor/a no conviviente.

Si pensamos en las familias homoparentales, se puede retomar el planteo de Quaglia (2011) quien destaca que algunas de estas familias presentan características retentivas, ya que, en ocasiones, el afuera se comporta de manera hostil. Las familias retentivas, se caracterizan por su orientación hacia el adentro, vivenciando el mundo externo como amenazante. Consideramos que este tipo de situaciones deben ser tenidas en cuenta a la hora de analizar las fronteras familiares y al pensar las intervenciones a realizar en esa línea.

En relación a las familias monoparentales/ marentales es necesario tener en cuenta que las fronteras suelen ser más flexibles debido a la necesidad de apoyo externo para el funcionamiento adecuado de la familia. En relación a los límites es importante tener presente que hay un mayor nivel de parentalización de los hijos en familias monoparentales/marentales, derivadas de divorcio o viudez (Cortés y Cantón, 2010) y que esto constituye un riesgo para el bienestar psicológico de los mismos, produciendo estrés, frustración y preocupación.

Estas son sólo algunas de las situaciones en las que se puede observar la necesidad de problematizar y revisar los conceptos que hemos incorporado en nuestra formación a través de las teorías clásicas de terapia familiar. Conceptos tales como tipo de familia, los subsistemas que la conforman y las funciones que en ella se desarrollan y la necesidad de de-construirlos para abordar de manera adecuada la nueva configuración familiar que demanda del terapeuta sistémico un abordaje preciso, efectivo y, fundamentalmente, libre de prejuicios y pre-conceptos.

En esta comunicación hemos revisado algunos conceptos de la teoría clásica de terapia familiar, tales como concepto de familia, estructura familiar, subsistemas, funciones, límites y fronteras a la luz de las nuevas configuraciones familiares que se presentan en la clínica actual.

Asimismo, revisamos teóricamente los diferentes tipos de familia que habitan la actualidad: familias posnucleares frente a las denominadas familias nucleares, familias adoptivas, familias monoparentales y monomarentales, familias reconstituidas, familias homoparentales y familias que recurren a métodos de reproducción asistida y cómo son vistos los conceptos clásicos en estas diversas configuraciones familiares.

El terapeuta, al formar parte de los sistemas observantes y co-construir la realidad junto con el o la consultante, aportará desde su mirada y su accionar intervenciones que, de manera explícita o implícita, se encontrarán teñidas de los conocimientos adquiridos en su formación y sus concepciones acerca de la familia, las funciones, los roles y el género entre otras variables.

Es por esto que consideramos ineludible que más allá de los aportes teóricos, las y los terapeutas sistémicos, puedan revisar sus propios conceptos y pre-conceptos que, como sabemos, atraían, influyen y condicionan cada proceso terapéutico para, así lograr que las intervenciones sean más amplias, eficaces y lo más libres de prejuicios posibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arranz, E., Olabarrieta, F., Galende, N., Manzano, A., y Martín, J. L. (2010). Familias recurrentes a la reproducción asistida y familias múltiples. En Freijo E. A. y Delgado A. O. (Eds.). *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares*. España: Editorial Pirámides.
- Castellar, A. F. (2010). Familia y homoparentalidad: una revisión del tema. *Revista CS*, (5), 45-70.
- Chouhy, R. (2000). Función paterna y familia monoparental: ¿Cuál es el costo de prescindir del padre? *Psicología y psicopedagogía*, (2), s/d.
- Cortés Arboleda, M. R., y Cantón Duarte J. (2010). Familias Monoparentales. En Freijo E. A. & Delgado A. O. (Eds.). *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares*. España: Editorial Pirámides.
- De Gregorio, V. C. (2004). Nuevos modelos familiares. *Padres y Maestros/Journal of Parents and Teachers*, (282), 24-29.
- Espinar Fellmann, I., Carrasco Galán, M., Martínez Díaz, M., & García-Mina Freire, A. (2003). Familias reconstituidas: Un estudio sobre las nuevas estructuras familiares. *Clínica y Salud*, 14(3), 301-332.
- González, M. M., López, F., & Gómez, A. B. (2010). Familias Homoparentales. En Freijo E. A. & Delgado A. O. (Eds.). *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares*. España: Editorial Pirámides.
- Minuchin, S (1974). *Familias y terapia familiar*. España: Editorial Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman H. (1984) *Técnicas de Terapia Familiar*. España: Editorial Paidós
- Minuchin, S., Lee, W. Y. & Simon, G. M. (1998). *El arte de la terapia familiar*. España: Editorial Paidós.
- Oliva, A., Parra, A., y Antolín, L. (2010). Familias Reconstituidas. En Freijo E. A. & Delgado A. O. (Eds.). *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares*. España: Editorial Pirámides.
- Palacios, J. (2010). Familias Adoptivas. En Freijo E. A. & Delgado A. O. (Eds.). *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares*. España: Editorial Pirámides.
- Pereira, R. (2002). Familias Reconstituidas: La pérdida como punto de partida. *Perspectivas sistémicas*, 14(70).

- 18 Quaglia, S. (2011). Familias con un miembro de la pareja homosexual: de esto no se habla fuera de casa. *Familias Queer. Perspectivas Sistémicas*, s/d.
- Sánchez Díaz, A. (2014). *Configuración familiar durante el proceso post penitenciario, en el contexto de Fundación Mujer Levántate* (Tesis para optar a título profesional). Universidad Alberto Hurtado de Santiago. Chile.
- Sumaza, C. R., y Rodríguez, T. L. (2003). Un análisis del concepto de familia monoparental a partir de una investigación sobre núcleos familiares monoparentales. *Papers: revista de sociologia*, (69), 59-82.
- Valdivia Sánchez, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF*, 2(1), 15-22.
- Visher, E. y Visher, J. (1993) Dinámica De Las Familias Ensambladas Exitosas. *Sistemas Familiares*, 9(2).

Review of classic concepts of Family Therapy from a gender perspective

Paula Irueste^a, Ailen Saco^b, Caterina Loyola^c

^aFacultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Email: paula.iruete@unc.edu.ar,

^{b,c}Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba

Historia editorial

Recibido: 29-08-2018

Primera revisión: 09-05-2018

Aceptado: 26-05-2020

Palabras clave

terapia familiar, familia, sistema,
amor complejo, género

Resumen

La posibilidad de revisar y analizar los conceptos clásicos de la Terapia Familiar surge a partir del intercambio de ideas y la resultante reflexión con los y las estudiantes de los últimos años de la Licenciatura en Psicología, de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Se considera que los diversos cambios que emergen en el contexto actual proponen desafíos y abren la posibilidad de pensar y re-construir una nueva manera de mirar. El siguiente artículo es una invitación a re-pensar los desarrollos teóricos clásicos de la terapia estructural de Salvador Minuchin en relación a los cambios contextuales acontecidos en los últimos tiempos. Se profundizan las nociones de estructura familiar como sistema y las nociones de subsistemas y límites, analizadas a través de una perspectiva de género. Se revisan la evolución del concepto de familia en relación a las funciones dentro del sistema y los distintos componentes del amor complejo. Finalmente, se considera como fundamental a la persona del terapeuta en tanto integrante del sistema terapéutico y su singular enfoque a la hora de mirar los fenómenos en los cuales interviene.

Keywords

family therapy, family, system,
complex love, gender

Abstract

The possibility of reviewing and analyzing the classic concepts of Family Therapy arises from the exchange of ideas and the resulting reflection with students in the last years of the Degree in Psychology, Faculty of Psychology, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). It is considered that the diverse changes that emerge in the current context propose challenges and open the possibility of thinking and re-constructing a new way of looking. The following article is an invitation to rethink the classic theoretical developments of Salvador Minuchin's structural therapy in relation to the contextual changes that have taken place in recent times. The notions of family structure as a system and the notions of subsystems and limits, analyzed through a gender perspective, are deepened. The evolution of the concept of family is reviewed in relation to the functions within the system and the different components of complex love. Finally, the person of the therapist is considered to be fundamental as an integral part of the therapeutic system and his or her unique approach to looking at the phenomena in which he or she intervenes.

El interés por revisar los conceptos clásicos de la Terapia Familiar surge a partir de la demanda de los y las estudiantes de los últimos años, de la Licenciatura en Psicología, de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Los diversos cambios emergentes en relación a los estudios de género han creado en el estudiantado una nueva manera de mirar lo cual resulta sumamente desafiante y gratificante para la revisión de teorías que podemos considerar como “clásicas” que, si bien han realizado indudables aportes al campo de estudio de la Psicoterapia Sistémica, han sido creadas en un contexto social singular con concepciones pre-establecidas, mitos y estereotipos acerca de los conceptos de familia, su organización, los roles y las funciones, especialmente en relación al género de los miembros de las familias, que resulta necesario re-pensar para construir nuevos significados. Por esto, el objetivo de esta comunicación será el de realizar una revisión de los mencionados aportes clásicos para proponer una nueva manera de mirarlos considerando las características particulares del contexto actual.

La terapia estructural de familia remite a un conjunto de desarrollos teóricos y de técnicas construidas a los fines de estudiar e intervenir sobre el individuo inserto en su contexto social. La misma se propone modificar la organización de la familia, asumiendo que al transformar la estructura del grupo familiar, se alteran, de manera consecuente, las posiciones que cada miembro ocupa en el sistema, las interacciones entre los mismos y sus experiencias internas. En este sentido, se postula, como supuesto fundamental que la persona, se constituye en un miembro activo y reactivo de los diferentes grupos sociales en los cuales se halla inmerso; en otras palabras, influye en los distintos sistemas de los cuales forma parte y es influida por estos de manera recíproca. Construir las teorías y las intervenciones en salud mental a partir de las ideas previamente mencionadas, resultó la innovación fundamental que permitió concebir a este marco de referencia como un nuevo enfoque (Minuchin, 1974).

Por tanto, continuando con la idea de innovación iniciada por Minuchin es imposible no tomar en consideración los cambios acontecidos en el contexto actual a la hora de aplicar la teoría a las realidades socialmente construidas que nos rodean. Se revisarán ciertos conceptos fundamentales que hacen a la terapia estructural familiar, de-construyendo los desarrollos mencionados para poder mirarlos desde una perspectiva de género. Esto, a los fines de poner en tensión aquellos postulados de la terapia estructural de familia determinados por el contexto social de los años ‘70, y las concepciones y configuraciones familiares que se han desarrollado de manera acorde a los escenarios de la actualidad.

En la presente comunicación profundizaremos entonces las nociones de estructura familiar como sistema y las nociones de subsistemas y límites. A partir de este desarrollo, revisaremos el concepto de familia para, finalmente, adentrarnos en la persona del terapeuta, como integrante del sistema terapéutico, a la hora de mirar los fenómenos en los que interviene.

2. DESARROLLO

Lamas (2001) define al género como una construcción simbólica y cultural fundamentada en la diferenciación anatómica sexual. En otras palabras, a través de diversos procesos sociales y culturales, cada sociedad define y caracteriza las representaciones sociales que corresponden al “hombre” y a la “mujer” adentrándose en un sistema de tipo binario.

A su vez, como resultado de dichos procesos se establecen normas culturales sobre los comportamientos esperables para ambos. Es decir que el sexo, en tanto diferenciación biológica con la cual nacemos, conlleva diferencias reproductivas, pero no diferencias actitudinales, normativas, conductuales o de roles. Todo ello es producto de la asignación social (López, 1988 citado en García-Leiva, 2005).

La sexualidad se constituye inserta en un determinado contexto, al cual le pertenece un sistema ideológico que establece los parámetros de aquello que se considera femenino y se distingue de lo masculino (Vega, Barrionuevo y Vega, 2007). En este sentido, la identidad de género es la autoclasificación como hombre o mujer sobre la base de aquello que culturalmente se entiende como tal (López, 1988 citado en García-Leiva, 2005). “Es el conjunto de sentimientos y pensamientos que tiene una persona en cuanto miembro de una categoría de género” (Carver, Yunger y Perry, 2003 citado en García-Leiva, 2005, párr. 13).

Estas concepciones actuarán como guía para el desarrollo del análisis; tomando las palabras de la autora, como “filtro cultural con el que interpretamos en el mundo (...)” (Lamas, 2001, p.18).

ESTRUCTURA FAMILIAR: SUBSISTEMAS Y LÍMITES

Como se expone en la terapia estructural, dentro del sistema familiar se diferencian subsistemas constituidos por generación, sexo, interés o función, los cuales responden a diferentes niveles de poder. Cada subsistema es delimitado por ciertas reglas que definen quiénes participan y de qué manera, lo que se denomina: límites. Los mismos deben definirse con precisión y ser claros (Minuchin, 1974).

En la estructura familiar se evidencian dimensiones relacionales que adquieren diferentes particularidades. A los fines de esta comunicación, cabe problematizar tanto la noción de subsistema conyugal, como también la de subsistema parental. Según Minuchin (1974), el subsistema conyugal se instituye cuando dos adultos de sexo diferente se acoplan con la intención expresa de constituir una familia. El mismo representa ciertas tareas o funciones específicas, que resultan vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. A su vez, el autor plantea que “marido y mujer” se necesitan mutuamente como refugio ante los múltiples requerimientos de la vida, emergiendo la complementariedad como una forma de construir relaciones más armoniosas. En estos postulados se exhibe con claridad la delimitación del subsistema conyugal en íntima vinculación con el género de sus integrantes; de hecho, el autor enuncia de manera explícita, que para constituirse como tal el subsistema requiere de un hombre y una mujer. En la actualidad la unión de las parejas no es exclusiva de “adultos de sexo diferente” como condición para su formación.

Por otra parte, el subsistema parental aparece con el nacimiento del primer hijo. El funcionamiento de la unidad conyugal debe modificarse para enfrentar las demandas de la parentalidad. Aparece la necesidad de delimitar las funciones que se corresponden con la crianza y la tarea de ser padres y madres, de aquellas que remiten a las funciones de esposos y esposas. El desarrollo del niño o la niña exigirá ciertas demandas al subsistema parental, por lo que deben modificarse para satisfacerlas (Minuchin, 1974).

La transición por las diversas etapas del desarrollo requiere una acomodación por parte de los miembros de la estructura familiar, donde se redefinen las funciones y con éstas las relaciones de género. Las conceptualizaciones del autor en relación al nacimiento y cuidado de los hijos y/o de las hijas posicionan a la mujer como inmersa en el mundo infantil y alejada del mundo adulto, por sólo ocuparse de la crianza. Más aún, Minuchin (1984) concibe que pueden desencadenarse en las mujeres ciertas frustraciones, que implicarían una envidia hacia las actividades del marido. Por otra parte, el esposo puede sentirse agobiado por las demandas de la familia y estorbado en su trabajo.

En estos planteos, aparece la posición de la mujer como relegada hacia las funciones plenamente parentales de nutrición, alimento y guía. Las posibilidades de la mujer para desarrollar su talento y continuar con su propia carrera se hallan supeditadas al crecimiento de los hijos/as y al aplacamiento de las demandas y exigencias de estos últimos en relación a su madre (Minuchin, 1984). Es decir, que las funciones de parentalidad, estarían en estrecha relación a la mujer, y, al mismo tiempo, en dependencia de la edad de los hijos/as; mientras que se enfoca al hombre vinculado mayormente al mundo laboral y al éxito profesional. Nótese además que el término “parentalidad” remite al padre, cuando podría también utilizarse el término “marentalidad”. En este sentido, cabe

observar cómo se sostienen las representaciones de las funciones parentales en relación al género y con preponderancia de la figura masculina.

TERAPIA FAMILIAR Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

Si bien las configuraciones familiares actualmente se han modificado en cuanto a estructura -familias ensambladas, homoparentales, monoparentales, entre otras-, diversas investigaciones continúan mostrando las diferencias existentes dentro del seno familiar en relación al género, remitiéndose a la construcción de roles en función de la familia tradicional: la mujer abocada a las tareas domésticas y crianza de los hijos, aquello referido al ámbito privado; el hombre, por su parte, como proveedor en la economía familiar, posicionándose desde un lugar de poder y externo a las cuestiones domésticas, es decir, en el ámbito público (Díaz-Marroquín, Rodríguez-Ortega y Flores-Ángeles, 2010).

Los aportes de la Terapia Familiar Feminista (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989), resultan claves a la hora de realizar una revisión desde una perspectiva género, aportando desarrollos sustanciales para lograr un cambio en el enfoque de análisis de los fenómenos. Las autoras, ponen en valor la perspectiva feminista con el fin de vislumbrar la influencia que las características económicas, políticas y sociales han tenido durante la historia sobre la concepción de género. Sus cuestionamientos se enfocan en observar que el hogar no ha sido enriquecedor ni un refugio seguro para todas ellas a pesar de que una vasta tradición haya intentado mostrar lo contrario.

Es posible identificar que las experiencias de los hombres han sido enunciadas y explicitadas, a diferencia de las prácticas de las mujeres que han sido reservadas o mal explicadas, definiendo su rol como perteneciente a la esfera privada (Goodrich et al., 1989). La necesidad de saber que sucedía con las mujeres dentro del seno familiar, ha impulsado a las terapeutas feministas a incorporar al género como una categoría de análisis imprescindible en la terapia (Walters, Cartes, Papp y Silverstein, 1991), por tanto, también en investigaciones y avances científicos.

Por su parte, las investigaciones en familias homoparentales afirman que no existen diferencias significativas entre los hijos e hijas provenientes de familias homoparentales y heteroparentales (Gómez Arias, 2004). Más aún, diversos estudios proponen como pilar fundamental, para el desarrollo de los y las integrantes en la estructura familiar, el grado de armonía o desarmonía que predomine en la misma, más allá de la configuración que la familia adopte (Gómez Arias, 2004). Estas conceptualizaciones permiten reflexionar y avanzar en la deconstrucción de las relaciones establecidas entre género y función.

A su vez, los desarrollos de Ceberio (2011), exhiben la transición de paradigmas que actualmente la sociedad atraviesa con respecto a estas estructuras familiares. Ambas estructuras, las antiguas y las nuevas, como el autor las denomina, se diferencian por mandatos, normas, hábitos y funciones de cada miembro y del sistema en general.

Actualmente, estas estructuras se interceptan apareciendo entrelazadas, en una misma familia, características, funciones y pautas transaccionales que responden a los dos modelos. La nueva estructura familiar, que responde mayormente a padres y madres de la generación del '60 y '70, se caracteriza por una mayor flexibilidad de las funciones en diversas dimensiones. Ya sea en relación a la apariencia de una familia "unida", a través de ciertos mandatos familiares, como en las tareas del hogar y crianza de los hijos e hijas. Es decir que, tanto hombres como mujeres aportan a la economía familiar, al mismo tiempo que ambos participan en la organización de tareas domésticas (Ceberio, 2011). No obstante, diversas investigaciones realizadas en España han mostrado como la variable de género influye en la corresponsabilidad del trabajo doméstico. Los resultados aún indican una baja implicancia de los hombres en las tareas domésticas (Gómez Lamont, 2015). Las diferentes formas de distribución de roles en la pareja se muestran en relación a la percepción de injusticia en la distribución de los mismos y la conciencia de género (Paterna y Martínez Martínez, 2009).

En la misma perspectiva, el concepto de límite, pilar de la teoría de Salvador Minuchin, continúa siendo esclarecedor al momento de observar el interjuego relacional de las familias.

Para ello, resulta preciso retomar ciertas consideraciones en relación a las tareas y funciones previamente mencionadas; Minuchin (1974) entiende que una de las necesidades más básicas del niño o de la niña es la figura de una madre que lo alimente, proteja e instruya. En esta afirmación se hace evidente la asignación de roles y funciones, basadas en el género de quien las ejerce. De igual modo, estas consideraciones respecto al género resultan recurrentes en sus desarrollos acerca de los límites de la estructura familiar. El autor menciona la existencia de dos estilos transaccionales diferentes: aglutinamiento y desligamiento y plantea la posibilidad de que el subsistema madre-hijo/a tienda hacia el aglutinamiento frente a los niños y niñas; es posible que la madre y los/as niños/as más pequeños/as tiendan a aglutinarse hasta un punto tal que ubique al padre como periférico, al mismo tiempo que este último asume una posición más comprometida con los hijos/as mayores. Un subsistema padre-hijo/a puede tender hacia el desligamiento a medida que los niños y las niñas crecen y, finalmente, comienzan a separarse de la familia.

Nuevamente, en estos desarrollos se ponen de manifiesto ciertas distinciones que encuentran su basamento en las diferencias de género, más que en los recursos o posibilidades que los distintos integrantes exhiben para desempeñar unas u otras funciones.

En otras palabras, por qué no pensar en las funciones de alimentación, contención, protección, socialización como tareas que aquellos que ocupen posiciones parentales en el sistema, sean quienes sean, deben desempeñar de la manera más exitosa posible a los fines de resguardar la salud mental de sus hijos/as y de todos los miembros. Y, al mismo tiempo, reparar en los recursos y potencialidades que los distintos integrantes parentales poseen a los fines de asumir sus funciones y desempeñarse de la manera más saludable posible.

Estos replanteos son fundamentales ya que los conceptos de las funciones familiares también cambian a medida que se modifica la sociedad.

En este sentido, se considera revelador retomar un fragmento de una entrevista que realiza Richard (1996), a Salvador Minuchin, en la cual el intelectual enuncia:

Las feministas me hicieron darme cuenta que yo he puesto a las mujeres en categorías angostas y que mis etiquetas para las mujeres contenían prejuicios de género: para mí la preocupación de una madre podía, fácilmente, ser desechada como sobreprotección. (...) Focalizaba en el hombre, proveyendo dirección; y la mujer, crianza, y en mi trabajo enfatizaba la importancia de la dirección y daba por sentado la crianza. Creo que ya no hago más eso. Estoy más atento a los mensajes de las etiquetas y presto atención a lo que privilegio. Pero sigo trabajando, sistemáticamente, viendo cómo las parejas se gatillan mutuamente en sus interacciones. Siempre he pensado que trabajar con el hombre es una forma importante de atraerlo hacia la familia, hacerlo más participativo y aliviar las cargas de la mujer; pero ahora presto más atención a estar seguro de que la voz de esta última se oiga, su dolor se exprese y su necesidad de respeto se comprenda (Minuchin, parr.39).

Si bien se continúa advirtiendo cierta dificultad, en el autor, para desprenderse de postulados basados en “prejuicios” con respecto al género, resulta en extremo interesante su replanteo y la apertura a nuevas líneas de pensamiento en función de la posibilidad de de-construir de manera crítica su propio trabajo.

NUTRICIÓN RELACIONAL Y EL AMOR COMPLEJO

En concordancia con los cambios sociales, la delimitación del concepto de familia también fue evolucionando hacia múltiples maneras de definirla. Sin embargo, para el presente trabajo, sólo se considerará en relación a la noción de familia según la terapia estructural, coincidiendo en que la misma representa, como matriz de intercambio, uno de los pilares fundamentales de la vida psíquica de las personas, donde se fundamenta la elaboración de un modelo relacional que permite crear otras relaciones (Ceberio, 2011).

De esta forma y en acuerdo con Minuchin (1974), la familia se conceptualiza como un grupo social natural, que debe enfrentar diversas tareas de desarrollo y que, a través de su organización y

su estructura tamiza y califica la experiencia de los miembros. De esta manera, la familia determina las conductas de quienes integran ese sistema familiar y la manera en la cual responden a diversas circunstancias en función de estímulos que provienen tanto del interior como así también del exterior de sí mismos. A su vez, puede pensarse al sistema familiar organizado en función del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros.

En este sentido, las funciones de la familia sirven a un objetivo, de orden interno, que implica la protección psico-social de sus integrantes y a otro, de carácter externo, que remite a la acomodación de los mismos a una cultura y la transmisión de esta última. Asimismo, el sistema familiar apoya la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia (Minuchin, 1974).

Con el objetivo de repensar estos conceptos, y de ampliar y avanzar en esta línea de pensamiento, se retoman los postulados de Linares (2012), quien sostiene que es el amor el elemento definitorio de la condición humana. En este sentido, el amor remite a un fenómeno relacional complejo, que implica en su constitución diversos elementos de carácter cognitivo, emocional y pragmático. Este pensar, sentir y hacer amorosos, deben ser percibidos por la persona hacia quien van dirigidos, como tales. La vivencia de ser complejamente amado se conceptualiza como nutrición relacional. El autor propone a esta última como el motor que rige la construcción de la personalidad, alentando los procesos de constitución y maduración del psiquismo de manera continuada, tanto en los niños/as como en los adultos/as.

Consideramos interesante proponer una visión de las familias en relación a la manera en la cual se presentan y desenvuelven los distintos componentes del amor complejo, ya que es sobre este juego relacional que se basa la dimensión social de los seres humanos, siendo el mismo indispensable para la vida, para la salud y el crecimiento (Linares, 2002).

Las dos modalidades de amor de mayor relevancia a nivel psicológico y, de manera consecuente, en el campo de la salud mental, son el amor conyugal o de pareja y el amor parento-filial. En ambas modalidades, los elementos cognitivos y emocionales presentan similitud, en tanto se encuentran con análoga importancia, el reconocimiento, la valoración, el cariño y la ternura. No obstante, en el espacio pragmático se diferencian de manera sustancial, resultando predominantes el deseo y el sexo en el amor de pareja, y el cuidado y la sociabilización en el amor parento-filial (Linares, 2002).

El reconocimiento implica descubrir a la otra persona en su existencia, es decir, que esta última aparezca revestida de su propia singularidad. La valoración, por su parte, consiste en apreciar sus cualidades. El cariño y la ternura se ubican básicamente en el espacio de la emocionalidad y presumen una entrega a la otra persona, una implicación afectiva, para atender a sus necesidades y deseos. El deseo y el sexo remiten a un acoplamiento para compartir placer, lo cual implica, a su vez, una posesión reconocida y otorgada de manera recíproca y consensuada. Finalmente, la sociabilización y el cuidado tienen que ver con la implicación parental en la supervivencia y adaptación de los hijos e hijas, como así también la protección de los mismos y la instrucción respetuosa para que estos últimos consigan cuidarse por sí solos (Linares, 2002).

En base a estos supuestos, podría reflexionarse acerca de los conceptos revisados de la terapia estructural y concebirse al subsistema conyugal en relación a una interacción en la cual se hallan presentes los diversos elementos que componen el amor complejo en su vertiente de amor de pareja, mientras que las funciones de parentalidad podrían delimitarse en torno a los componentes de este mismo juego relacional en su modalidad de amor parento-filial. En otras palabras, si acordamos con estos supuestos, cabe derivar las distintas funciones de quienes integran el sistema en base a los componentes del amor complejo y a los recursos de los cuales disponga cada integrante para llevarlas a cabo, sin distinción de género alguna, considerándolas desde la complementariedad. De esta manera, es posible modificar la jerarquía en la estructura familiar por características como la democratización, la sensibilidad y la posibilidad de consensuar para efectuar las funciones familiares (Goodrich et al., 1989).

La personalidad se construye en función de cuánto y cómo se siente amada la persona, y es,

a la vez, por ello, infinitamente compleja. Porque hay infinitas maneras de amar y de ser amado (Linares, 2012).

Considerando el análisis realizado, dentro la multiplicidad actual de ser y hacer familia aparece la legitimación de ciertas lógicas y representaciones sociales ligadas al género y sus funciones, lo que obturaría la posibilidad de mirar con claridad el interjuego relacional. Sin embargo, la familia continúa siendo un recurso que permite enfrentar la incertidumbre de la exigencia social, por medio de los vínculos e identidades que se generan en su seno.

LA PERSONA DEL TERAPEUTA

Para concluir, no se puede olvidar la persona del terapeuta en el análisis de la familia. En concordancia con uno de los tres axiomas de la terapia estructural: “La conducta del terapeuta se incluye en ese contexto familiar” (Minuchin, 1974, p.31), se considera que la intersección de pautas de estructura que se observa en las familias -tomando en consideración la yuxtaposición de viejas estructuras, con reglas de las nuevas estructuras- se encuentran en la cognición del terapeuta. Esto puede entorpecer u obstaculizar la comprensión y resolución de los problemas familiares, por lo que resulta preciso identificar y redefinir la posición subjetiva al respecto (Ceberio, 2011).

Explorar la red invisible de las pautas vinculadas al género en la familia, brinda la posibilidad de no pasar por alto la tendencia a estereotipar los roles sexuales, al tiempo que permite profundizar los conocimientos desde los cuáles cada profesional de la salud trabaja (Walters et al., 1991).

Continuar en la actualidad enseñando y trabajando sin ninguna revisión, desde las conceptualizaciones expuestas por Minuchin a lo largo de su obra, puede obstaculizar la mirada clínica y constituir un sesgo de género en la terapia familiar (Macías-Esparza y Laso Ortiz, 2017).

De esta manera, y en concordancia con los aportes de Macías-Esparza y Laso Ortiz (2017) una visión crítica y sensible al género podría evitar tanto prácticas dañinas como la participación automática de los y las psicoterapeutas en la reproducción de procesos de iatrogenesis, discriminación y exclusión social en sus trabajos cotidianos (p.2).

Poner en perspectiva esta observación cuando estamos frente a una familia, es posible que cambie el rumbo del tratamiento, las características de las intervenciones e incluso afecte sustancialmente el funcionamiento de una familia. Atribuir la responsabilidad del síntoma o la victimización a una cuestión de género, ignorar el valor del trabajo doméstico, cuidado y crianza o describir conductas como naturales en el hombre (ser fuerte y explosivo; distante emocionalmente), son algunos ejemplos de lo que puede implicar un sesgo de género (Macías-Esparza y Laso Ortiz, 2017) de no mediar una deconstrucción por parte de los y las terapeutas que abordan estos problemas relacionales.

Por otra parte, en la enseñanza de futuros terapeutas las variables de género son apenas consideradas (Gómez Lamont, 2015). Nos encontramos en un punto de intersección crucial, donde las investigaciones respecto al género han emergido como un referente indispensable en la actualidad (Macías-Esparza y Laso Ortiz, 2017). Sin embargo deben cobrar mayor visibilidad en la práctica terapéutica (Gómez Lamont, 2015).

Será responsabilidad de cada terapeuta y formador garantizar una revisión crítica de modelos y roles familiares cristalizados como verdades. De esta manera, habilitar preguntas y cuestionamientos que iluminen las contradicciones y consecuencias relativas al género, permite revisar los estereotipos internalizados a través de la historia, tanto para los y las estudiantes, como para las familias consultantes.

Es imprescindible que los programas formativos incluyan contenidos sobre perspectivas de género, como también realizar actividades que acompañen a identificar y evaluar sus sesgos hasta entonces no observados (Macías-Esparza y Laso Ortiz, 2017). Llevar a cabo esta deconstrucción generará mayor calidad y asertividad en la formación de futuros terapeutas.

Por lo tanto, no sólo las estructuras y la representación de las funciones familiares han sucumbido a los cambios y transformaciones, sino que los lentes con los que se observa la realidad y sobre

3. CONCLUSIONES

En acuerdo con los objetivos en el presente artículo se apuntó a profundizar la revisión de los conceptos clásicos del enfoque estructural sistémico, en torno a las nociones de funciones, subsistemas y límites y concepto de familia, para poder avanzar, luego, en la deconstrucción de los planteos clásicos y atender a las transformaciones acaecidas a nivel social en los tiempos actuales.

Es preciso destacar que la adherencia a un modelo que no se flexibiliza o adapta a las transformaciones sociales, conduce a clasificar a muchas situaciones que son claramente transicionales como patológicas o disfuncionales. Si entendemos que el criterio para la vida familiar continúa ligado al legendario lema “entonces se casaron y vivieron felices por siempre jamás”, resulta entendible que una gran proporción de familias se sitúen en extremo alejadas de este ideal (Minuchin, 1974).

Esta revisión de “saberes” naturalizados en los discursos cotidianos, permite reconocer otra forma de pensar lo que concierne a cada sujeto, sea hombre o mujer, adquiriendo significación las funciones que persisten dentro del sistema familiar y cómo estas se desenvuelven a través de ciertas conductas representadas en cada género.

Y a pesar de que el escenario social del creador de la terapia estructural se ha modificado fuertemente, retomamos una vez más sus palabras: “La familia cambiará pero también persistirá debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes. Cuanto mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial” (Minuchin, 1974, p.84).

De especial importancia resulta la deconstrucción que pueda realizar el y la terapeuta de sus propias concepciones para poder avanzar hacia una “nueva manera de mirar” que destierre prejuicios, estereotipos y, fundamentalmente, desigualdades que recaen sobre la figura femenina en todas sus áreas de desarrollo. Esta revisión de las propias concepciones logrará, sin dudas, no sólo una convivencia humana de mayor calidad, sino también hará posible la construcción de intervenciones más constructivas y eficaces en el campo del trabajo terapéutico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ceberio, M. (2011). Nuevas estructuras de familia, nuevos desafíos terapéuticos. En M.Ceberio y H. Serebrinsky, *Dentro y fuera de la caja negra. Desarrollos del modelo sistémico en psicoterapia* (pp. 90-110). Argentina: Psicolibro Ediciones.
- Díaz-Marroquín, N., Rodríguez-Ortega, G. y Flores-Angeles, R. L. (2010). Distribución del poder en tres etapas de la vida de la pareja. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(1), 56-64. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420640007>.
- García-Leiva, P. (2005). Identidad de género: Modelos explicativos. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*. (7), 71-81. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2710/271020873007.pdf>
- Gómez Arias, A.B. (2004). Diversidad familiar y homoparentalidad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*; 6 (23), 361-365. Recuperado de <http://archivos.pap.es/files/1116-368-pdf/381.pdf>
- Gómez Lamont, M.F. (2015). Hacia una Terapia Familiar Feminista para homosexuales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*; 18 (4).
- Goodrich, T., Rampage, C., Ellman, B. y Halstead, K. (1989). *Terapia Familiar Feminista*. Barcelona: Paidós
- Lamas, M. (2001). El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. México, DF: *Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México*.
- Linares, J.L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.

- Linares, J.L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Macías-Esparza, L.K. y Laso Ortiz, E. (2017). Una propuesta para abordar la doble ceguera: La Terapia Familiar Crítica sensible al Género. *Revista de psicoterapia*, 28(106), 129-148.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós
- Paterna, C. y Martínez Martínez, M. (2009). Influencia de las Variables de Género em la Distribución de las Tareas Domésticas y de Cuidado. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 241-249. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=284/28412891005>
- Vega, M., Barrionuevo, J. y Vega, V. (2007). Sexualidad e Identidad de Género en la Adolescencia. El concepto de sexualidad como sistema vincular. Cap. VII. En M.Vega, J. Barrionuevo y V. Vega, *Escritos Psicoanalíticos sobre Adolescencia*. Buenos Aires: Eudeba
- Richard, S (1996). Es mucho más complicado. Entrevista a Salvador Minuchin. *Perspectivas Sistémicas*; n°46. Recuperado en <http://www.redsistemica.com.ar/minuchin.htm>.
- Walters, M., Carter., Papp, P., y Silverstein, O. (1991). *La red invisible: pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.

Investigación



Secuencia del uso de la resonancia: desde la historia invisible a la intervención

Sequence of the Use of Resonance: from Invisible History to Intervention

Karina Rivas Teppa^a, Antonio Rojo Gittermann^b,
Andrea Zavala Urbina^c, Patricia Santibáñez Fernández^d

^aMagister y Especialización en Terapia Familiar Sistémica, Universidad de La Frontera. Correo electrónico: krivasteppa@gmail.com, ^{b,c,d}Magister y Especialización en Terapia Familiar Sistémica, Universidad de La Frontera.

Historia editorial

Recibido: 14-07-2018

Primera revisión: 11-01-2020

Aceptado: 24-03-2020

Palabras clave

formación sistémica,
persona del terapeuta,
resonancia

Keywords

systemic training,
person of the therapist,
resonance

Resumen

La persona del terapeuta [PDT], es el principal instrumento de intervención en la práctica psicoterapéutica, por lo que adquiere relevancia abordar los aspectos personales del terapeuta, con la finalidad de mejorar los procesos de psicoterapia. Desde esta perspectiva, la noción de PDT ha sido abordada en tanto definición, relevancia, e implicancias para el terapeuta. Sin embargo, existe muy poca evidencia respecto a ésta y la noción de resonancia; no encontrándose una descripción conceptual detallada de cómo opera en la práctica psicoterapéutica. En consecuencia, el objetivo de esta investigación fue describir el proceso de la noción de resonancia, a partir de la interpretación del uso de la PDT que realizan psicólogos con formación sistémica.

La metodología utilizada fue de tipo cualitativa, con un diseño descriptivo. El análisis se basó en la Teoría Fundamentada, y se aplicó una entrevista semi-estructurada a 6 psicólogos con formación en terapia sistémica. Los principales resultados convergen en una unidad conceptual, que integra la realidad expresada por los participantes; ésta alude a una secuencia de relaciones entre la historia invisible y la acción terapéutica, conforme los terapeutas se cuestionan y comprenden la historia que surge en el contexto terapéutico.

Abstract

The therapist person [PDT], is the main tool of intervention in the clinical practice, therefore it acquires relevance to approach the personal aspects of the therapist, to the purpose of improving the clinical practice. From this perspective, the notion of PDT has been approached in his definition, relevancy and the therapist implications. However, there is few evidence of the implications and the notion of resonance, being impossible to find a detailed conceptual description of how it works in the clinical practice. In consequence, this research searched to describe the conceptual construction of the notion of resonance, from the interpretation of the use of PDT that therapists with systemic training do.

It has been used a qualitative methodology with a descriptive design. The data analysis was based on Grounded Theory, a semi structured interview was applied to 6 psychologists with systemic therapy training.

The main results throws a conceptual unity, who integrates the reality told by the participants; this refers to a sequence of relations between the “invisible history” and the therapist action, as the therapist question and understand the history that emerges inside the therapy context.

1. INTRODUCCIÓN

La Terapia Sistémica (TS), al considerar el planteamiento de la Teoría General de Sistemas (TGS), concibe el espacio psicoterapéutico como un lugar de construcción mutua entre terapeuta y consultantes, caracterizado por una visión relacional circular. Aponte y Winter (1988) señalan que en la formación de Terapeutas Familiares Sistémicos (TFS), existe un énfasis centrado en el componente personal del terapeuta, reconociéndose la necesidad de formar un profesional cada vez más autónomo, reflexivo y propositivo (Alvear, Jerez y Lucero, 2012).

El constructivismo trasladó el foco de las secuencias de conducta, a la construcción del significado en la terapia. Desde la Cibernética de Segundo Orden, el conocimiento humano no resulta de una representación mental individual de la realidad, sino que es activamente construido por el individuo en un contexto familiar y socio-cultural dado, a través de la autorreflexión (Díaz, 2007).

En tanto el construccionismo plantea que los tipos de conocimiento pueden ser vistos como versiones consensuadas de la realidad, a partir de negociaciones interpersonales, siendo imposible la idea de que lo que se construye es producto de la “mente” o de un único autor. Por ende, en el contexto psicoterapéutico, existe un componente subjetivo del rol del terapeuta en la construcción relacional, donde éste forma parte del sistema con el que interactúa (Carrasco y Díaz, 2011).

Así, el terapeuta, al participar de los relatos de vida de los pacientes, construye objetividad sólo dentro de la subjetividad que implica el vínculo terapéutico. Por lo que, sin renunciar a su auto-referencia, facilita un proceso dialógico con el consultante en la co-construcción de nuevos significados (Szmulewicz, 2013).

Lo anterior, se reafirma con la idea planteada por Zajonc (1980), quien menciona que nuestro mundo es afectivo e interactivo de manera permanente, pero que nuestra percepción consciente nos aproxima sólo a una parte de las emociones.

En base a lo expuesto, la noción de “persona del terapeuta” (PDT) se hace presente, conceptualizándose como aquel aspecto personal del terapeuta que incluye sus sentimientos, percepciones, pensamientos, y propia biografía, que lo autodevelan en forma continua frente al consultante y que, a su vez, lo implican en una relación que transforma no sólo la realidad del consultante, sino la suya también (Carrasco y Díaz, 2011).

EL CAMBIO EN PSICOTERAPIA

Terminando la década del 70, se visualizó que las variables de cambio responden a aspectos del consultante, del terapeuta y de la relación que surge entre ellos (Campagne, 2014). Esto permitió señalar el rol fundamental del terapeuta como integrante del sistema consultante (Sprenkle y Blowb, 2007).

Opazo (1986, citado en Santibáñez et al., 2008), añade que la buena relación consultante-terapeuta y la eficiencia terapéutica, se deben a un proceso recursivo, siendo esta causalidad circular uno de los pilares centrales del cambio terapéutico.

Por lo anterior, se reconoce la importancia de que el terapeuta se preocupe por el componente personal que lo caracteriza, profundizando en el autoconocimiento, con el fin de cautelar cualquier efecto negativo en el espacio psicoterapéutico; buscando transformar en recurso para el trabajo clínico, aquello que lo caracteriza (Mojta, Falconier y Huebner, 2014; Szmulewicz, 2013). A su vez, Bertrando y Arcelloni (2014) refieren que el ser consciente de las propias emociones y las del consultante, permitirá generar hipótesis y usar dicha información en la sesión a modo de contribuir a los objetivos terapéuticos.

RESONANCIA Y PSICOTERAPIA

Desde lo sistémico emerge un concepto que denota una teorización respecto a la PDT y su efecto en psicoterapia, favoreciendo la comprensión de los fenómenos que se dan en la interacción terapeuta-consultante; nos referimos a la resonancia, la que se entiende como el punto de encuentro entre el marco de referencia del consultante y del terapeuta (Szmulewicz, 2013). Aquí se propician sentimientos que son característicos de la relación y que no aparecen en otras circunstancias (Elkaïm, 1989).

Un concepto fundamental para comprender la resonancia es la intersubjetividad en la constitución del conocimiento, pues permite reconocer que no existe un conocimiento independiente del observador, y las emociones caracterizan el modo particular de escucha de un individuo que se produce en un espacio relacional (Elkaïm, 2010).

Se ha reconocido el uso de las resonancias como una estrategia para introducir información nueva al sistema, lo que permitiría favorecer un cambio en su funcionamiento (Szmulewicz, 2013). Así también, se ha visto como un recurso terapéutico, que da cuenta de un trabajo que realiza el terapeuta consigo mismo, ligado a la supervisión de casos (Carvajal, 2012; Elkaïm, 1989, 2010; Laso, 2015b; Szmulewicz, 2015).

Por otra parte, se enfatiza que la resonancia puede favorecer la construcción de hipótesis respecto de su aparición. Por lo tanto, el terapeuta puede revisar lo que experimenta, a modo de utilizarlo para la intervención terapéutica como una habilidad progresiva para la psicoterapia, lo que favorecería el desarrollo de un puente singular que une al sistema consultante (Elkaïm, 2010; Polanco, Vergara y Santibáñez, 2019).

Laso (2015a) vincula la relación terapeuta-consultante al mundo emocional que ambos se encuentran compartiendo. Plantea que detrás de la imposibilidad de no comunicar, se encuentra la imposibilidad de permanecer impasibles ante la presencia de otro, agregando que, “dada una situación de copresencia, al ser humano le es imposible no telegrafiar sus estados anímicos y no resonar con los de los demás” (Laso, 2015a, p.147).

Agregado a lo anterior, Laso (2015a) une el componente cognitivo o comprensivo del fenómeno a la sensación emocional, refiriendo que el mensaje se entiende de acuerdo al estado emocional de los actores y determina la disposición dinámica con que se aborda el mensaje.

Por su parte, Russel y Mehrabian (1977, citado en Laso, 2015a) plantean que una de las dimensiones en torno a las que varía la emoción es la valencia. Ésta se refiere al modo en que la situación afecta los intereses o necesidades vitales del individuo: si los satisface o potencia, se experimenta placenteramente, si los menoscaba o exagera, genera displacer. Esta dimensión también influye sobre la postura y la conducta, describiéndose algunos indicadores corporales frente a situaciones específicas; por ejemplo, nos acercamos a lo que nos da placer, nos alejamos de lo que no (Laso, 2015a).

Por ende, la dimensión corporal de la emoción, aludiría a la comunicación y exteriorización de las emociones, mediante procesos de comunicación no verbales (Fernández- Abascal, Martín, y Domínguez, 2007; Reeve, 2010).

Derivado de la imposibilidad de no resonar (Laso, 2015a) y de la relación de la resonancia con el trasfondo emocional del sistema consultante, se comprende la emoción como una experiencia multidimensional, que posee al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo.

También se describe una cuarta dimensión de la emoción, llamada funcional o de afrontamiento. Ésta se refiere a la motivación dirigida a la meta, vale decir, el deseo de comprometerse con respuestas de afrontamiento apropiadas para la situación. Para este proceso, las dimensiones emocionales mencionadas se activarían tras una primera valoración cognitiva, que actúa como filtro, el que por una parte evalúa la situación según las características afectivas y por otra, realiza valoración de la situación en función de su significación (Fernández- Abascal et al., 2007; Reeve, 2010).

Cabe señalar que en Chile, el concepto de resonancia aparece mencionado dentro de investigaciones relacionadas a la PDT. Szmulewicz (2013) describe que la resonancia tiene un rol importante en el desarrollo del terapeuta, debiendo estar atento a ella para poder utilizarla en función de la psicoterapia. Por su parte, Soto (2011) reflexiona con respecto a cómo se favorece el vínculo mediante el uso de las resonancias, manifestando que éstas conectan a las personas, favoreciendo una actitud empática desde el terapeuta hacia las necesidades de los consultantes.

FORMACIÓN EN PDT

Existen estudios que muestran la importancia de abordar aspectos personales del terapeuta, con la finalidad de mejorar la práctica clínica (Mojta et al., 2014). Desde esta perspectiva, se destaca el entrenamiento en la PDT, en base al reconocimiento de la propia subjetividad y su incidencia en la intervención (Alvear et al., 2012; Aponte y Kissil, 2014; García, Abrantes, Berroa y Blanco, 2012).

La ejecución del ejercicio profesional de la psicoterapia, implica la aparición de diferentes puntos de encuentro o desencuentro emocional, los que pueden llegar a transformarse en obstaculizadores importantes de los procesos terapéuticos, perpetuando el problema y reduciendo así las posibilidades de introducir cambio en el sistema (García et al., 2012).

Pese a la relevancia que se le atribuye, tanto a nivel regional (Rey, Martínez, y Guerrero, 2009) como internacional (American Psychological Association [APA], 2015), Rey et al. (2009) señalan que se observa un bajo interés en el área de investigación por la formación del psicólogo, existiendo pocas publicaciones asociadas al tema.

En nuestro país, con respecto a la formación en PDT de psicólogos sistémicos, se aprecia escasa formalización de su incorporación en programas de pregrado, enfatizándose en programas de formación sistémica a nivel de postítulo y de postgrado, donde se incluye la noción de autorreferencialidad en las mallas curriculares, aunque con criterios disímiles al momento de nominarla.

Sumado a lo anterior, el desarrollo conceptual de la persona del terapeuta, tal como plantea Laso (2015b): “nunca pasa de la metáfora y carece de especificidad, por lo que sus guías para la práctica son vagas y poco transferibles más allá de sus contextos originales” (p.6), dejando entrever una necesidad imperante de abordar de una manera más concreta la noción de la PDT para el ejercicio clínico.

Los antecedentes expuestos evidencian que la PDT ha sido abordada en tanto definición, relevancia, e implicancias para el terapeuta, incluyendo sus componentes práctico y teórico (Aponte y Kissil, 2014; Elkaïm, 1989; Elkaïm, 1996; Laso, 2015b; Sprenkle y Blowb, 2007). Sin embargo, existe muy poca evidencia respecto a las interpretaciones de las nociones de PDT y resonancia que realizan psicólogos con formación sistémica, no encontrándose una descripción conceptual detallada de cómo éstas operan en la práctica psicoterapéutica.

Por lo tanto, se torna pertinente favorecer una descripción conceptual que permita observar el modo en que la PDT adquiere forma y uso en psicoterapia, por lo que el presente estudio se planteó la pregunta: ¿Cómo la interpretación del uso de la PDT, que realizan los psicólogos con formación sistémica, permite comprender el proceso de la noción de resonancia?

A modo de responder a esta interrogante, se propone como objetivo general de investigación: Describir el proceso de la noción de resonancia, a partir de la interpretación del uso de la PDT que realizan psicólogos con formación sistémica. Como objetivos específicos se pretende: describir las dimensiones emocionales involucradas cuando se experimenta una resonancia, describir el uso de la resonancia en psicoterapia que realizan psicólogos con formación sistémica y, por último, identificar las relaciones y/o secuencias entre las dimensiones emocionales cuando se experimenta una resonancia y el uso que se le asigna a ésta.

Así, la relevancia del estudio radica en aportar al desarrollo conceptual del proceso de la noción de resonancia, a partir de los hallazgos empíricos que se logren respecto de la interpretación del uso de la PDT que hacen psicólogos con formación sistémica. Se pretende impactar positivamente en la intervención psicoterapéutica, entendiendo que la PDT es el principal instrumento de interven-

ción en la práctica clínica (Aponte y Kissil, 2014; Elkaim, 1996), buscando ser una contribución para el desarrollo de estrategias que favorezcan la apropiación de las resonancias como un recurso en la práctica clínica.

2. MÉTODO

DISEÑO

Se utilizó metodología cualitativa, la que favoreció el acceder a la complejidad de la realidad y de los fenómenos en estudio (Bueno, 2014; Flick, 2007).

El nivel de estudio fue descriptivo, por cuanto permitió describir las situaciones y eventos, tal como son concebidos y sentidos por los participantes (Ander-Egg, 1995).

Lo anterior, buscando que el producto de la investigación canalizara el sentir de los participantes, pudiendo lograr una descripción a nivel conceptual de la interpretación del uso de las resonancias que realizan psicólogos con formación sistémica.

PARTICIPANTES

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo teórico, seleccionando los casos según su representatividad, a fin de producir mayor rendimiento teórico y evolucionando durante el proceso, en base a criterios establecidos por los investigadores (Flick, 2007).

Como criterio de inclusión, se consideró que fueran psicólogos(as) con formación de postítulo y/o postgrado en terapia sistémica, cuyos programas hayan incluido formación en persona del terapeuta. El total de participantes contaba -como mínimo- con cinco años de experiencia en el área, y se encontraban ejerciendo como psicoterapeutas en espacios clínicos, en instituciones tanto públicas como privadas. Como criterio de exclusión, se determinó no incorporar en el estudio a terapeutas sistémicos que desarrollaban docencia o investigación relativa a la temática que se investigó.

Fue posible obtener la saturación teórica, con la participación de seis terapeutas, cinco mujeres y un hombre, que tenían entre 5 y 13 años de experiencia profesional. La saturación teórica se obtuvo debido al alto nivel de experiencia en la práctica clínica de los participantes y a la especificidad de los objetivos de la investigación.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se aplicó entrevista semiestructurada, debido a que existían objetivos establecidos en base a la revisión teórica; además, las preguntas se pudieron ir modificando sutilmente durante su transcurso (Díaz, Torruco, Martínez y Varela, 2013). Los entrevistadores contaron con un guion de temas, que permitieron acceder a las nociones involucradas cuando los participantes experimentan una resonancia.

Previo a su aplicación, la entrevista fue sometida a juicio de expertos, quienes poseían conocimientos en el área de estudio, a fin de sugerir modificaciones relativas a su mejor utilidad.

PROCEDIMIENTO

Se accedió a los participantes mediante un grupo de informantes claves, conformado por docentes del Magíster y Especialización en Terapia Familiar Sistémica de la Universidad de La Frontera y profesionales del área. Los participantes fueron contactados por los investigadores mediante una invitación escrita, que explicaba los objetivos de la investigación, la intención de hacerles partícipes del estudio, y el compromiso de compartir con ellos los resultados de la investigación.

En cuanto a los resguardos éticos de la investigación, los participantes debieron firmar un consentimiento informado, el cual contó con información exhaustiva respecto a su participación, la imposibilidad de riesgo para su persona, confidencialidad de su identidad, su derecho a conocer los resultados, voluntariedad de participar y de discontinuar su participación cuando lo estime.

Finalmente, considerando el criterio de fidelidad, los resultados de la investigación garantizan la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes (Denzin y Lincoln, 2012). Para lograrla, se requirió de transcripciones textuales de las entrevistas, cuyo proceso se fundamentó en el código de transcripción de Gail Jefferson (Bassi, 2015).

PLAN DE ANÁLISIS

El diseño del estudio se basó en la Teoría Fundamentada (TF), que utiliza el Análisis Constructor de Teoría. Desde ésta fue posible recoger las impresiones, atribuciones y significados de los participantes para desarrollar una teoría basada en el relato de los mismos (Strauss y Corbin, 2002), interrelacionando conceptos sistemáticamente, con la finalidad de constituir una teoría sustantiva (Flick, 2007).

En el procedimiento de interpretación de datos se distinguieron tres procesos: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva. La codificación abierta fue el proceso analítico por medio del cual se identificaron los conceptos y se descubrieron en los datos sus propiedades y dimensiones (Strauss y Corbin, 2002). Posteriormente, se desarrolló el proceso de categorización, comparándose los datos en relación a sus propiedades, dimensiones y significados, llevando a una clasificación mayor, que se llama categoría y que se refiere al resumen de conceptos (Flick, 2007).

En el proceso de codificación axial, las categorías obtenidas en la codificación abierta se relacionaron con sus subcategorías (Strauss y Corbin, 2002).

Finalmente, en el proceso de codificación selectiva, se integraron las categorías y subcategorías en una unidad conceptual, a través del método comparativo constante (Strauss y Corbin, 2002; Taylor y Bogdan, 2000).

La definición de la etapa final del muestreo teórico y el cese de la realización de entrevistas y observaciones, fue mediante la saturación teórica, ya que los datos comenzaron a tornarse repetitivos (Flick, 2007).

El programa informático utilizado para la codificación y categorización teórica de los datos, correspondió a Atlas.ti 7. Este recurso requirió entender el método y la técnica, desde una ontología que asuma la realidad de manera comprensiva, participativa e intersubjetiva, a fin de evitar la racionalidad instrumental (San Martín, 2014).

En relación a los criterios de confiabilidad del estudio, éste consideró la credibilidad, transferibilidad y dependencia.

Con respecto a la credibilidad, se obtuvieron datos ricos teóricamente, mediante información detallada, densa y completa (Vasilachis de Gialdino, 2006). Así también, se documentaron los datos recogidos, recurriendo a las notas de confirmación, incluyendo citas textuales de los participantes en los resultados.

Otros criterios para garantizar la credibilidad del estudio, fueron la triangulación de los datos por parte de los autores del estudio, y finalmente, su revisión por parte de investigadores pares y ajenos a la investigación.

Este estudio cumplió con los criterios de transferibilidad en la medida que permitió comprender las prácticas de terapeutas sistémicos, que desarrollan su ejercicio en espacios clínicos de atención.

En relación a la dependencia, ésta se garantizó mediante la participación de investigadores externos al área temática y al proyecto, quienes realizaron una revisión teórica, metodológica y formal de éste.

En cuanto a la organización y administración del tiempo que se destinó a cada una de las actividades que se ejecutaron en el proyecto, se realizó una Carta Gantt donde se expuso el tiempo de dedicación previsto para las diferentes actividades.

A través del análisis constructor de teoría, emergieron 39 códigos, 2 categorías y 6 subcategorías desde el proceso de codificación abierta. Esto permitió dar respuesta a los objetivos específicos: describir las dimensiones emocionales involucradas cuando se experimenta una resonancia y describir el uso de la resonancia en psicoterapia que realizan terapeutas sistémicos. A saber:

1. Describir las dimensiones emocionales involucradas cuando se experimenta una resonancia

1.1 Categoría: Dimensiones emocionales

Esta categoría agrupa la identificación de aspectos positivos y negativos a nivel afectivo, cognitivo y físico, que vivencian los terapeutas, al encontrarse en un contexto de psicoterapia, lo que les permite identificar la vivencia de una resonancia.

Subcategorías:

1.1.1. Aspectos de la dimensión afectiva de la emoción involucrados en una resonancia.

Los terapeutas, en el proceso de psicoterapia, al enfrentarse a vivencias o historias similares a las de los consultantes, identifican tanto aspectos positivos como negativos a nivel afectivo. En los aspectos positivos destacan mayor conexión emocional, mayor fluidez en el proceso y la sensación de satisfacción personal, una vez identificada la resonancia. En tanto, dentro de los aspectos negativos, identifican más afectación por las historias y mayor dificultad para establecer vinculación terapéutica. Las emociones que describen en el contacto con los consultantes son diversas, identificando frustración al no avanzar con los procesos, o bien alegría al obtener logros, señalando algunos, que su modo de acceder a la resonancia es desde su dimensión afectiva.

A continuación, se presentan algunos extractos mencionados por la participante 1:

“Yo creo... tener más éxito con los procesos terapéuticos que me conectan emocionalmente desde mi experiencia y me resuenan más que los que no sé si es tan así... porque sé dónde meter el dedo, sé perfectamente donde es que duele, entonces sé cómo esa persona puede florecer desde esa herida que tiene, porque yo también lo he hecho en mi vida, entonces, creo que es más, me facilita la resonancia, me facilita el proceso de terapia” (Participante 1).

“Me emocioné por la historia del paciente y que creo que eso debe tener que ver conmigo y después reviso qué me pasó con eso, por qué me emocioné en esa sesión. Desde que me cayó mal una paciente... estoy hablando con una mamá ponte tú, y por qué yo me enojo con ella por ejemplo... (Participante 1).

1.1.2 Aspectos de la dimensión cognitiva de la emoción involucrados en una resonancia.

Los terapeutas, en el proceso de psicoterapia, al enfrentarse a vivencias o historias similares a las de los consultantes, identifican tanto aspectos positivos como negativos a nivel cognitivo. Dentro de los aspectos positivos destacan más facilidad para atender desde el bagaje experiencial con el que cuentan y entender lo que está sucediendo a los consultantes. Por otro lado, desde los aspectos negativos puntualizan una sensación cognitiva de baja autoeficacia o bloqueos durante el proceso, por lo que se torna necesario realizar un paralelo o distinción entre su historia o la de los consultantes, siendo preciso diferenciarse para abordar el caso desde la subjetividad de los consultantes y no de la propia. Algunas estrategias cognitivas para identificar la resonancia referidas por los terapeutas son: reconocer que están más orientados hacia el miembro de la familia o hacia la familia con que resuenan, identificar y cuestionarse las emociones y reorientarlas para aportar en el proceso y buscar espacios de reflexión de la resonancia con pares, que permitan darse cuenta de aspectos que no son posibles de identificar por sí solos. Además, algunos terapeutas reconocen que la identificación cognitiva les ha ocurrido posterior a la sesión, por ejemplo, cuestionándose el límite de la relación con el consultante.

“Es como un *insight*, yo siento... porque en el momento que estás como diciendo algo estás pensando también y como hilando al mismo tiempo...” (Participante 6).

“Cognitivo diría yo, sí, sí porque no es como que se me apriete la guata o una cosa física, como que me doy cuenta al irlo revisando, como más racional” (Participante 6).

1.1.3 Aspectos de la dimensión corporal de la emoción involucrados en una resonancia.

Los terapeutas reconocen que al enfrentarse a historias o experiencias similares a las de ellos, presentan posturas y señales corporales y/o psicofisiológicas que algunos reconocen como la primera señal para identificar una resonancia. Entre las señales destacan: que se acelera el corazón, que han caído lágrimas, que han tenido posturas corporales que posteriormente han asociado al involucramiento con el consultante. Como se aprecia en los siguientes relatos:

“Se te muestra como en sensaciones, en algo corpóreo... es como la sensación física... lo primero que me aparece es la sensación corporal, la primera información... me agito por ejemplo... se me puede como acelerar el corazón...” (Participante 2).

“Recuerdo ese evento, porque fue muy intenso también, muy fuerte. Yo recuerdo haber terminado así como casi no quiero atender a nadie más. Me quiero ir a acostar. Cansancio... físicamente, muy fuerte” (participante 4).

“Por ejemplo, en una supervisión, me hicieron ver que yo siempre atendía muy así, muy echada para adelante. Entonces, me quedó muy grabado eso de échate para atrás, te quedaste con la familia. Que es como una metáfora, échate para atrás. En el fondo, haz preguntas, interviene, pero deja que ellos hagan su trabajo, y no te incorpores tanto o si bien estás incorporada dentro del sistema no eres de la familia, no eres parte... entonces también tiene que ver con la postura corporal” (Participante 1).

2. Describir el uso de la resonancia en psicoterapia que realizan psicólogos con formación sistémica.

2.1 Categoría: Uso de la resonancia

Esta categoría agrupa el uso de la resonancia en psicoterapia, por parte de terapeutas sistémicos, donde distinguen una similitud o diferencia de historias con los consultantes y beneficios de acuerdo a esto.

Subcategorías:

2.1.1 Similitud de historias y acciones generadas en psicoterapia

Conforme los terapeutas identifican similitud entre sus historias y las de los consultantes, se involucran más, destinan más tiempo a la terapia, tienden a cuidar más al consultante y desarrollar más empatía. No obstante, también identifican que pueden desarrollarse dificultades en el proceso, por lo que intentan diferenciarse mediante la generación de estrategias tales como revisión del propio genograma o realizar un paralelo entre la propia historia y la del consultante. Por otra parte, reconocen que la similitud de historias es una guía para la intervención, al utilizar la propia historia al servicio de la terapia. Tal como señalan los participantes en los siguientes extractos, al consultarles qué les ocurre cuando su historia es similar a la del consultante:

“Puede que pase por alto cosas que se pueden parecer a las mías, entonces me bloqueo en algunos casos, y en algunos casos que no, me permite entender más rápido lo que está pasando...” (Participante 2).

“Ahí yo entonces me pongo más atenta, porque eso me permite abrir camino, o me permite involucrarme mucho...” (Participante 3).

“Yo creo que para hacer el vínculo terapéutico, porque claramente, hicimos un vínculo muy bonito cierto, pero también después tuve que trabajar en ese sentido... Como que a veces, a lo mejor, no podía ver bien lo que estaba pasando con ella y con su contexto fa-

miliar y todo, porque como que yo quería protegerla. Entonces me costaba ver algunas opciones o algunas cosas” (Participante 5).

2.1.2 Diferencia de historias y acciones generadas en psicoterapia

Los terapeutas refieren que si sus historias de vida son diferentes a las de los consultantes presentan mayor dificultad para empatizar con ellos, por lo que generan una serie de acciones particulares, relacionadas con aumentar la curiosidad por la historia del otro. Destacan acciones cognitivas, tales como desarrollar paralelos con la propia historia, estudiar más sobre las temáticas abordadas en sesiones, profundizar transgeneracionalmente, etc. Esto, con el fin de desarrollar empatía, mediante la búsqueda de puntos de contacto emocional y establecer límites entre su historia y la del consultante. Tal como mencionan los participantes al consultarles qué les ocurre cuando su historia es diferente a la de los consultantes:

“O me aburro o como que tiendo a rechazar un poco, a no entender, y ahí digo, ya bueno, tengo que ponerme las pilas un poco más y preguntar cuál es la vivencia del otro, como curiosear...” (Participante 3)

“Si es distinto, me cuesta entender y debo indagar un poco más en la historia y su historia de vida y cómo ha vivido este proceso” (Participante 5)

“Cuando me diferencio para mí es más difícil, creo que me cuesta menos el otro movimiento, porque claro, como es muy diferente me cuesta empatizar más, entonces lo que hago yo, en eso mismo, ser más curiosa, entonces empiezo a preguntar así como niño ¿no?, ¿Pero eso qué te hizo sentir?, ¿Cómo fue?” (Participante 3)

2.1.3 Beneficios del uso de la resonancia.

Conforme se identifica la resonancia, entendida como un insumo de información para el terapeuta y el consultante, ésta se convierte en un recurso para la terapia, facilitando la generación de acciones, tales como desarrollo empático, autodevelación emocional, reflejo de sensaciones corporales, estrategias de intervención, orientación del proceso y respeto por el mundo de significados del otro, las que favorecen el proceso terapéutico. Como refirieron los participantes en los siguientes extractos:

“Te permite ser como más respetuoso también de las vivencias de ellos, tratar como de focalizarte en ellos, lo que a ellos les pasa y tratar de separarlo... de las creencias que uno puede tener en el fondo... en el fondo son creencias que yo traigo pero no tiene por qué ser así con ellos...” (Participante 6)

“Para mí entonces es como un insumo de información... si a ti te pasan cosas en una sesión, tú estás como en el deber de movilizar eso, eso no es tan tuyo, sino también es como de la otra persona...” (Participante 2)

“Si me siento... incómoda con un matrimonio que está peleando por no sé, equis cosa que hizo el hijo que está en la casa... hijo que conozco, que son mis pacientes, entonces les digo... ¿saben qué?, me siento incómoda en esta discusión, ¿cómo será ser hijo de ustedes? Porque me imagino que siempre pelean... porque el hijo ha estado en esta discusión varias veces y como que eso sirve mucho, de ponerme a mí como instrumento de resonancia... (Participante 1).

En tanto, si no existe conciencia de la resonancia, ésta se puede convertir en un obstaculizador del proceso psicoterapéutico. Tal como menciona la participante 3:

“Nos puede ayudar a abrir caminos o de repente los puede cerrar, porque en ocasiones uno se queda con tanto dolor, a lo mejor dolores que uno guarda y se queda pegado por ejemplo en una vivencia, no sé, en una familia, una vivencia de la hija por ejemplo, y no alcanza a ver la vivencia del padre” (Participante 3)

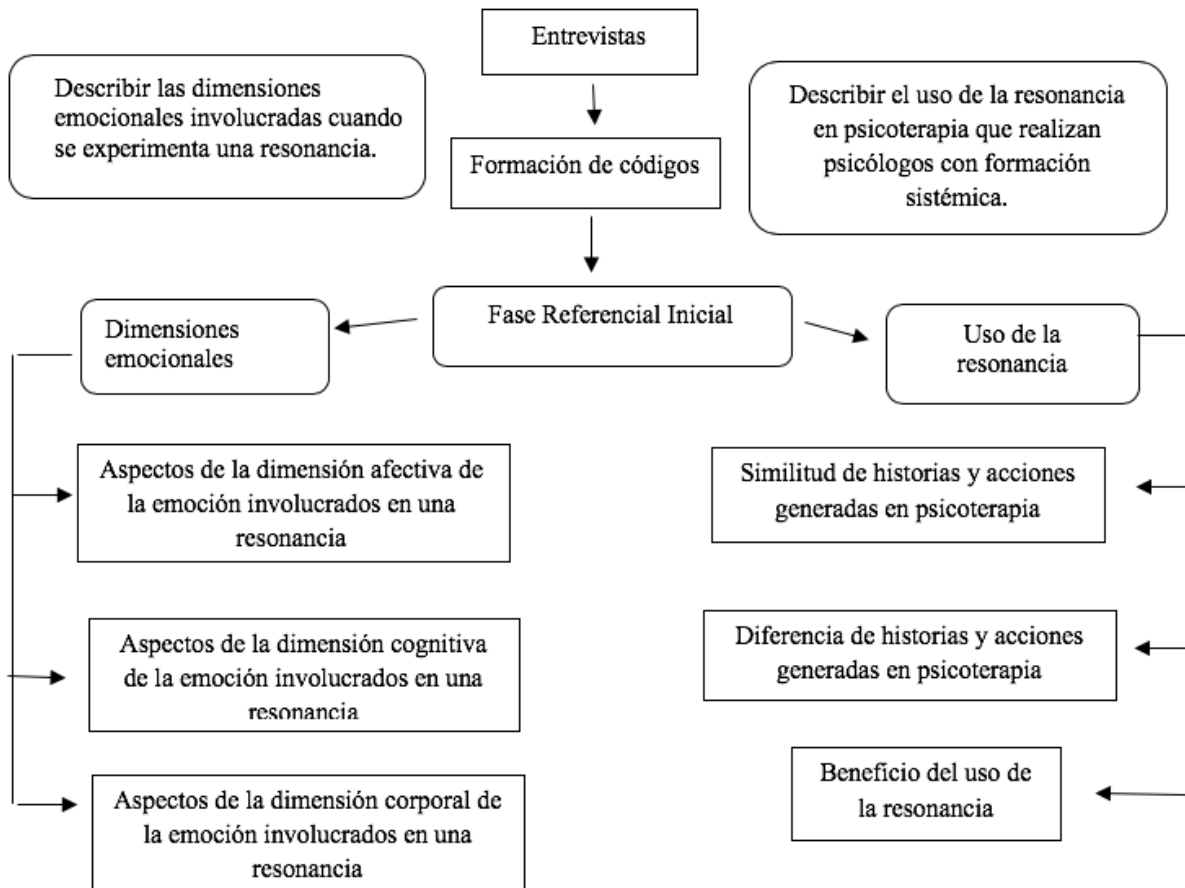


Tabla 1: Codificación Abierta

A partir de la relación entre las categorías y subcategorías obtenidas en la codificación abierta, correspondiente al proceso de codificación axial, fue posible responder al tercer objetivo específico. Éste consiste en identificar relaciones y/o secuencias entre las dimensiones emocionales cuando se experimenta una resonancia y el uso que se le asigna a ésta.

A partir del relato de las experiencias de los terapeutas entrevistados, en primera instancia, en la vivencia de una resonancia dentro de un sistema terapéutico específico, existe una “historia invisible”, que alude al contenido experiencial implícito del terapeuta, del consultante y de la relación entre estos. Es decir, son las historias de vida de los miembros del sistema que se entrelazan influyendo en la activación de mecanismos psicofisiológicos que se activan en el terapeuta, de las que no necesariamente éste es consciente inmediatamente. Asociado a que esta historia es “invisible”, la resonancia tiene una primera forma de manifestarse a través de reacciones fisiológicas, señales y/o posturas corporales. Esta corresponde a la denominada *Fase Referencial Inicial*.

Lo anterior da paso a una segunda fase, denominada *Afectiva*, que es vivenciada como malestar o bienestar emocional en el terapeuta. El bienestar se expresa como mayor conexión emocional, fluidez en el proceso y la sensación de satisfacción personal. El malestar, como identificación de más afectación por las historias y mayor dificultad para establecer vinculación terapéutica.

Posterior a esto, se teorizan dos direcciones relacionadas a la resonancia, una donde los terapeutas no cuestionan/interpretan lo experimentado, pudiendo desarrollar intervenciones menos exitosas, o inclusive iatrogénicas. Y otra, donde los terapeutas desarrollan un cuestionamiento/interpretativo de la vivencia, que les permite reflexionar sobre lo que les está sucediendo y cómo eso podría favorecer u obstaculizar el proceso terapéutico, develando la “historia invisible”. Se llega así, a la *Fase Reflexiva-Interpretativa*, que corresponde a una etapa de comprensión, tanto de la situación personal, como del otro(s) y de la relación entre ambos, que permitirá identificar similitudes

y/o diferencias entre las historias de los consultantes y del propio terapeuta, favoreciendo acciones distintas según dicha comparación/comparativa.

Consecutivamente, en la *Fase de Acción Terapéutica*, el terapeuta actúa de acuerdo a la reflexión hecha previamente en cuanto a la similitud y diferencia con los consultantes. En el caso de la similitud, dichas acciones se manifiestan en propiciar más tiempo para el paciente y/u otorgar más atención e involucramiento emocional. En el caso de la diferencia, las acciones se refieren a motivación por indagar más en la historia del consultante, búsqueda de métodos para favorecer la empatía y/o mayor facilidad para diferenciarse.

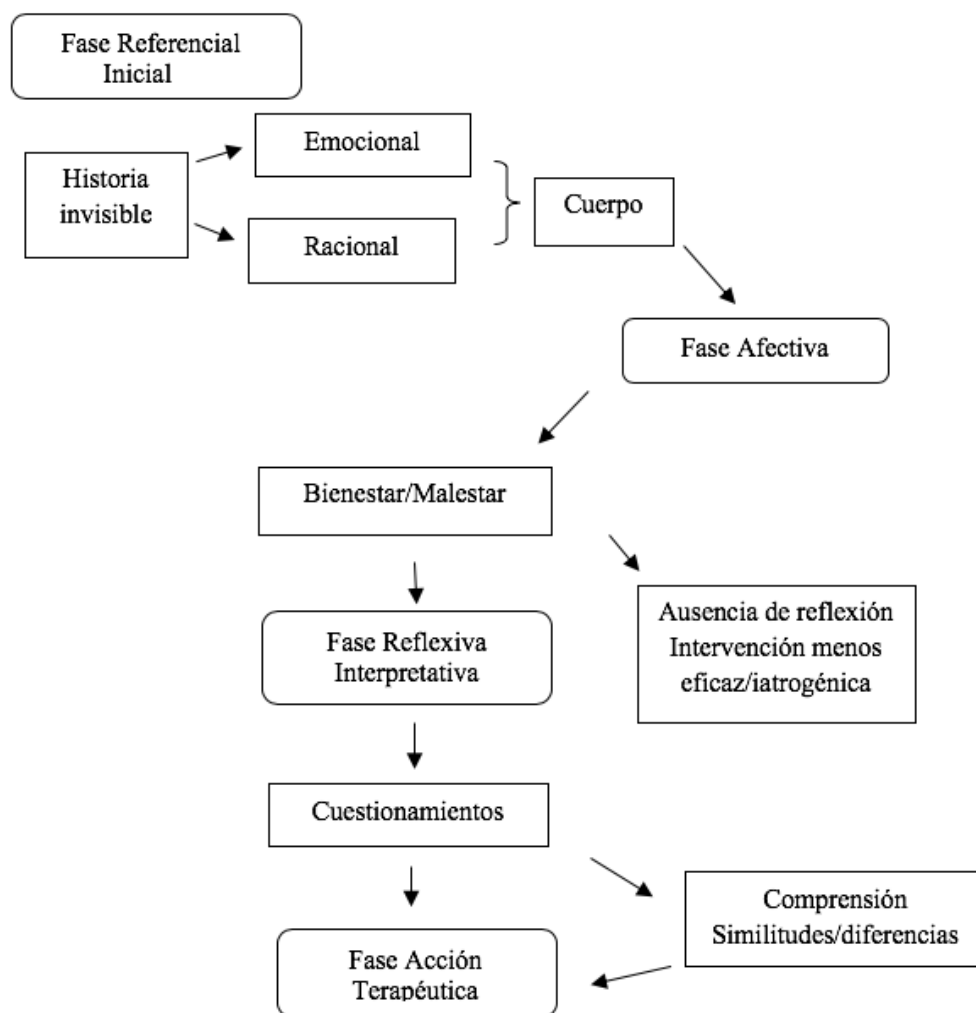


Tabla 2: Codificación Axial

En el proceso de codificación selectiva, el conjunto de categorías y subcategorías convergieron en una unidad conceptual, que a su vez integra la realidad expresada por todos los participantes. Ésta permitió dar respuesta al objetivo general de la investigación, consistente en describir el desarrollo conceptual de la noción de resonancia, a partir de la interpretación del uso de la PDT que realizan psicólogos con formación sistémica.

Es así como la categoría central que surge de este análisis corresponde a: “Secuencia del uso de la resonancia: desde la historia invisible a la intervención”. Esto implica que existe una secuencia de relaciones entre la historia invisible y la acción terapéutica, conforme los terapeutas se cuestionan y comprenden la historia que surge en el contexto terapéutico. Dicha historia invisible alude al contenido experiencial implícito del terapeuta, del consultante y de la relación entre estos, que se manifiesta influyendo en la activación de mecanismos psicofisiológicos que se activan en el terapeuta, del que no necesariamente es consciente en el momento inmediato. Esto se relaciona con

una dimensión afectiva que es vivenciada como malestar o bienestar emocional, que luego da paso a teorizar en dos direcciones relacionadas a la resonancia, una donde los terapeutas no se dan cuenta de lo experimentado, pudiendo desarrollar intervenciones menos eficaces o iatrogénicas. Y otra, donde los terapeutas desarrollan un cuestionamiento interpretativo de la vivencia, que les permite reflexionar sobre lo que les está sucediendo y cómo eso podría favorecer u obstaculizar el proceso terapéutico. Así, surge una fase donde el terapeuta actúa de acuerdo a la reflexión hecha previamente en cuanto a la similitud y diferencia con los consultantes.

4. DISCUSIÓN

En cuanto al primer objetivo específico de la investigación, consistente en describir las dimensiones emocionales involucradas cuando se experimenta una resonancia, éste fue respondido mediante la categoría “Dimensiones emocionales”, la cual agrupa la identificación de aspectos positivos y negativos a nivel afectivo, cognitivo y físico, que vivencian los terapeutas al encontrarse en un contexto de psicoterapia, lo que les permite identificar la vivencia de una resonancia. Lo anterior se relaciona, en parte, con lo planteado por Laso (2015a), quien señala que derivado de la imposibilidad de no resonar y de la relación de la resonancia con el trasfondo emocional del sistema consultante, la emoción es una experiencia multidimensional, que posee al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo.

En base a lo referido por los terapeutas respecto de la categoría “Dimensiones emocionales”, surge la subcategoría “Aspectos de la dimensión afectiva de la emoción involucrados en una resonancia”, la cual reflejaría que los terapeutas al enfrentarse a una resonancia, identifican aspectos a nivel afectivo. Al respecto, Laso (2015a) destaca la existencia de un componente afectivo constante en la interacción humana, por lo que al ser humano le es imposible no resonar con los demás.

La subcategoría “Aspectos de la dimensión cognitiva de la emoción involucrados en una resonancia”, reflejaría que los terapeutas identifican tanto aspectos positivos como negativos a nivel cognitivo, ante la presencia de una resonancia. Esto se relaciona con la planteado por Laso (2015a), quien destaca la existencia de una relación entre el componente cognitivo y afectivo, refiriendo que el mensaje se comprende conforme se presenta el estado emocional de los actores. A su vez, Fernández- Abascal et al. (2007) y Reeve (2010) definen a la dimensión cognitiva de la emoción, como la posibilidad de evaluar la situación según las características afectivas, valorando la situación.

Con respecto a la subcategoría “Aspectos de la dimensión corporal de la emoción involucrados en una resonancia”, ésta evidencia la identificación de la resonancia por parte de los terapeutas, mediante posturas y señales corporales y/o psicofisiológicas. En relación a esto, Fernández- Abascal et al. (2007) y Reeve (2010) definen la dimensión corporal de la emoción como la comunicación y exteriorización de las emociones, mediante procesos de comunicación no verbales. Por su parte, Russel y Mehrabian (1977, citado en Laso, 2015a) plantean que las emociones varían en torno a dimensiones que influyen sobre la postura y la conducta, mediante indicadores corporales, ejemplificando que nos acercamos a lo que nos da placer o nos alejamos de lo que no (Mauss y Robinson, 2009, citado en Laso, 2015a).

Con respecto al objetivo específico consistente en describir el uso de la resonancia en psicoterapia que realizan terapeutas sistémicos, éste se responde mediante la categoría: “Uso de la resonancia”, la que agrupa el uso de la resonancia en psicoterapia por parte de terapeutas sistémicos, quienes distinguen similitud o diferencia de historias con los consultantes, así como los beneficios del uso de la resonancia.

En relación a lo anterior, Elkaim plantea en 1996, que la PDT es el principal instrumento de intervención en la práctica clínica, ya que ahí se propician sentimientos que son característicos de la relación y que no aparecen en otras circunstancias.

En base a lo referido por los terapeutas, surge la subcategoría “Similitud de historias y acciones generadas en psicoterapia”, consistente en que conforme los terapeutas identifican similitud

entre sus historias y las de los consultantes, generan acciones específicas que pueden tanto favorecer como obstaculizar el proceso de psicoterapia. Con respecto a la similitud, Elkaïm (1989) define la resonancia como los puntos de encuentro entre el marco de referencia del consultante y del terapeuta. En tanto, la resonancia es un favorecedor para el proceso terapéutico, toda vez que resulta ser una estrategia para introducir información nueva al sistema, lo que permitiría estimular un cambio en su funcionamiento (Szmulewicz, 2013). A su vez, da cuenta de un trabajo que realiza el terapeuta consigo mismo (Elkaïm, 1989, 2010; Laso, 2015b). En cambio, en relación a la resonancia como obstaculizador, García et al. (2012), alude a la posibilidad de que la resonancia perpetúe el problema y reduzca las posibilidades de introducir cambio en el sistema.

Con respecto a la subcategoría “Diferencia de historias y acciones generadas en psicoterapia”, los terapeutas refieren que si sus historias de vida son diferentes a las de los consultantes presentan mayor dificultad para empatizar con ellos. Ante ello, con el fin de desarrollar empatía, generan una serie de acciones particulares mediante la búsqueda de puntos de contacto emocional y establecimiento de límites entre su historia y la del consultante. Lo anterior, se puede relacionar con lo que plantea Laso (2015b), relativo a la imposibilidad de no resonar, toda vez que el terapeuta a pesar de que percibe la historia del consultante como diferente a la propia, busca los puntos de encuentro con la finalidad de favorecer el desarrollo de un puente singular que lo una con el sistema consultante, como es descrito por Elkaïm (2010). Es importante mencionar, que a pesar de la relevancia de teorizar los temas personales del terapeuta, no se visualiza, o bien no se explicita esta temática en particular en publicaciones asociadas al tema.

Desde la subcategoría “Beneficios del uso de la resonancia”, se desprende la idea de que al identificarla, ésta se convierte en un recurso que favorece el proceso terapéutico. Al respecto, existen estudios que muestran la importancia de abordar aspectos personales del terapeuta, con la finalidad de mejorar la práctica clínica (Mojta et al., 2014). En esta línea, Smulewicz (2013) describe que las resonancias tienen un rol importante en el desarrollo del terapeuta, debiendo estar atento a ellas para poder utilizarlas en función de la psicoterapia. Por su parte, Soto (2011) y García et al. (2012) reflexionan con respecto a cómo se favorece el vínculo mediante el uso de las resonancias, tornándose fundamental contar con la capacidad de poder transformar lo que emerge en sesión, en recurso, desde la autorreferencialidad del terapeuta, colocándolo al servicio de la terapia.

En esta misma subcategoría se aborda la idea de que al no existir conciencia de la resonancia, ésta se puede convertir en un obstaculizador de la terapia. Al respecto, Zajonc (1980) menciona que nuestro mundo es afectivo e interactivo de manera permanente, y que nuestra percepción consciente nos aproxima sólo a una parte de las emociones vividas. Por lo anterior, se reconoce la importancia de que el terapeuta profundice en el autoconocimiento, con el fin de cautelar cualquier efecto negativo en el espacio psicoterapéutico, buscando transformar en recurso para el trabajo clínico aquello que lo caracteriza (Szmulewicz, 2013). Así también, se valora como necesario considerar la propia subjetividad y su incidencia en la intervención como elementos importantes en la formación de terapeutas sistémicos (Alvear et al., 2012).

A partir de la relación entre las categorías y subcategorías descritas, fue posible responder al tercer objetivo específico, relativo a identificar relaciones y/o secuencias entre las dimensiones emocionales cuando se experimenta una resonancia y el uso que se le asigna a ésta.

En primera instancia, se reconoce una fase denominada Referencial Inicial, donde adquiere relevancia la existencia de un componente “experiencial invisible” propio del terapeuta y del consultante(s), aquello que cada uno posee como repertorio experiencial, y que se entrelaza en la psicoterapia. Como plantea el constructivismo, el foco de comprensión de los significados es activamente construido por el individuo, es decir, el ser humano crea y construye su realidad. Plantea que el observador está conectado recursivamente con el sistema observado, y sus prejuicios y teorías entran en sus descripciones y explicaciones (Díaz, 2007). En esta primera fase, las historias de vida de los miembros del sistema se entrelazan influyendo en la activación de mecanismos psicofisiológicos de la emoción que se movilizan en el terapeuta, de las que no necesariamente éste es consciente. Re-

lacionado con este hallazgo, las emociones varían en torno a dimensiones que influyen en la postura y la conducta, mediante indicadores corporales (Russel y Mehrabian, 1977, citado en Laso, 2015a). Por lo tanto, se puede apreciar la existencia de una relación entre la historia invisible y señales corporales que no necesariamente son conscientes a nivel de reflexión.

En tanto, en la denominada Fase Afectiva, destaca la vivencia de malestar o bienestar emocional en el terapeuta. Esto se comprende desde la dimensión emocional planteada por Russel y Mehrabian (1977, citado en Laso, 2015a) denominada valencia, que refiere al modo en que la situación afecta los intereses o necesidades vitales del individuo: si los satisface se experimenta placenteramente, en tanto, si los menoscaba genera displacer. Resumiendo, nos acercamos a lo que nos da placer y nos alejamos de lo que no.

Posterior a esto, existe la posibilidad de cuestionar o no lo experimentado. En el caso de no desarrollar reflexión, es posible llevar a cabo intervenciones menos exitosas, o inclusive iatrogénicas. Es así, como se ha estudiado el componente personal del terapeuta y su implicancia positiva en el proceso terapéutico (Mojta et al., 2014), reconociéndose la importancia de que éste se preocupe por el componente personal que lo caracteriza y profundice en el autoconocimiento, a fin de cautelar cualquier efecto negativo en el espacio psicoterapéutico (Szmulewicz, 2013). En tanto, si los terapeutas desarrollan un cuestionamiento/interpretativo de la vivencia, les es posible reflexionar sobre lo que sucede en la relación y cómo eso podría favorecer u obstaculizar el proceso terapéutico. Por ende, se propicia la identificación de similitudes y/o diferencias entre las historias de los consultantes y del propio terapeuta, favoreciendo acciones distintas según dicha comparación/compreensiva. En esta línea, Bertrando y Arcelloni (2014) refieren que el tomar consciencia de las emociones, permite usar dicha información a modo de contribuir a los objetivos terapéuticos. En el lenguaje de Szmulewicz (2013), se facilita un proceso dialógico con el consultante en la co-construcción de nuevos significados, y donde el uso de las resonancias favorece una actitud empática desde el terapeuta hacia las necesidades de los consultantes (Soto, 2011).

Finalmente, el terapeuta actúa de acuerdo a la reflexión de similitud y diferencia con los consultantes. Esto se relaciona con el planteamiento de que existe una dimensión emocional llamada funcional o de afrontamiento, la que refiere a la motivación dirigida a una meta, vale decir, el deseo de comprometerse con respuestas de afrontamiento apropiadas para la situación (Fernández- Abascal et al., 2007; Reeve, 2010). Con respecto a acciones en psicoterapia, Bertrando y Arcelloni (2014) apuntan a la acción de generar hipótesis, en tanto exista consciencia de la resonancia; Mojta et al (2014) refieren que la práctica clínica puede mejorar, en tanto se aborden los aspectos personales del terapeuta; y Carvajal (2012), Elkaïm (1989, 2010) y Laso (2015b) destacan la acción terapéutica relacionada con la supervisión de casos. Es así como se ha reconocido que es posible introducir información nueva al sistema, favoreciendo cambios en el funcionamiento, en tanto se haga uso de la resonancia (Szmulewicz, 2013). En conclusión, el terapeuta puede revisar lo que experimenta para utilizarlo como una habilidad progresiva para la psicoterapia, lo que favorecería el desarrollo de un puente único, que une al sistema consultante (Elkaïm, 2010; Polanco, Vergara y Santibáñez, 2019).

Con respecto a la categoría central de este estudio, denominada: “Secuencia del uso de la resonancia: desde la historia invisible a la intervención”, esta responde al objetivo general de la investigación, referente a describir el proceso de la noción de resonancia, a partir de la interpretación del uso de la PDT que realizan terapeutas sistémicos. En este sentido, es posible advertir que la resonancia se configura como uno de los principales instrumentos con los que cuenta el psicoterapeuta, puesto que está a la base de la nueva construcción de significados que surgirá en el proceso terapéutico, y que de no reflexionar respecto de ella, se torna complejo proponer intervenciones que cobren sentido en la relación terapeuta-consultante. En esta línea, Díaz (2007) señala que el conocimiento humano no resulta de una representación mental individual de la realidad, sino que es activamente construido por el individuo y otros, en un contexto. Es así como la terapia puede comprenderse como una construcción donde la integralidad de todos sus participantes, se conecta recursivamente a través de la autorreflexión. Por ende, la subjetividad del terapeuta tiene una incidencia en cuanto

a lo que se aborda en las sesiones terapéuticas (Carrasco y Díaz, 2011).

A su vez, destaca en este hallazgo, que la resonancia alude a un proceso, que implica inherentemente las dimensiones emocionales del terapeuta: lo corporal, lo afectivo, lo reflexivo y lo motivacional, que se relacionan al momento de buscar comprensiones para la implicación del terapeuta, al resonar. A esto, Laso (2015a) le llama la imposibilidad de permanecer impasibles ante la presencia de otro, agregando que, “dada una situación de copresencia, al ser humano le es imposible no telegrafiar sus estados anímicos y no resonar con los de los demás” (Laso, 2015a, p.147).

En conclusión, la relevancia de esta investigación es proveer de conocimientos en un área que se encuentra menos profundizada tanto en nuestro país, como internacionalmente. Se aporta con la construcción conceptual del proceso de la noción de resonancia, a partir de hallazgos empíricos, considerando las relaciones entre las dimensiones emocionales cuando ésta se experimenta y el uso que se le asigna. Así, se torna más accesible la noción de resonancia, descrita generalmente como un concepto vago y difuso, aumentando y favoreciendo su conocimiento teórico, los procesos de formación de psicólogos y proveyendo aportes para la práctica clínica.

Un hallazgo importante alude a la relevancia que adquiere la integralidad del terapeuta, a fin de reconocer las implicancias de su individualidad en el desarrollo de los procesos de psicoterapia. Es decir, la conexión con su cuerpo como un punto de referencia para identificar aquella implicancia, el contacto con las sensaciones de bienestar o de malestar y la reflexión sobre aquello, resultan ser insumo para el avance de la terapia. Lo anterior, reafirma la noción de que la PDT es la vía de acceso para acceder a la resonancia.

Otro hallazgo de relevancia en el estudio, se refiere al reconocimiento de que existe una historia invisible. Ante la imposibilidad de conocerlo todo, el terapeuta se enfrenta al contenido experiencial implícito que tanto él como el consultante tienen, y cobra sentido tener conciencia de aquello, toda vez que la búsqueda por ampliar su reconocimiento, facilitará el autoconocimiento, el conocimiento del otro y de la relación construida.

En relación a lo expresado, se considera que el estudio es un aporte, en tanto permite surtir de orientaciones para la formación en el área, a nivel de pregrado como de postgrado, que apuntan a promover la integración entre el desarrollo del área académica y de la formación personal, reconociendo necesario reducir la disociación entre lo racional-emotivo de los futuros psicólogos o terapeutas sistémicos. A su vez, el desarrollo de este entrenamiento, desde el principio de la formación, favorecería una conciencia temprana de la “historia invisible” y puede promover “una búsqueda activa” por conocerla, tal como señalan los participantes de este estudio ante el enfrentamiento a distintas situaciones, que emergen en los procesos de psicoterapia.

Dentro de las limitaciones de la investigación, cabe mencionar que no se realizaron distinciones de género, lo que además no fue posible, asociado a la participación masculina minoritaria en el estudio, pudiendo existir sesgo de género.

A raíz de lo revisado durante el desarrollo de este estudio, se podrían plantear como posibles líneas de investigación la implicancia de las supervisiones en el descubrimiento de la “historia invisible”, o bien el efecto que los contextos laborales tienen sobre aquel descubrimiento. Es decir, se sugiere la realización de estudios que indaguen en el desarrollo de estrategias que favorezcan la conciencia de la historia invisible, reconociendo la apropiación de la resonancia como un recurso, con el fin de mejorar las prácticas clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvear, M., Jerez, R., y Lucero, C. (2012). Formación de terapeutas en un programa de especialización en terapia familiar sistémica. *Psicología em Estudo*, 17(2), 183-193.
- American Psychological Association (2015). *Clinical Psychology Solves Complex Human Problems*. Recuperado de <http://www.apa.org/action/science/clinical/index.aspx>

- Ander- Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social* (24° edición). Buenos Aires: Lumen.
- Aponte, H. J., y Kissil, K. (2014). "If I Can Grapple With This I Can Truly Be Of Use In The Therapy Room": Using The Therapist's Own Emotional Struggles To Facilitate Effective Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(2), 152–164.
- Aponte, H., y Winter, J. (1988). La persona y la práctica del terapeuta. Tratamiento y entrenamiento. *Revista Sistemas Familiares*, 3(4), 7-24.
- Bassi, J. (2015). El código de transcripción de Gail Jefferson: Adaptación para las ciencias sociales. *Quaderns de Psicologia*, 17(1), 39-62.
- Bertrando, P., y Arcelloni, T. (2014). Emotions in the Practice of Systemic Therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35(2), 123–135.
- Bueno, R. (2014). Una nota sobre complejidad y paradigma cualitativo. *Revista de Psicología* [en línea] recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68632617015>> ISSN 1729-4827
- Campagne, D. (2014). El terapeuta no nace, se hace. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121), 75–95.
- Carrasco, E., y Díaz, M. (2011). Taller de la persona del terapeuta: Supervisión grupal Instituto Chileno de Terapia Familiar. *Revista De Familias y Terapias*, 20(31), 97-105.
- Carvajal, C. (2012). *Desarrollo de la persona del terapeuta y su influencia en el quehacer profesional: desde la mirada de los experimentados*. (Tesis de maestría inédita). Universidad de Chile, Santiago. Recuperado de <http://www.tesis.uchile.cl/handle/2250/117054>
- Denzin, N., y Lincoln, Y. (2012). *Manual de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Díaz, R. (2007). *El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista*. *Círculo de Psicoterapia Cognitivo Constructivista*. Recuperado de <http://www.cipra.cl/documentos/NarrativaPsicoterapiaConstructivistaConstruccionista-DiazOlguin.pdf>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Revista de Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167.
- Elkaïm, M. (1989). *Si me amas, no me ames*. Barcelona: Gedisa.
- Elkaïm, M. (1996). De la autorreferencia a los ensamblajes. *Sistémica: Revista de la Asociación Andaluza de Terapia Familiar y Sistemas Humanos*, 1, 15–29.
- Elkaïm, M. (2010). À propos du concept de résonance. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 2(45), 171–172.
- Fernández- Abascal, E., Martín, M., y Domínguez, J. (2007). *Procesos psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Sage.
- García, M., Abrantes, K., Berroa, I., y Blanco, G. (2012). Uso de la primera ronda del método Delphi para delimitar competencias autorreflexivas del psicólogo. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 26(3), 397-410.
- Laso, E. (2015 a). Cinco axiomas de la emoción humana: Una clave emocional para la terapia familiar. *Revista de psicoterapia*, 26(100), 143-158.
- Laso, E. (2015 b). Terapia familiar en clave emocional: Breve revisión teórica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2), 631–662.
- Mojta, C., Falconier, M., y Huebner, A. (2014). Fostering Self-awareness In Novice Therapists Using Internal Family Systems Therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 42(1), 67-78. doi: 10.1080/01926187.2013.772870
- Polanco, K., Vergara, C., y Santibáñez, P. (2019). La práctica y la vida hacen al terapeuta: comprendiendo y reconociendo resonancias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(3), 234-243. doi: 10.24205/03276716.2019.1097
- Reeve, J. (2010). *Motivación y emoción*. (5° edición). México: Mc Graw-Hill.
- Rey, C., Martínez, J., y Guerrero, S. (2009). Tendencias de los artículos en psicología clínica en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 27(1), 61-71.

- Santibáñez, P., Román, M., Lucero, C., Espinoza, A., Irribarra, D., y Müller, P. (2008). Variables inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89-98. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100008>
- San Martín, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas.ti: Recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 16(1), 104-122. Recuperado de <http://redie.uabc.mx/vol16no1/contenido-sanmartin.html>
- Soto, P. (2011). El terapeuta sistémico frente a la catástrofe: reflexiones a partir de la experiencia. *Revista De Familias y Terapias*, 20(31), 97-105.
- Sprenkle, D. H., y Blowb, J. (2007). The Role of the Therapist as the Bridge Between Common Factors and Therapeutic Change: More Complex Than Congruency With A Worldview. *Journal of Family Therapy*, 29(2), 109–113.
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. *Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: Eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 51(1), 61-69. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100008>
- Szmulewicz, T. (2015). Terapia de pareja: un espacio intersubjetivo con arreglo triangular. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 101 – 110.
- Taylor, S., y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos* (3a. ed.). Barcelona: Paidós.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Zajonc, R. (1980). Feeling and Thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.

Systemic Narrative as a Therapeutic Intervention Model in the management of Chronic Non-Cancer pain in Women

Sylvia Sánchez-Oller^a, Karla Villalobos-Carrillo^a

^aUniversidad de Costa Rica (silvia.sanchezoller@ucr.ac.cr), ^bUniversidad de Costa Rica, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S)

Historia editorial

Recibido: 16-01-2019

Primera revisión: 31-07-2019

Aceptado: 01-06-2020

Palabras clave

mujeres guanacastecas, mujeres costarricenses, dolor, dolor crónico no oncológico, fibromialgia, síndrome miofascial, terapia narrativa

Resumen

El presente artículo responde a la interrogante de cómo intervenir terapéuticamente desde la Narrativa Sistémica el dolor crónico no oncológico. La validez del discurso de cada mujer participante y la particularidad de cada caso para conocer sus historias, permitió el desarrollo teórico y la metodología para cumplir con los objetivos planteados desde la investigación cualitativa descriptiva y participativa, a través de tres estudios de casos en mujeres guanacastecas, de Costa Rica, cuyos resultados ofrecen la existencia de un componente emocional de base, que sostiene el dolor físico: historias de violencia, sufrimientos, abandono, pérdidas y carencias, que muestran la opresión en la que ellas han vivido a lo largo de toda su vida, lo que ha provocado que a través del dolor físico crónico, una respuesta a eso que duele, a lo que ya no se soporta más, haciendo obturar la expresión de las emociones y es a través del cuerpo que logran nombrar lo innombrable por años. Las estrategias empleadas fueron: elaboración de cartas terapéuticas, construcción de historias alternativas, contar y re-contar su historia, reconocer situaciones o momentos que exacerban el dolor, sentir el dolor y nombrarlo, externalización del problema, el problema es el problema, disculpabilizarse de vivencias de vida traumáticas, darle un significado a sus historias dominantes mediante la organización de la experiencia, para obtener un nuevo sentido de lo vivido por medio del relato.

Abstract

This paper answers the question of how to intervene therapeutically for chronic non-oncological pain from the Systemic Narrative. The validity of the discourse of each participating woman and the particularity of each case to know their histories, allowed the theoretical development and the methodology to fulfill the objectives raised from the descriptive and participative qualitative research, through three case studies of Guanacaste's women, from Costa Rica, whose results offer the existence of a basic emotional component that sustains physical pain: violence stories, suffering, abandonment, loss and deprivation, which show the oppression in which they have lived throughout their lives, which as a result has caused chronic physical pain, reflecting an answer to the emotional pain that they have suffered, something that they don't wish to carry anymore, creating a seal to expressing their emotions and it is through their body that this emotional pain is released, pain that they cannot express through words for many years. The strategies used were: therapeutic letters, alternative histories, telling and re-telling their history, recognizing situations or moments that exacerbate the pain, feel the pain and name it, externalization of the problem, the problem is the problem, to be excused from traumatic life experiences, giving meaning to their dominant stories through the organization of experience, to obtain a new sense of what was lived through the story.

Keywords

guanacaste women, Costa Rican women, pain, chronic non-cancer pain, fibromyalgia, myofascial syndrome, narrative therapy

En Costa Rica, el abordaje tradicional de salud, dirigido a pacientes portadores de dolor crónico no oncológico se ha llevado a cabo desde la Medicina Positivista, en la que prevalecen las terapéuticas de índole farmacológica. Empero, sin restar valor a esa labor médica, cabe señalar la importancia de realizar otro tipo de intervenciones, como por ejemplo desde la psicología, que más allá de lo farmacológico, se ofrezcan alternativas terapéuticas para favorecer las condiciones de salud, de quienes se quejan de dolor constantemente.

En la actualidad, algunos pacientes manifiestan que a pesar de cumplir con las prescripciones médicas (puntualidad en las citas, adherencia al tratamiento farmacológico, apego a las recomendaciones médicas), su sintomatología de dolor no disminuye.

De manera que desde el Servicio de Psicología de la Clínica de Cañas, en Guanacaste, Costa Rica, se llevó a cabo una investigación aplicada, la cual propuso brindar un espacio de acompañamiento, como estrategia adicional de intervención terapéutica, con el objetivo de explorar alternativas para el manejo del dolor crónico no oncológico, que no sean exclusivamente la fármaco terapéutico.

Dicha propuesta también se orientó a que la psicología brindara opciones que favorecieran el manejo de los síntomas físicos, interviniendo a partir de lo emocional.

López y Silvia (2011) mencionan que el surgimiento de las prácticas narrativas ocurrió con un fuerte acento en el significado. White (2002) indica que la Terapia Narrativa permite identificar y describir con riqueza las historias alternativas de las vidas de las personas, sientan las bases de las conversaciones de re-escritura de la vida (p. 276).

Méndez y Reinoso (2018) así lo afirman:

Las narrativas de mujeres agentes de cambio social permitieron recuperar y conocer las pautas vinculares que se generan dentro de sus familias de origen y de cómo éstas les han permitido interactuar en la sociedad y en la conformación de la percepción de sí mismas. Las narrativas nos permiten recrear los espacios y dinámicas culturales que interpelan a estas mujeres; nos muestran un panorama de su visión de la vida, de lo que piensan en la intimidad, de aquello que les tensiona, y lo que para ellas es importante en un futuro (pág. 76).

La Terapia Narrativa se trata de una teoría imaginativa y optimista, negociable, que construye características primordiales que permitirán que cada participante intente dar un significado propio a su historia de vida personal y familiar (Linares, 1996).

Sánchez-Oller (2000) describe:

La importancia de la Terapia Narrativa es comprender y colocar el plan para prevenir el desorden afectivo, y en construir elasticidad, que permita abrir el diálogo. La Terapia Narrativa es una orientación en la psicoterapia que ha evolucionado desde diferentes enfoques, incluyendo la Terapia de Familia y el Psicoanálisis, ambos enfatizando sobre la construcción de dar significados (pág. 48).

Freeman, Epsón y Lobovits (2001) plantean que el término “narrativa” implica escuchar y contar o volver a contar historias sobre las personas y los problemas de su vida. Ante problemas graves y a veces potencialmente extremos, esta idea puede parecer algo trivial.

La modalidad narrativa, se centra en las particularidades: produce buenos relatos, se ocupa de las acciones e intenciones humanas y de las vicisitudes que ocurren en el transcurso de una vida, sitúa los acontecimientos y las experiencias en el tiempo y en el espacio. La Narrativa propone de cómo las personas se viven la vida como condición humana (Zlachevsky, 2003).

Suárez argumenta sobre el rol del terapeuta en la Terapia Narrativa como quien buscar conjuntamente con los pacientes la desconstrucción de las “verdades” que están separadas de sus condiciones y de los contextos de su producción. La Narrativa se trata de un modelo que recalca las fuentes

de lo imaginario, evocando nuevos relatos con una actitud optimista. (2004).

El Modelo Narrativo transita por los niveles cognitivo, social y afectivo, a través de la desconstrucción de las prácticas del poder y de las del saber de los expertos, sustituyendo la conversación terapéutica que brinda el paciente con una forma inofensiva o simplemente diferente, de historia alternativa que ayudará a la persona a apartarse de la influencia de los problemas que está enfrentando

DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

El término dolor es definido en la 21^a. Edición del Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española (1992), basado en su etimología latina (*dolor-oris*) como: “aquella sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior” y también como “un sentimiento, pena o congoja que se padece en el ánimo”.

Almendro, Clariana, Hernández, Rodríguez, Camarero y Del Río (2011) plantean que el dolor es un fenómeno universal con el que el ser humano ha tenido que enfrentarse desde sus orígenes.

La conceptualización del dolor y su tratamiento han evolucionado desde una visión lineal biomédica, que entendía el dolor como un mecanismo de defensa activador de una señal de alarma, a un modelo biopsicosocial mucho más complejo (Llorca, Muriel, González y Diez, 2007). Los autores afirman que uno de los problemas detectados en los pacientes con dolor crónico es la alta incidencia de depresión, llegando a ser la complicación psicológica con mayor comorbilidad.

En la actualidad, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo describe como una experiencia sensorial y emocional asociada a una lesión real o potencial. Esta definición da cabida a una dimensión psíquica del dolor, más allá de una simple respuesta física. Incluye también las vivencias que no están asociadas claramente con un daño orgánico o tisular y la posibilidad de que exista dolor sin que haya una lesión real.

Los investigadores destacan que en los últimos años existe una concepción biopsicosocial del dolor que permite hablar de nuevas alternativas terapéuticas que incluyan aspectos psicológicos y sociales, directamente relacionados con la vivencia del dolor (Almendro et al., 2011).

Además, autores como Rojas (2003) plantea que el dolor crónico es un problema multidimensional, psicofísico y sociocultural que trasciende a quien la padece, se proyecta a la familia y la comunidad. Lo mismo que Llorca et al. (2007) señalan que las prácticas multidisciplinares de las modernas Unidades del Dolor pretenden entender el dolor crónico de forma holística, desde una perspectiva biopsicosocial, que permita ayudar al paciente desde su complejidad considerando todas las variables intervinientes y perpetuantes. Los estudiosos manifiestan que a nivel clínico, la mejoría en el estado emocional del paciente, se debe considerar como indicador de la actuación terapéutica, pues el dolor es un fenómeno complejo que requiere una evaluación multidimensional ya que el abordaje terapéutico del dolor crónico podría fracasar si se limitara exclusivamente al aspecto analgésico, ignorando los componentes neuropsicológicos y psicosociales del mismo.

MÉTODO

La investigación se realizó desde una metodología aplicada cualitativa, descriptiva y participativa, con la construcción de estudios de casos de tres mujeres guanacastecas diagnosticadas con dolor crónico no oncológico adscritas al Área de Salud Cañas, en Costa Rica.

Para Pérez (2001) la investigación cualitativa pretende comprender, penetrar y captar la reflexión de los propios actores, sus motivaciones, problemas e interpretación. Asimismo, De Miguel (2001) menciona que el método descriptivo, se orienta hacia el presente y actúa en los niveles de investigación aplicada y activa, intenta una observación sistémica, estudiando la realidad educativa tal y como de desarrolla. Describe, analiza, registra e interpreta las condiciones que se dan en una situación y momento determinado.

Para la selección de las mujeres adultas participantes, se recibieron seis referencias del médico tratante al Servicio de Psicología, cuyo diagnóstico incluía malestar de dolor crónico no oncológico. Cada una cumplía los criterios de selección señalados en el apartado anterior.

En este proceso de preselección, se realizó un primer contacto con cada mujer, para realizar una presentación de la investigadora y de los objetivos del estudio y conocer la disposición para colaborar con la investigación aplicada.

En este primer contacto con las participantes, se aclararon algunas dudas referentes al proyecto y posteriormente, se seleccionaron tres mujeres que cumplieran con los criterios descritos a continuación.

- Mujeres que contaban con fluidez verbal que facilitó realizar las entrevistas a profundidad.
- Y mujeres con interés y compromiso a participar en la práctica dirigida.

Después de la selección de las tres mujeres participantes, se realizó un nuevo encuentro para hacerles saber del “consentimiento informado” e iniciar las entrevistas.

Fase 1: Revisión bibliográfica de los temas emergentes como sustento del marco de referencia de la investigación aplicada, cuyo desarrollo fue fundamental para el análisis de los tres estudios de casos a la luz de la teoría.

Fase 2: Entrevistas a las tres mujeres para conocer su historia personal ciclo vital (infancia, adolescencia y adultez) además, en cuanto a su núcleo familiar (conyugal, parental, fraternal), momentos significativos en la familia de acuerdo a su ciclo vital, elementos estructurales (rol de cada uno de sus miembros, alianzas, coaliciones, cohesiones, conflictos, entre otros).

En esta fase se utilizó el método del estudio de casos, Stake (1998, citado por Muñoz y Muñoz, 2001), lo define como el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes. Asimismo, en la fase 3 y 4 se implementó la entrevista psicológica, como técnica para el desarrollo de los tres estudios de casos.

Fase 3: Entrevistas a las tres mujeres participantes para conocer información referente a la enfermedad, crisis de dolor, recursos personales y familiares para su manejo, entre otros aspectos que surgieron de las mismas entrevistas.

Fase 4: Implementación de la Narrativa Sistémica como alternativa para el manejo del dolor crónico no oncológico, correspondiente al objetivo específico tres, a través de las entrevistas a las tres mujeres participantes. Esta fase procedió a la puesta en práctica de la teoría, mediante la escucha empática y acompañamiento emocional.

Fase 5: Sistematización del proceso en el cual se recopiló y organizó cada una de las entrevistas, con tal de elaborar la estrategia de intervención terapéutica para el manejo del dolor crónico no oncológico desde la Terapia Narrativa Sistémica, y con ello, los resultados obtenidos de la investigación aplicada.

TABLA DE CATEGORÍAS

A continuación se presenta una tabla en la que se detallan las categorías de análisis a partir de las cuales se definieron los ejes o temas de interés para desarrollar en las entrevistas con las tres mujeres participantes.

Categorías	Intervención
Ciclo vital: infancia, adolescencia, adultez. Holones Familiares: conyugal, parental, fraternal. Roles Miembros de la familia Alianzas Coaliciones Conflictos	<ul style="list-style-type: none"> • Datos e historia personal • Historia del núcleo familiar • Relaciones familiares
Diagnóstico-enfermedad Crisis de dolor Manejo del dolor Significado-percepciones del dolor Afecto Pensamientos Conductas	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto de la enfermedad en su vida y en la familia. • ¿Cómo vivencia las crisis de dolor? • ¿Cuál es el significado o percepción de su dolor? • ¿Cuál es el manejo personal y/o desde la familia, del dolor crónico no oncológico? • ¿Cómo se siente, qué piensa o se comporta con el dolor crónico?
Construcción en conjunto de estrategias de intervención. Aplicabilidad de la Técnica La Narrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de cartas • Historias • Cuentos • Escucha empática
Sistematización de los tres estudios de casos: análisis de los resultados.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál o cuáles son las nuevas alternativas para el manejo del dolor crónico no oncológico desde sus recursos personales y/ o familiares?

TABLA 1. Categorías de Análisis y Modo de Intervención

TÉCNICAS UTILIZADAS

Dentro de las técnicas de la Terapia Narrativa, implementadas en las sesiones se encuentran: historias de vida, cuentos, escritura, construcción de historias alternativas, cartas y externalización del problema.

La selección de las técnicas narrativas utilizadas, fue escogida por cada una de las mujeres participantes. La investigadora les mencionó cuales eran las principales técnicas narrativas que se podían emplear y fue cada participante de manera espontánea y de acuerdo a sus habilidades personales que eligieron la forma de trabajar durante el proceso terapéutico.

RESULTADOS (ESTUDIOS DE CASOS)

Cada mujer participante¹ realizó diez sesiones individuales con una hora de duración, cada dos semanas, durante un período de seis meses. Las mujeres siempre asistieron de forma puntual y no faltaron a ninguna sesión.

PRESENTACIÓN

Ana: adulta de 53 años, ama de casa, casada hace 33 años, tiene dos hijos de 24 y 21 años. Fue diagnosticada con Fibromialgia hace seis años.

1 Se utilizaron pseudónimos y no los nombres originales de las participantes, así mismo se eliminaron datos que pudieran facilitar su identificación.

Los síntomas físicos y emocionales que manifiesta son: dolor generalizado, cansancio, insomnio, tristeza, apatía, deseos de estar siempre “*queditita*”, aislarse. Esos síntomas afectan su cotidianidad, porque no puede hacer oficio como barrer, lavar ropa, limpiar las ventanas, siempre le duelen los brazos, las manos, sus pies.

En cuanto al significado del dolor Ana refiere “para mí el dolor es un dolor tan grande, que me cuesta describirlo, no hay explicación, yo no puedo ni hablar, lo mío es estar queditita...”

La única estrategia que emplea doña Ana para el manejo de su dolor crónico no oncológico es el tratamiento farmacológico, el cual ella menciona no le da buenos resultados.

El empleo de la narrativa sistémica utilizado por Ana fue la construcción de una historia alternativa a su historia de vida, la cual nombró “Renacer”. Además, la elaboración de un cuento para explicar a los hijos y a sus padres, el cambio que ha ido haciendo.

La pajarita de muchos colores

“Había una vez una pajarita de muchos colores, que vivía con su familia en un árbol cerca de un riachuelo, tenía su compañero, sus pichoncitos, pero siempre volaba al árbol más cercano porque ahí vivían sus papás. Su padre un pájaro muy grande y robusto, su madre una pájara linda, también llena de muchos colores, pero en ocasiones pedía y pedía y le gustaba que todo se lo hicieran. Todos los días la pajarita volaba a visitar a sus padres y cuidadosamente limpiaba el nido, les llevaba flores, semillas y algunos gusanitos que encontraba en el camino, no importa si había lluvia, viento o mucho sol, la pajarita abría sus alas y volaba para el otro árbol. Un día se rompió un ala y aunque lloraba de dolor, parecía que al pájaro y a la pájara no les preocupaba, ellos solo querían su comida. Sin embargo, un día la pajarita de colores notó que se estaba poniendo triste y sentía mucho dolor, un dolor que crecía más y más, un dolor que ya no la dejaba ser feliz y que sus colores llamativos empezaban a opacarse. Entonces, un día decidió volar más lejos, buscar ayuda en otro árbol, donde la recibieron con alegría y empezó a recibir mensajes que abrieron sus ojitos, que ella debía cuidar sus alas, porque sino nadie se las iba a cuidar. De este entonces, la pajarita de colores, notó que sus dolores se debían a que todos los días volaba para lo demás y no volaba para ella, notó que sus dolores opacaban sus colores y entonces empezó a volar no tan seguido al árbol vecino y el pájaro y la pájara tuvieron que salir a buscar sus flores y semillas y así la pajarita de colores solo salía a volar cuando ella quería darse un paseo”. Fin

En una de las sesiones como devolución se le escribió a doña Ana, lo siguiente: “Pajarita de colores, hoy tus colores brillan más que nunca, porque ya sabes volar alto y lejos a donde quieras ir, tus alas siguen siendo fuertes como siempre lo han sido, pero ahora vos pajarita decides a cual dirección ir las veces que quieras ir, el ritmo de tu vuelo lo llevas vos pajarita, tus alas de colores reflejan tu deseo de seguir, tu deseo de volar, de volar, de volar, buen viaje pajarita, sigue disfrutando de tus alas de colores...”

Referente a las nuevas estrategias para el manejo del dolor, que doña Ana puntualizó a partir de la intervención terapéutica, son el establecimiento de límites en la familia, la definición de roles familiares, permitirse sentir el dolor y nombrarlo, conocerse a sí misma e identificar situaciones o momentos que exacerban su dolor.

Carmen: adulta de 56 años, casada, tiene 6 hijos, ama de casa. Fue diagnosticada con Síndrome Miofascial.

Los síntomas que manifiesta Carmen son: dolor constante e intenso que inicia en su rostro y abarca casi la totalidad de su cara y que se irradia hacia el cuello. Ese dolor le dificulta poder desarrollar ciertas actividades o labores principalmente quehaceres del hogar (lavar ropa, barrer, limpiar, sacudir), porque el dolor es intenso. Además, Carmen refiere que también le afecta en lo emocional, porque ella se siente triste de saber que no puede asumir sus responsabilidades como ama de casa o por la exigencia a sí misma de cumplir con las necesidades de su esposo, por ejemplo, aunque tenga dolor debe atenderlo, servirle la comida, tenerle la ropa limpia y aplanada o atender a su hija menor (17 años).

Para Carmen el dolor es “padecer de dolor intenso, cada vez que me estreso o tengo un ambiente tenso”. La única estrategia que emplea Carmen para el manejo de su dolor crónico no oncológico es el tratamiento farmacológico, el cual ella manifiesta que no le da buenos resultados.

En cuanto a la narrativa empleada para el manejo de su dolor crónico no oncológico, Carmen refiere: “el poder hablar de eso que me duele, me hizo darme cuenta lo fuerte que soy y que con la ayuda de Dios y mirando hacia mi pasado, es como si tuviera ahora la oportunidad de darle un significado a todo eso, hace que tenga un poco más de sentido todo lo que yo viví, el no expresarme me estaba ahogando, yo solita me estaba ahogando, ahora me siento diferente, parece mentira, pero las palabras atrapadas me estaban ahogando”.

Para Carmen las nuevas estrategias para el manejo del dolor, son construir canales de comunicación entre ella y su esposo, escribir cartas como narrativas, son sobre todo un medio para un fin, las cartas le permiten convertir las vivencias en un relato.

Además, Carmen reflexiona y señala “es interesante porque de lo que menos he hablado es de mi dolor crónico, ese cómo que pasó a segundo plano y pareciera mentira, pero ahora me doy cuenta que no es el que más me ha afectado, pareciera como que no existiera o ya no le diera tanta importancia. He descubierto que yo tenía otros dolores más fuertes por dentro y digo tenía porque aunque sigo extrañando a mi mamá y pensando que ella fue una mujer muy sufrida, aunque le tengo un gran resentimiento a mi papá que creo que nunca voy a poder dejar de sentirlo y sufro porque mi esposo ya no es el esposo que yo anhelaba para mí, he aprendido que yo soy la que le doy un significado a cada una de las cosas o experiencias que tengo en mi vida y no puedo seguir sufriendo amargamente por cosas que me pasaron y ya no puedo hacer nada. El poder hablar de eso que me duele, me hizo darme cuenta lo fuerte que soy y que con la ayuda de Dios y mirando hacia mi pasado, es como si tuviera ahora la oportunidad de darle un significado a todo eso, hace que tenga un poco más de sentido todo lo que yo viví, el no expresarme me estaba ahogando, yo solita me estaba ahogando, ahora me siento diferente, parece mentira, pero las palabras atrapadas me estaban ahogando”.

La impresión que da, ante esta narrativa, es que Carmen siempre lloraba en silencio y al permitirse poner palabras a sus historias, empieza a darle significados diferentes que le posibilita re-escribir sobre su sentir. Carmen es una persona que no necesita utilizar algunas técnicas para describir sus historias, porque ella con solo su narrativa, logra canalizar su dolor y lo repite abiertamente, “eso como si yo solo necesitara contar lo que me pasa, con solo eso ya logro sentirme mejor”.

Lorena: adulta de 52 años, vive en unión libre hace 37 años, tiene 7 hijos, ama de casa. Lorena menciona que padece de dolor permanente en sus extremidades inferiores, un dolor quemante en la planta de los pies. Además de insomnio crónico, cefalea y cansancio.

Para Lorena el insomnio crónico y la cefalea, afectan directamente su salud física y emocional y los síntomas se manifiestan a través de cansancio, desmotivación, mal humor, irritabilidad, deseos de aislarse, estar sola y no hacer nada. Además, repercute en las labores diarias de su hogar y cuidados hacia sus hijos, principalmente los tres menores, porque al estar cansada y con mal humor se enoja con ellos, con su esposo o consigo misma.

Para Lorena el significado de dolor, es: “siempre tengo dolor en mis pies, todo en la familia sigue igual, tengo un hijo que intento matarse, eso me pone peor”.

La única estrategia que emplea Lorena para el manejo de su dolor crónico no oncológico es el tratamiento farmacológico, el cual ella menciona que no le da buenos resultados.

Ella empleó la externalización de problemas, lo cual le ayudó a separarse de éstos y así asumir su responsabilidad en el mantenimiento de los mismos.

Para Lorena narrar una y otra vez su problemática familiar y personal, (aumento del dolor crónico), le permitió liberarse de las descripciones saturadas de problemas de su vida y de sus relaciones familiares, identificar una nueva relación con el problema y elaborar nuevos relatos.

Sin embargo, Lorena a lo largo de las sesiones ha logrado expresar que, aunque siente que el dolor y la tristeza siempre están ahí en su cuerpo, cada vez que ella se permite externalizar su problema, siente como se desahoga de lo que le perturba, de lo que le genera dolor.

Las nuevas estrategias se orientan a seguir trabajando en la externalización del problema, establecer prioridades, continuar fortaleciendo sus relaciones familiares, desculpabilizarse de los eventos traumáticos familiares o personales que ha enfrentado en su historia. Lorena reconoce sentir “*un pequeño avance*”, pero también manifiesta que el “camino recorrido es largo y sé que me espera aun mucho por recorrer”.

DISCUSIÓN FINAL: ELEMENTOS DE ANÁLISIS COMUNES Y PARTICULARES EN LOS ESTUDIOS DE CASOS

Con los tres casos estudiados, surgen algunas premisas acerca del dolor crónico no oncológico, la dinámica relacional y aportes de la Terapia Narrativa como estrategia de intervención, entre ellas:

- a) Experiencias traumáticas vividas en la niñez no re-significadas, se manifiestan en la vida adulta, a través del cuerpo, provocando dolor crónico.
- b) Cuando se es hija parentalizada, se asumen a tempranas edades funciones que no corresponden, cuyas tareas se podrían repetir en la adultez, ya que se ubican en el rol de cuidadoras, que intentan sostener una conyugalidad armónica y ocupar el lugar central en su nueva familia, propiciando el recargo en sus tareas o funciones, por lo que esa exigencia externa e interna se convertirá en desgaste o cansancio físico y/o emocional que se manifestara mediante la queja de dolor.
- c) En los tres estudios de casos existen historias dominantes de violencia, de opresión hacia las mujeres. Historias de violencia que sostienen el dolor físico, por lo tanto, se puede afirmar que en estos casos específicos hay un componente emocional de base, que mantiene el dolor físico crónico no oncológico, y que, en la medida que no sean nombradas esas historias de violencia, el manejo del dolor crónico puede resultar más difícil.
- d) El dolor crónico es la única salida para expresar que no se está bien física ni psicológicamente. El dolor crónico habla, expresa los sufrimientos enfrentados, de otra forma, no son escuchadas.
- e) El dolor crónico da un lugar en la familia, si no hay dolor es como que no existieran, puesto que siempre están para los demás; sin embargo, la mirada familiar se fija en ellas, si hay queja de dolor.

Para el manejo del dolor crónico no oncológico, la farmacología no puede ser considerada la única terapéutica que favorezca la mejoría de los síntomas, debe ampliarse el campo de acción a otras estrategias de intervención, como se utilizó en esta investigación aplicada la Terapia Narrativa.

CONCLUSIONES

Después de conocer las narrativas de Ana, Carmen y Lorena, -quienes padecen de dolor crónico no oncológico-, el discurso de cada una de ellas, específicamente en sus vivencias, permitieron resumir la construcción de los casos y una discusión final. Posteriormente, a partir de éstos apartados se puede concluir que existen similitudes en algunos aspectos personales como la edad, estado civil, número de hijos, mujeres que vivieron en dinámicas familiares disfuncionales, con carencias afectivas y económicas, testigos de violencia entre sus progenitores, con antecedentes de alcoholismo, infidelidades, abusos de todo tipo, físico, sexual, psicológico. Ana, Carmen y Lorena son las hijas mayores, al cuidado de sus hermanos o hermanas, hijas parentalizadas quienes asumieron funciones y responsabilidades que no les correspondían. En la mayoría familias aglutinadas, con límites difusos.

En dos de los casos, mujeres con relaciones de pareja disfuncionales, que no son escuchadas por sus esposos ni hijos, que viven solas su dolor crónico y que la única alternativa que han tenido para expresar lo que siente es a través de la queja del dolor crónico. En el caso de Ana, tiene una relación de pareja funcional, comprometida en las funciones de cada uno.

Además, son mujeres dedicadas al cien por ciento a ser esposas, madres enfocadas al hogar

por completo; sin espacios ni tiempo para sí mismas. Ellas no se consideran una prioridad, primero los demás y en último lugar ellas. Únicamente sacan un tiempo para sí mismas cuando asisten a una cita médica al EBAIS o el Servicio de Urgencias, por lo tanto se convierten en usuarias policonsultantes y con polifarmacia en su casa, por las múltiples visitas al Centro de Salud y aún así no logran aliviar su dolor crónico, porque más allá del dolor físico lo que manifiestan es dolor emocional.

A partir de los tres estudios de casos, se puede mencionar que el dolor físico (fibromialgia y síndrome miofascial) que referían Ana y Carmen, presentó mejoría en la disminución de los síntomas, puesto que ellas manifiestan que disminuyeron la ingesta de fármacos durante el acompañamiento psicológico con la Terapia Narrativa. Es decir, existe un beneficio personal en la salud emocional y física de las mujeres participantes, en la medida que se abordaron las historias de violencia y sufrimiento. Ana y Carmen expresaron mejoría en el manejo del dolor crónico no oncológico. Por lo tanto, considerando estos casos específicos, se puede evidenciar que existió una disminución en las consultas médicas e ingesta de fármacos, a partir de la implementación de la Terapia Narrativa para el manejo del dolor crónico no oncológico.

El manejo del dolor crónico no oncológico ha estado enfocado en terapéuticas farmacológicas, que lo que han hecho es obturar o adormecer los síntomas, es decir, cuando se toma un tratamiento no se le permite a la usuaria expresar su malestar sino más bien sostenerlo en el tiempo e intensificar los síntomas. La Terapia Narrativa, por el contrario, lo que busca es que los síntomas afloren mediante la expresión de historias de sufrimiento, o lo que la persona pueda contar, para descifrar a través del lenguaje eso que duele, eso que daña y así, en la medida que sale ese dolor, se le da significado y se re-elabora la historia de sufrimiento, por nuevas historias.

Con base en los tres estudios de casos, se puede afirmar la existencia de un componente emocional de base, que sostiene el dolor físico. En las narrativas de las mujeres participantes, hay historias de violencia, de sufrimientos, de abandono, de pérdidas, de carencias, que muestran la opresión en la que ellas han vivido a lo largo de toda su vida, dicha opresión ha sostenido su dolor emocional por muchos años, el cual Ana, Carmen y Lorena expresan a través del dolor físico crónico, como respuesta a eso que duele, a lo que ya no se soporta más. Puesto que, lo que han hecho es obturar la expresión de las emociones y es a través del cuerpo que logran nombrar lo innombrable por años.

Desde una perspectiva de Enfoque de Género, la posición teórica de Walters, Carters, Papp y Silvertein (1991) indican que aunque en la actualidad se está atravesando un período de transición social, en el cual la rigidez de la estructura patriarcal tradicional de la familia ha sido cuestionado y se han venido introduciendo cambios dentro de ese sistema, aún no se da un cambio significativo en la posición de los hombres respecto a la vida familiar, lo cual queda evidenciado en las dinámicas relacionales de Ana, Carmen y Lorena, en las que los vínculos con sus esposos han sido de relaciones complementarias, donde la figura de poder la ejerce el cónyuge.

La Terapia Narrativa permite intervenir en el manejo del dolor crónico puesto que, logra separar las historias de vida de cada una de las participantes del mismo, mediante la externalización del problema, y así, determinar que ellas no son el problema, que el dolor no es el problema y que existen otras alternativas para el manejo de su malestar, que no sea únicamente la farmacología, sino que cuando se permiten expresar su dolor a través de la narrativa o el lenguaje encontrando alivio de su dolor.

La Terapia Narrativa explora la puesta en práctica de nuevas habilidades tanto en las participantes como en la investigadora, puesto que requiere creatividad, imaginación, empatía, disposición y buen humor, elementos que favorecen el avance emocional en las participantes.

A través de la Terapia Narrativa se logra ser protagonista de su propia historia, es decir, ya no son los demás miembros de sus familias los protagonistas, sino que cada una logra ocupar un lugar significativo para sí misma, puesto que, por lo general cada una narraba historias de sus familias, pero hablar de ella se tornaba difícil.

Sánchez-Oller (2012) afirma:

La hora de terapia representa un pequeño capítulo del drama familiar: no todo está dicho, pero se ha depositado lo dicho, para que nosotros como psicoterapeutas retomemos esa palabra: ¿para qué se expone?, ¿por qué en este momento y no en otro?, ¿delante de quién?, ¿después de qué se ha dicho?... la hora de terapia es un pequeño cosmo de la vida del paciente (pág. 51).

Finalmente, se puede rescatar que la Terapia Narrativa es una estrategia de intervención terapéutica exquisita, que permite el avance emocional de los procesos individuales y familiares, -que la farmacología no logra llegar-, ya que facilita acceder a los sufrimientos más profundos en las historias dolorosas de cada una de las participantes y permite que cada persona le de un significado distinto a su historia de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almendro, M.; Clariana, S.; Hernández, S.; Rodríguez, C.; Camarero, B. y Del Río, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(110), 213-227. DOI: 10.4321/S0211-57352011000200003. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265020917003>
- De Miguel, S. (2001). Proceso metodológico de una investigación en animación sociocultural. En: G. Pérez (Coord.). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural*. Aplicaciones prácticas (2a Ed.) (pp.85-112). Madrid, España: Narcea.
- Freeman, J. Epston, D. y Loboivits, D. (2001). Terapia narrativa para niños. *Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona, España: Paidós.
- Linares, J. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona, España: Paidós.
- López De, M. y Silvia, R. (2011). Terapias breves: la propuesta de Michael White y David Epton. Argentina: Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán.
- Llorca, G. Muriel, C. Gonzalez, M. & Diez, M. (2007). Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 14(1).
- Méndez Luévano, T.E. y Reynoso Orozco, O. (2018). Narrativas de mujeres transformadoras sociales. *Redes 37*. Recuperado de www.redesdigital.com.mx
- Muñoz, P. & Muñoz, I. (2001). Intervención en la familia. Estudio de casos. En: G. Pérez (Coord.). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Aplicaciones prácticas* (2a Ed.) (pp. 221-252). Madrid, España: Narcea.
- Pérez, G. (2001). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Aplicaciones prácticas* (2a Ed.). Madrid, España: Narcea.
- Real Academia Española (1992). *Diccionario de la Lengua Española* (21a. Ed). Madrid, España: Paidós.
- Rojas, J. (2003). Abordaje de la intervención psicológica en casos diagnosticados con dolor crónico. *Revista Enfermería en Costa Rica*, 25(1). Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v25n1/4.pdf>.
- Sánchez-Oller, S. (2000). Un caso clínico: Cuando la terapia de pareja se convierte poesía. *Revista Costarricense de Psicología*, 31, 47-57.
- Sánchez-Oller, S. (2012). Una pareja que baila y la Psicoterapia con-mueve: Caso clínico. *Revista Psicoterapia y Familia*, 25(1), pp. 50-55.
- Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En: Eguiluz (Comp). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (pp.139-160). México: Pax

Walters, M., Carter, B., Papp, P. & Silverstein, O. (1991). *La Red Invisible. Pautas vinculadas al*

- género en las relaciones familiares*. Barcelona, España: Paidós.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona, España: Gedisa.
- Zlachevsky, A. (2003). Psicoterapia Sistémica centrada en narrativas: una aproximación. *Revista Límite*, 10, 47-64.

Redes de apoyo familiar en adultos en tratamiento de tabaquismo en un centro de adicciones público

Family Support Networks in Adults on Smoking Treatment in a Public Addiction Center

Jorge Armando Ríos Martínez^a, Bernardo Enrique Roque Tovar^b

^aUniversidad del Valle de Atemajac, ^bInstituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Historia editorial

Recibido: 13-09-2019

Primera revisión: 06-01-2020

Aceptado: 08-06-2020

Palabras clave

red de apoyo, familia, tabaquismo, alta terapéutica

Keywords

support network, family, smoking, high therapeutic

Resumen

Este artículo se centra en el estudio de las redes de apoyo y el impacto que ha tenido para el paciente la intervención de la familia en el tratamiento para dejar de fumar. El objetivo fue describir los elementos involucrados por parte de la red de apoyo familiar en la obtención del alta con mejoría en el tratamiento de tabaquismo. El estudio tuvo un enfoque cualitativo, se enfatizó el relato de vida de acuerdo con la vivencia personal durante el proceso de tratamiento hasta la alta terapéutica. Se describen los resultados obtenidos a través del análisis realizado.

Abstract

This article focuses on the study of support networks and the impact that family intervention in smoking cessation treatment has had on the patient. The objective was to describe the elements involved by the family support network in obtaining discharge with improvement in the treatment of smoking. The study had a qualitative focus, the life story was emphasized according to the personal experience during the treatment process until the therapeutic discharge. The results obtained through the analysis performed are described

El consumo de tabaco es una de las mayores amenazas de salud pública en el mundo, el cual constituye actualmente la primera causa evitable de morbi-mortalidad de los países desarrollados (Becoña, 2004; Organización Mundial de la Salud, 2019).

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2018 se estimó que 1 337 000 millones de personas fumaban tabaco en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2018). En México, según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT), en el año 2017 se estimó que 14.9 millones de mexicanos entre 12 y 65 años eran fumadores activos.

El consumo de tabaco podría disparar a corto plazo las tasas de las enfermedades no transmisibles (Chávez, 2004; ENCODAT, 2017; Ruiz, Isorna, Ruiz, Vaquero, 2015; Pinto, 2016). Además de los riesgos para la salud, costos sociales, como ausentismo escolar y laboral, disminución de la productividad, altos costos en la atención médica, problemas de salud mental, y pérdida en años de vida productiva, entre otros (Secretaría de Salud, 2001).

Según estadísticas de la OMS cada año, más de 8 millones de personas fallecen a causa del tabaco. Más de 7 millones de estas defunciones se deben al consumo directo y alrededor de 1,2 millones, consecuencia de la exposición involuntaria al humo del tabaco. (World Health Organization, 2019). De acuerdo con el Programa de Acción contra el Tabaquismo (PAT) aproximadamente 122 personas mueren diariamente en México por causas asociadas al tabaco, teniendo costos atribuibles por diez mil millones de pesos anuales, ésta es una de las razones por lo que el tabaquismo se encuentra dentro de los diez problemas de Salud Pública prioritarios tanto a nivel de prevención como de tratamiento (Secretaría de Salud, 2001; Reynales, 2016).

Entre la población fumadora de México de 12 a 65 años el 24.4% reportó haber recibido recomendaciones para dejar de fumar, mientras que el 56.1% lo intentaron por lo menos una vez en el último año, de los cuales solo el 3.5% se apoyó en la consejería/asesoría de un profesional de salud (ENCODAT, 2017).

De acuerdo con el Sistema Epidemiológico de las Adicciones (SISVEA), de la población que acudió a un centro de tratamiento en Jalisco en el año 2015, 3,017 personas refirieron que su droga de inicio fue el tabaco, solo por debajo del consumo de alcohol. El tabaco se colocó en el cuarto lugar respecto a las drogas de mayor impacto o por las que una persona acudía a buscar tratamiento.

Se pueden presentar diversos factores que podrían influir para que una persona se adhiera y culmine un tratamiento para el tabaquismo. Algunos son factores individuales como la percepción que el paciente tiene del problema, los motivos por los cuales se encuentra en tratamiento, la realización de tareas y recomendaciones, la auto-eficacia del paciente, las expectativas, etc. Otros son factores terapéuticos e institucionales como el tipo de tratamiento, la relación terapeuta-cliente, el transmitir de manera adecuada la información al paciente, la comunicación durante el proceso de tratamiento y su accesibilidad en costos y tiempo para acudir a sus sesiones de tratamiento, y por último los factores sociales como si alguno de sus familiares fuma, los bajos o altos niveles de cohesión familiar, las pautas de interacción, la tolerancia familiar al consumo de tabaco así como el apoyo de amigos y familia en los cambios de hábitos del paciente y por ende algunas modificaciones en los hábitos de éstos al convivir con la persona fumadora así como el refuerzo de su conducta al disminuir o eliminar el consumo de tabaco (Nuño, 2008).

La eficacia de un tratamiento y el éxito para dejar de fumar se encuentra asociada a la alta motivación, la preparación para el cambio, y a disponer de una buena red de apoyo social como en el apoyo externo derivado de los cónyuges, miembros de la familia, amigos, en su trabajo y en los lugares donde sale o se relaciona habitualmente (Becoña, 2003; Muñoz, Baena, y Cepeda, 2006).

Los seres humanos, a lo largo de la vida se relacionan creando lazos con otras personas, se establecen y estructuran redes de apoyo, las cuales pueden favorecer en las situaciones adversas que se le presentan al individuo. Como menciona Sluzki, “una red social personal estable, sensible

y confiable actúa como agente de ayuda, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida, es salutogénica” (Sluzki, 1996, p. 71). Con el uso adecuado de las redes de apoyo se puede presentar un círculo virtuoso, lo cual se refiere a una serie de acciones que beneficien a la persona hacia su crecimiento y donde la presencia de una red social sustancial tiene la capacidad de proteger la salud del individuo y la salud del individuo mantiene a la red social. Existe una correlación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud (Sluzki, 1996).

Para Sluzki (1996) la red de apoyo familiar que comprende a los padres, hermanos, hijos puede proveer una retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de salud que favorece los comportamientos correctivos e impulsa actividades personales que se asocian positivamente con sobrevida: rutina de sueño, de adhesión al régimen medicamentoso y, en general, cuidados de salud. Es decir, la red social actúa como monitor de la salud y activación de las consultas a expertos (Sluzki, 1996).

Las redes de apoyo comprenden a los individuos con quienes una persona interactúa, e incluye un círculo interior de relaciones íntimas, como son los familiares directos y amigos cercanos, un círculo intermedio de relaciones personales con intercambios de menor grado de intimidad y compromiso como las relaciones sociales, familiares intermedios, y un círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales como familiares lejanos, compañeros de trabajo, mismas que se pueden desarrollar en diversos contextos como la familia, amigos, en la comunidad o en el trabajo. (Sluzki, 1996).

El conjunto de las conexiones o vínculos en un momento dado constituye la red social de la persona, la cual se evalúa de acuerdo con las características estructurales, las funciones sociales cumplidas y los atributos de los lazos o relaciones específicos. Las características estructurales incluyen tamaño, como el número de personas en la red, distribución densidad, respecto a la conexión entre los miembros, el tipo de funciones presente y ausente, la homogeneidad/heterogeneidad demográfica y sociocultural de la red y su dispersión (Sluzki, 1996).

Como lo menciona Andolfi, “la familia se considera como un sistema relacional la cual está constituida por una o más unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades” (Andolfi, 1991, p. 17). La familia y las redes con las que cuente cada individuo puede favorecer en la solución de sus dificultades, por este motivo las redes de apoyo familiar pueden favorecer e influir en la modificación del comportamiento de uno de sus miembros y éste a su vez en la modificación de la misma red de apoyo (Sluzki, 1996).

El objetivo de la investigación fue describir los elementos involucrados por parte de las redes de apoyo familiar en la obtención de la alta terapéutica de pacientes en tratamiento de tabaquismo y aportar datos para esclarecer la siguiente pregunta: ¿Cuál es la importancia de las redes familiares en la alta terapéutica de personas que estuvieron bajo tratamiento para el tabaquismo?

MÉTODO

El estudio se desarrolló con base en el enfoque de investigación cualitativo, mediante el desarrollo de relatos de vida (Bolívar, 2014; Taylor y Bogdan, 1984; Puyana, y Barreto 1994; Bolívar, 1998; Galindo, 1998; Ruiz, 2012), ya que este procedimiento puede demarcar las experiencias y vivencias de las personas de manera que se logre captar en sus argumentos la información relevante y oportuna de dicha investigación.

El relato de vida está basado en la elaboración de una entrevista en profundidad donde el investigador trata de aprehender las experiencias destacadas de la vida de una persona mediante palabras, gestos, símbolos, anécdotas, relatos, y constituye una expresión de la permanente interacción entre la historia personal, social y contextos socio-culturales, los cuales son matizados por los sentidos, experiencias y reconstrucciones que el individuo efectúa para vivir y sobrevivir diariamente, es decir, se interesa por el entendimiento del fenómeno social, desde la visión del actor (Bolívar, 2014;

Ruiz, 2012; Hernández, 2009; Galindo, 1998; Puyana, y Barreto 1994; Taylor y Bogdan, 1984).

Según Ruíz Olabuenágana (2003), los objetivos de las historias y los relatos de vida son captar la totalidad de una experiencia recuperando el elemento biográfico, desde el yo íntimo a todos cuantos entran en relación significativa con la vida de una persona incluyendo las necesidades fisiológicas, la red familiar, las relaciones de amistad, la definición personal de la situación, el cambio personal y el cambio de la sociedad ambiental, los momentos críticos y las fases tranquilas, la inclusión y la marginación de un individuo en su mundo social circundante (Bolívar, 2014; Ruiz, 2003).

Mckernan (1999) alude a tres modalidades de las historias de vida: completas, temáticas y editadas, haciendo uso de la segunda en la presente investigación. Las historias de vida temáticas o relatos de vida se enfocan en la vida del sujeto pero delimitan la investigación a un tema, asunto o período de su vida, realizando una exploración a fondo del mismo (Bolívar, 2014; Mckernan, 1999).

Los participantes fueron contactados por parte del coordinador del grupo terapéutico para dejar de fumar, los mismos acuden a sesiones de seguimiento o prevención de recaídas. Fueron invitados a narrar sus experiencias de manera voluntaria, realizándose en una sola entrevista enfocándose en la participación de su familia al lograr la alta terapéutica de acuerdo a sus vivencias personales. Se tomaron como criterios de inclusión que hubieran estado en tratamiento para el consumo de tabaco, así como que fueran dados de alta con mejoría en el último año, o se encuentren acudiendo a sesiones de seguimiento del mismo programa después de ser dados de alta.

La presente investigación fue de corte transversal, mediante el uso de entrevistas en profundidad de manera individual, en la que se tomó en cuenta la categoría conductual, abordando comentarios, acciones concretas realizadas por la familia, asistencia al centro de terapia, categoría cognitiva abordando comentarios y una categoría afectiva referente a sentimientos generados con y hacia la familia dirigido hacia su percepción en la obtención del alta terapéutica.

Se realizó una única entrevista por participante cuya duración oscila entre una hora a hora y media, mismas que fueron grabadas y transcritas.

Esta investigación se llevó a cabo siguiendo los lineamientos éticos de anonimato guardando la confidencialidad y no maleficencia, sus nombres serán referidos por las siguientes claves:

Participante 1: mujer de 62 años, con nivel de estudios de primaria, residente de Guadalajara, viuda desde hace 7 años, tiene tres hijos adultos, uno de ellos fumador, actualmente es ama de casa, tiempo de consumo de tabaco fue de 30 años aproximadamente, duración del el tratamiento fue de seis meses, no ha cesado su asistencia al centro de tratamiento a pesar de estar dada de alta y acude al programa de prevención de recaídas desde hace seis meses.

Participante 2: hombre de 64 años, con nivel de estudios de secundaria, residente de Guadalajara, actualmente está pensionado, casado con cuatro hijos adultos, dos de ellos fumadores, tiempo de consumo de tabaco fue de 52 años, duración del tratamiento ocho meses, no ha cesado su asistencia al centro de tratamiento a pesar de estar dado de alta y acude al programa de prevención de recaídas desde hace casi un mes.

Participante 3: mujer de 61 años, con nivel de estudios de primaria, residente de Guadalajara, ama de casa, casada con cuatro hijos adultos, tiempo de consumo de tabaco fue de 45 años, duración de tratamiento 12 meses, no ha cesado su asistencia al centro de tratamiento a pesar de estar dada de alta y acude al programa de prevención de recaídas desde hace un mes y medio.

En ocasiones los participantes hacen referencia a la prevención de recaídas como parte de su proceso inicial, ya que en los tres casos no han dejado de acudir a las sesiones en el centro de tratamiento y pareciera que están viviendo actualmente los recuerdos aunque hayan logrado su objetivo que era dejar de fumar.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados: se identificaron tres categorías temáticas relevantes.

La primera categoría ha sido denominada Validación, la segunda categoría se denomina Apoyo conductual, y la última categoría se denomina Sentimiento de culpa. Para una mayor comprensión de esta categoría temática, se presenta la tabla 1:

Validación (Cognitivo)	Apoyo conductual (Conductual)	Sentimiento de culpa (Afectivo)
<ul style="list-style-type: none"> • Palabras de aliento y motivación durante y después del proceso. • Palabras de felicitación por los logros obtenidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Confianza en el proceso y recursos del paciente. • Modificación de comportamientos de la familia en torno al consumo de tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de aversión personal por daño ocasionado a la familia. • Sentimiento de culpa en torno al ejemplo brindado a otros miembros de la familia.

Tabla 1. Implicación de la red familiar.

La categoría *Validación* describe el proceso mediante el cual la familia motiva, reconoce e incentiva el esfuerzo y los avances de la persona durante el proceso de tratamiento, al dejar de fumar y continuar en la abstinencia. Este proceso se fundamenta principalmente en valor y significado que la persona le otorga a las palabras de aliento de la familia y el impacto que tienen durante el proceso de tratamiento y posterior a este. Por ejemplo, obsérvese cómo las palabras de reconocimiento ante los logros de la persona han ayudado a que se sienta motivada lo cual no solo impacta en su tratamiento para dejar de fumar sino al parecer en otros aspectos de su vida.

Participante 1: A mi hija que vive conmigo, le dio gusto de cuando empecé a venir a recibir tratamiento y se puso orgullosa de que yo lo haya dejado, y de mi familia siempre me han felicitado por tener este valor de dejar el cigarro, eso me hace sentir bien y motivada de que todo se puede.

En otras entrevistas se puede observar también el reconocimiento familiar, destacando las palabras y el orgullo mostrado por la familia y por la persona al conseguir el dejar de fumar así como la sensación de dejarles un mensaje positivo por parte del participante a los otros miembros de la familia.

Participante 2: Había invitado a mi esposa y me decía, tu síguele, te apoyo, me daba ánimos y me felicitaba, me daba mi abrazo y me decía te felicito, y así como hiciste el bien conmigo te hiciste el bien tú solo. Me dio gusto que una hija y un hijo ya dejaran de fumar por lo mismo que yo les platique, y ellos me decían, ‘no papá, usted nos motivó’, y ahora que ya dejé de fumar se sienten orgullosos y yo me siento igual.

Participante 3: Mi hermana siempre me había dicho ‘ve al psicólogo eso te va a ayudar mucho’, y cuando le dije de esto, me dijo que le daba gusto, y me dijo que me iba a ayudar mucho para que lo dejara, y desde el primer día me acompañó estando en el grupo, y me dijo ‘yo te voy a regañar eh, cuando empieces con lo del cigarro’, me recuerda y me decía: ‘Hermana ya nos fumamos dos cigarros o ya van a ser dos cigarros los que nos vamos a fumar’, pero no me decía ni en mala onda ni enojada, ni mis hijos, ni mi esposo me decían ningún regaño, al contrario me veían que estoy mejor y les daba gusto porque me ven más alegre y menos estresada.

Para los participantes la validación y reconocimiento por parte de su familia, seres queridos y sociedad en general cobra un significado importante al mostrar sus avances y logros, así como que los otros formen parte de estos, en algunos casos de manera simbólica mediante rituales donde pueden observar a la persona con la decisión de continuar su vida sin el consumo de tabaco y el reconocimiento social que este acto conlleva. En el siguiente párrafo se ilustra un poco con palabras de uno de los participantes:

Participante 2: Cuando me decidí a dejar de fumar quise darle la sorpresa a mi esposa y hacer el ritual, donde el que lo dejaba enterraba el cigarro y le daba unas palabras de despedida, así como: ‘me has hecho mucho daño y ya no quiero que estés en mi vida’ o cosas por el estilo y una vez que lo entierras simboliza para todos que ya está muerto y no resucitará en tu vida, y cuando lo hice quise invitar a mi esposa, para que me viera haciendo el ritual, y que viera que ahora sí lo dejé para siempre.

Las palabras de validación y reconocimiento favorecen en estos casos para que los participantes continúen esforzándose y de una manera motivada continúen con el tratamiento y en el transcurso el recibir palabras de apoyo y confianza por parte de la familia lo cual puede ayudarles a que continúen en la búsqueda de su meta. El que los participantes logren observar avances en su tratamiento así como que los miembros de su familia también puedan observarlos y hacérselo saber cobra una gran relevancia en el proceso. Como menciona Eguiluz, “es en la familia donde se establecen las bases del sistema de comunicación y en ella deben centrarse la atención para dar el primer paso hacia la prevención y tratamiento de los principales problemas de salud que nos aquejan” (2003, p.48).

La categoría *Apoyo conductual* hace referencia a las modificaciones que tienen, en su comportamiento en torno al consumo de tabaco, las personas cercanas al entrevistado, principalmente de su familia nuclear. Dichas modificaciones pueden presentarse en relación a sus acciones o palabras e insinuaciones sobre el acto de fumar por parte de amigos y/o familiares hacia la persona que acude a tratamiento de tabaco, ayudando de esta manera a la disminución y cese del consumo. Por ejemplo, se puede observar cómo los miembros familiares cercanos comienzan a fumar en otros lugares, dejan de hablar sobre el consumo de tabaco o se insertan en una conducta de cese de consumo de tabaco, disminuyen o dejan de promover el consumo de tabaco en la familia.

También se realiza mediante el monitoreo de conductas hacia la persona fumadora, por ejemplo contando la cantidad de cigarros fumados en el día y ayudando en la actualización de sus registros personales respecto al consumo y realizando apercibimientos cuando la persona que se encuentra en tratamiento está llegando a la cantidad establecida como meta en ese lapso de tiempo.

Participante 1: Tengo hermanos que fuman y como saben que lo dejé, no me ofrecen, ni fuman delante de mí, por ejemplo, uno de mis hermanos que sí fuma, cuando salimos de viaje y vamos en carretera y quiere fumarse uno se orilla y se baja a fumárselo, pero no por eso le pido y él me respeta por ese lado, no se lo fuma cerca de mí y ya cuando se lo termina se pone perfume y se vuelve a subir al carro, o fuma mientras nosotros hacemos otras cosas.

Participante 2: La manera en que mi esposa me ayudaba es cuando me contaba los cigarros porque cada semana tenía que bajarle y ella me ayudaba avisándome cuando fumaba rápido, o había momentos que me daba una desesperación cuando sentía ganas de fumar, y si estaba en la casa mi esposa se acercaba a platicar conmigo, o si mi esposa está haciendo de comer o algo, trataba de agarrar un libro para leer y se me pasaba y es la forma en que lo logré.

Participante 3: Como mis hijos fuman, ellos mismos se detenían, y para que no fumara, me decían ‘mamá vámonos para acá afuera’, me distraían, ellos como que no estaban conformes de que fumara y se detenían demasiado de fumar para apoyarme a que yo no fumara, es su manera de echarme la mano, porque como vieron que estaba viniendo a terapia y me estaba costando trabajo me comprenden por ese lado, esa era su forma de ayudarme. A veces mi hermana les decía a mis hijos los que fuman, cuando ya estaban prendiendo el cigarro: ‘si su mami está yendo para allá ocupa su apoyo’, y sí agarraban el rollo, y tengo unos hijos que habría de ver, nobles, buenos con su padre y conmigo me tienen como reina, nomas (sic) llegan y me arriman la gelatina, el juguito, a mi esposo igual, me procuran y me cuidan mucho.

En algunos de los casos la manera de apoyarlos es de forma directa, al participar e involucrarse en las actividades de tratamiento favoreciendo que el entrevistado se sienta cómodo y seguro en su proceso terapéutico. También pudiese presentarse de manera en que la familia no acude presencialmente a las sesiones, pero se encargan de brindarle la confianza y seguridad de que cuenta con la

capacidad para cumplir con su objetivo, el dejar de fumar, y en lugar de reclamos por parte de los miembros de la familia omiten los comentarios sobre el proceso, excepto cuando son comentarios positivos reconociendo los avances, lo cual se logra observar principalmente en las pacientes mujeres.

Cabe resaltar que las conductas de apoyo comienzan una vez que los familiares observan mejorías en el paciente durante el proceso, ya que en ocasiones los comentarios iniciales son de desaprobación, incredulidad, vacilación o burlas, debido a que han intentado en otros momentos el dejar de fumar.

Participante 1: Sobre el fumar no me decían nada, nunca me han reclamado ni me han dicho que dejara de fumar a manera de reproche, incluso en un inicio mi hijo me compraba los cigarrillos, pero jamás me dijo ‘amá (sic) no fumes’ ni nada de eso, porque cae gordo que te digan que dejes de fumar, sino que ellos sabían que había un momento en el que yo tenía que dejarlo por mis medios, estando en terapia, incluso nadie de mi familia vino aquí al centro, yo sola soy la que vine a buscar el lugar y todo, pero ninguno me ha acompañado.

Participante 2: Mis hijos al principio me preguntaban lo que hacía aquí, pero ya no me preguntan, dure un año viniendo en que no dejé de fumar, y mis hijos en ese tiempo me decían: ‘a qué va papá, si de todos modos sigue fumando igual’. Mi esposa también me decía, ‘a qué vas si sigues igual’, y les decía ‘está bien, cotorrienne (sic), pero lo tengo que lograr’ y después dejaron de decirme eso. Mi familia nunca ha venido para acá, yo soy el que vengo nada más, nunca me dijeron ‘oiga papá podemos ir ahí’ o que mi esposa me dijera ‘oye, te acompaño para ver de qué se trata’ nunca me dijo, yo la había invitado y me dijo, ‘yo quiero que me invites cuando dejes de fumar’.

Participante 3: Mi hermana sola me dijo que quería venir a acompañarme, porque nosotros en la casa siempre fuimos unidos, mi papá era una persona que a él le encantaba tener a la familia unida, sus hijos, sus sobrinos, sus nietos, que nos conociéramos, que conviviéramos, y mi hermana y yo también somos unidas, por eso fue que me está acompañando desde hace un año. Mi hermana estaba yendo a terapia con un psicólogo y cuando me mandaron para acá ya casi terminaba ella sus terapias y me dijo: ‘yo te acompaño’, y el primer día nos venimos juntas, y también ella se quedó en el grupo. Cuando llegamos el primer día ella me ayudó mucho porque yo no suelo convivir con personas, pero ya con ella me siento bien y segura al estar con todos los del grupo.

Los participantes del tratamiento de tabaquismo pueden verse también motivados por conductas que empiezan a modificar sus allegados en torno al consumo de tabaco. Se puede observar una retroalimentación, donde al ver que uno comienza a dejar de fumar y esto motiva a que familiares o personas cercanas hagan lo mismo, y esto a su vez sigue motivando al individuo que se encuentra en tratamiento continúe con su esfuerzo.

Participante 2: De mis hijos algunos fumaban también, pero después de que yo entrara al centro hubo una hija que ya dejó de fumar y un hijo, las otras dos ya le disminuyeron y he hablado con ellas de que procuraran no fumar delante de su mamá, y me dicen que su mamá les platicó lo que les dijo el doctor, y procuramos no fumar delante de ella cuando estamos en la casa. Yo he visto que se salen al patio, a la calle o se aguantan de fumar.

Los comportamientos de la familia, como del participante pueden causar modificaciones en ambas líneas. En este sentido, las redes de apoyo familiar pueden favorecer e influir en la modificación del comportamiento de uno de sus miembros y éste a su vez en la modificación de la misma red de apoyo (Sluzki, 1996). Los factores sociales como el apoyo de la familia respecto a algunas modificaciones en los hábitos de éstos al convivir con la persona fumadora y por ende los cambios de hábitos del paciente, así como el refuerzo de su conducta puede favorecer para disminuir o eliminar el consumo de tabaco (Manzano, Ayesta, 2009).

La última categoría hace mención a los sentimientos de culpabilidad y vergüenza del entrevistado, al observar los daños en la salud y las consecuencias económicas ocasionadas a la familia, como esposo, esposa, hijos, nietos e integrantes que son significativos para ellos. Así como el

sentimiento de culpa al tener la idea de que se encuentran brindando un mal ejemplo hacia algunos miembros de la familia, quienes son consumidores o se encontraron observando al consumo de tabaco como algo normal y cotidiano, lo cual según su punto de vista pudo motivar a que otros fumen o lleguen a fumar en algún momento futuro. Como se muestra a continuación con los testimonios de los entrevistados:

Participante 1: A mí no me gustaba fumar fuera de mi casa porque no me gustaba que me vieran. Empecé a sentirme mal yo misma porque comencé a ir a visitar a uno de mis hijos al norte (Estados Unidos) y allá nadie te fuma de con mis hijos, y me empecé a sentir mal, de malas por el olor a cigarro. Un día me dice un sobrino, ‘tía vámonos a mi casa’, una casa hermosísima y me tenía que ir hasta el patio para no dejar oliendo a cigarro su casa, y me lo fumaba en la esquina en un árbol y me venía de fumar el cigarro y me metía al baño corriendo a lavarme la boca y los dedos y me decían: ‘tía tu no hueles como mi suegra’, pero a mí me parecía que sí, me empecé a enojar por las cosas que estaba haciendo, o sea que yo empecé como a repudiar-me. Yo misma me empecé a enojar y a caerme mal yo misma.

Participante 2: Es que mi esposa, como yo fumaba le estaba haciendo mucho mal a ella. Un día que fuimos a su revisión médica, le preguntó el doctor que si ella fumaba porque estaba teniendo problemas físicos de un fumador, pero le dijo que ella no fumaba, sino que era yo quien lo hacía, entonces, me mandó llamar y me dice ‘le estaba haciendo mucho daño’ porque yo fumaba mucho y mi esposa estaba empezando con problemas en los bronquios, y dándole a los bronquios es una enfermedad de por vida y hay el riesgo de que le caiga cáncer. Después de eso empecé a bajarle al cigarro y dejé de fumar cerca de ella, siempre procuraba salirme o irme a otros lugares lejos para que no le hiciera daño. Me sentí muy mal que mi esposa me diera las gracias, dije ‘¡qué poca madre la mía!’, que mi esposa me diera las gracias de que ya no fumo delante de ella, pues le pedí perdón, me siento mal de que me dio las gracias porque dejé de fumar delante de ella. Sé que yo le estuve haciendo daño a mi esposa, y todo por el méndigo vicio, que el mal no lo tenía yo sino que lo estaba haciendo a mi esposa y ahorita tendría algo de dinero para mi familia.

También puede presentarse que el sentimiento de culpa, se fundamente en la idea de estar dando un ejemplo de que el consumo de tabaco está permitido y por ende se tenga la idea de que otras personas de su familia comenzaron a consumir tabaco debido a su enseñanza o lo observan como un ejemplo inadecuado para otros miembros de la familia. Por ejemplo estas situaciones se pueden observar a continuación en dos de los argumentos de los entrevistados:

Participante 1: Yo ya tengo muchos nietos y me siguen mucho, les gusta estar conmigo, pero cuando tenía ganas de fumar trataba de irme de donde estaban ellos, cada que fumaba como me salía, pues no había problema, pero a veces me seguían mis nietos al patio o a donde yo estuviera fumando, y aunque yo buscaba un lugar donde lo pudiera fumar a veces ellos llegaban ahí, y empecé a ver el tipo de ejemplo que les estaba dando. A mis hijos adultos también, pero ellos ya saben lo que hacen y cuando ellos crean conveniente lo van a dejar o buscaran ayuda, pero no quiero que mis nietos tengan ese tipo de ejemplos de mi parte.

Participante 2: Algunos de mis hijos fuman, ya desde hace unos años y había veces en las que me les acercaba a mis hijos, en ocasiones cuando les decía que dejaran de fumar me decían ‘pues papá usted nos puso el ejemplo’, a lo mejor me lo decían bromeando, de cotorreo como dicen, pero sí me siento culpable de que ellos también fumen y ahora que deje de fumar les digo, ‘saben que, hijos discúlpenme por el ejemplo que les di y traten de dejar de fumar, yo ya lo hice y ustedes también pueden hacerlo’.

Participante 3: Siento tristeza porque tengo una nieta de tres años que hace tiempo cuando fumaba me buscó, porque mis nietos suelen seguirme mucho y me dice: ‘tita, tita’, y me hace con la mano y se la acerca a la boca como si estuviera fumando, y me dice de fumar, y me dije en ese momento, ‘esto de fumar no me está sirviendo de nada por el ejemplo que le estoy dando a mi nieta y a mis otros nietos que me veían fumar’.

DISCUSIÓN

Los estudios encontrados sobre la alta terapéutica y el tratamiento de tabaquismo se enfocan principalmente en los procesos individuales, como la motivación, afrontamiento de problemas, manejo del estrés y ansiedad, incluyendo las condiciones fisiológicas de cada individuo (Becoña, 2004; Becoña., Vázquez, 2000); otros estudios se enfocan en el método de trabajo profesional, así como a las herramientas del terapeuta para llevar las sesiones (Muñoz., Baena., Cepeda, 2006; Becoña, 2003); y algunos más dirigen sus líneas en un sentido interaccional en el inicio o mantenimiento del consumo de tabaco (Nuño., Álvarez., Velázquez., Tapia, 2008).

El abordaje del presente estudio se llevó a cabo siguiendo las ideas de Sluzki (1996) concordando con el postulado del autor donde menciona que las redes de apoyo, en este caso las redes familiares, tienen un papel positivo en el proceso de los tratamientos de salud sin descalificar los factores individuales, terapéuticos y de procedimientos anteriormente mencionados los cuales abonan a éste fin, el dejar de fumar.

Las intervenciones familiares como la validación, la modificación de conductas de los integrantes de la familia tienen relevancia para el paciente, y así como funciona el modelamiento para iniciar o mantener el consumo de tabaco (Nuño., Álvarez., Velázquez., Tapia, 2008; Becoña, 2004), también puede favorecer a la persona este modelamiento o modificación de comportamientos por parte de la familia a lo largo de su tratamiento. El observar que la familia comienza a tener modificaciones positivas en torno a él, a la salud de los miembros de la familia, favorecen para que la persona continúe motivada aunque no se encuentre en su espacio de sesión, debido a que sus palabras y acciones toman un sentido especial para el participante día a día, así como durante y después del proceso terapéutico (Sluzki, 1996).

Partiendo de estas ideas podría ser enriquecedor el trabajo mediante la terapia narrativa con los pacientes y sus familias, debido a que una parte del deseo de cambio en el fumar es por el sentimiento de culpa que asocian con dificultades en la familia, lo cual podría ser un motivador o una carga para la persona que está buscando el dejar de consumir tabaco, así mismo se le brindaría una visión de esperanza al concebir el consumo de tabaco como algo que en algún momento puede expulsar de su vida, de lo cual él cuenta con ese poder siendo impulsado por las diferentes redes de apoyo con que cuenta en diferentes ámbitos de su vida.

Una intervención posible con las familias, en el sentido de que son uno de los soportes principales para una persona, podría ser la psico-educación acerca de qué tipo de connotación se le está brindando a la persona en torno al consumo de tabaco, así como el uso del lenguaje externalizador planteado por la terapia narrativa (Payne, 2002; White, Epston, 1994) favoreciendo en la modificación de las narrativas familiares y/o sociales entorno al consumidor de tabaco. Tomando como base la idea de Sluzki (1996) donde menciona que una narrativa es un sistema constituido por actores o personajes, guion y contextos ligados entre sí por la trama narrativa, es decir, por un conjunto de conectores lógicos, explícitos o implícitos que establece la relación entre actores, guion y contexto de modo tal que todo cambio en los actores, cambia el guion (y viceversa) y todo cambio en el contexto, cambia la naturaleza del guion y los actores, etc., (Sluzki, 1996).

CONCLUSIONES

El presente estudio ha abordado la importancia de las redes familiares en la motivación para acudir a la clínica para dejar de fumar y en el alcance de la alta terapéutica de personas que estuvieron bajo tratamiento del tabaquismo. Uno de los puntos clave es que se enfoca en las vivencias de las personas que culminaron el tratamiento con mejoría, al rescatar sus experiencias nos brinda la oportunidad de analizar cualitativamente su proceso, desde su visión y perspectiva individual.

De este estudio cualitativo se infiere que las características que toman mayor impacto para las

personas que asisten a tratamiento del tabaquismo respecto a sus redes familiares son aspectos cognitivos tales como la validación; por otro lado, el apoyo conductual manifestado en la modificación de hábitos, ayuda en sus registros, monitoreo e involucramiento en las tareas terapéuticas, el uso de palabras de aliento y/o mediante los sentimientos de culpa del paciente haciendo referencia a los daños ocasionados a la familia y a sí mismos.

Otro de los hallazgos en cuestión de apoyo tiene que ver con el género, al encontrarse que fueron principalmente las mujeres quienes brindaron algún tipo de apoyo emocional, conductual y motivacional durante el proceso de tratamiento, y siendo también a quienes impulsaban en mayor medida para que iniciaran o continuaran con su tratamiento.

También se logra rescatar que las familias pudiesen no aportar de inicio aspectos positivos, incluso en algunos casos obstaculizar o desmotivar a la persona con comentarios, burlas o vacilaciones respecto a la incorporación del paciente al proceso de tratamiento debido a los intentos fallidos, lo cual se modifica de manera positiva cuando comienzan a observar avances y compromiso en la persona que se encuentra en tratamiento.

La información recolectada a su vez muestra que, para los pacientes el apoyo de la familia en el proceso para dejar de fumar se da de una manera no presencial en el centro de tratamiento, es fuera del espacio terapéutico cuando cobran poder estas intervenciones por parte de ellos, ya que en pocas ocasiones se integran a las sesiones, o a eventos relacionados con el proceso.

Tomando en cuenta las conclusiones anteriores se considera que el involucramiento de la red de apoyo familiar en el proceso de tratamiento tiene un impacto favorable de acuerdo a la vivencia diaria y personal de los pacientes. La red de apoyo familiar cobra un papel importante durante el proceso, ya que proporcionan un soporte conductual y emocional, siendo uno de los recursos a los que tendrá acceso fácilmente a lo largo del tiempo, favoreciendo el objetivo final de su tratamiento, dejar de fumar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Becoña, E. (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Revista de sociodrogalcohol*, ISSN 0214-4840, 16, (2), 227-236. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/28302354_la_terapia_motivacional_en_el_tratamiento_del_tabaquismobarcelona.
- Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del psicólogo*, 24(85), 48-69, Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808506.pdf>
- Becoña, E., Vázquez, F. (2000). Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Revista Española de Salud Pública*, 74(1), 00. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1135-57272000000100003
- Berriós, R. (2000). *La modalidad de la historia de vida en la metodología cualitativa*. Puerto Rico: Paidea puertorriqueña.
- Bolívar, A., Domingo, J., y Fernández, M. (1998). *La investigación biográfico-narrativo en educación*. España: Universitario.
- Bolívar, A. (2014). Las historias de vida del profesorado. Voces y contextos. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 19(62). 711-734. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=140/1431461004>
- Chávez, R., López, F., Regalado, J., y Espinoza, M. (2004). Consumo de tabaco, una enfermedad social. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 17(3), 204-214. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0187-75852004000300007
- Eguiluz, L. (2003) *Dinámica de la familia*. México: Editorial Pax México.

- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017*. Reporte de Tabaco, México. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/1Iktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBIk8gikz7q/view>
- Galindo, L. (1998). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México: Pearson.
- Hernández, K. (2009). *El método historia de vida: alcances y potencialidades*. Recuperado de <http://www.gestiopolis.com/economia/metodo-de-investigación-cualitativa.htm>
- Kavale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage publication.
- Kuri, P., González, J., y Cortés, M. (2006). *Epidemiología del tabaquismo en México*. *Salud Pública de México*, 48 (Supl. 1), 91-98. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0036-36342006000700011
- Martín, A., Rodríguez, R., Revert, C., y Hardisson, a. (2004). Efectos tóxicos del tabaco. *Revista de Toxicología*, 21(2-3), 64-71. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/919/91921302.pdf>
- Mckernan, J. (1999). *Investigación, acción y currículum*. Madrid: Morata.
- Muñoz, M., Baena, A., y Cepeda, A. (2006). Recientes resultados en el tratamiento del tabaquismo femenino. *Clínica y salud*, 17(1), 91-117. de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742006000100005&lng=es&tlng=es.
- Nuño, B., Álvarez, J., Velázquez, S., y Tapia, A. (2008). Comparación del ambiente familiar y el tipo de consumo de tabaco en adolescentes mexicanos de nivel medio superior. *Salud mental*, 31(5), 361-369. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0185-33252008000500004&lng=es&tlng=es.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Centro de prensa: tendencias del consumo de tabaco*. Recuperado de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/detail/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Centro de prensa: notas descriptivas tabaco*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Pinto, A., Palma, E., Sabbagh, E., Fernández, C., Undurraga, A., y Rodríguez, J. (2016). Enfermedades pulmonares difusas relacionadas al tabaco. *Revista Chilena de Enfermedades respiratorias*, 32(4), 233-243. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482016000400004>
- Puyana, Y., y Barreto, J. (1994). La historia de vida: recurso en la investigación cualitativa. *Maguaré*, [S.l.], 10. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/185-196>
- Reynales, L. (2016). Tobacco and cancer: epidemiology and new perspectives of prevention and monitoring in Mexico. *Salud pública de México*, 58(2), 251-260. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0036-36342016000200251&lng=es&tlng=en.
- Ruiz, F., Isorna, M., Vaquero, R., Ruiz, J. (2016). Consumo de alcohol en adultos de Monterrey: relación con actividad físico-deportiva y familia. *Nutrición hospitalaria*, 33(2), 351-358, Recuperado de <https://dx.doi.org/10.20960/nh.523>
- Ruiz, J. (2012). *Historias de vida. Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruiz, J. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. (3ª. ed.): Bilbao: Universidad de Deusto.
- Secretaría de Salud Pública. (2001). *Programa de acción: adicciones tabaquismo*, México. Recuperado de www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/tabaquismo.pdf
- Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones. (2015). *Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, 2015: resultados Sisvea Jalisco*. Recuperado de http://cecaj.jalisco.gob.mx/sites/cecaj.jalisco.gob.mx/files/libro_sisvea_2015.pdf

Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Buenos Aires: Gedisa.

Taylor, S., y Bogdan, R. (1984). *Qualitative research method: the search for meanings*. New York: John Wiley.

White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Onset Alcohol Consumption in Guadalajara Students; an Analysis from the Ecological Model

Juan Pablo Lazcano-Calvillo^a

^aPráctica privada. Guadalajara, México. pablokarg@hotmail.com

Historia editorial

Recibido: 12-10-2019

Primera revisión: 23-05-2020

Aceptado: 17-06-2020

Palabras clave

alcohol, adolescencia, entorno social, consumo de sustancias, modelo ecológico, pautas de interacción

Resumen

El consumo excesivo de alcohol es un problema mundial por los múltiples padecimientos que produce, y por el número de muertes que causa, además del impacto familiar y de los entornos cercanos. Es por ello que, el principal interés en este estudio fue el conocimiento y entendimiento de los motivos que conducen al inicio del consumo de alcohol. Se diseñó un estudio cualitativo con un análisis interpretativo, en estudiantes de una secundaria pública en Guadalajara. Para la recolección de los datos se aplicaron listados libres y entrevistas a tres grupos focales. Las categorías de análisis se definieron desde el modelo ecológico. Se encontró que el *microsistema* fue la dimensión más importante para explicar el inicio de consumo de alcohol; en la que los descriptores más importantes fueron depresión y sensación de soledad. La segunda dimensión fue el *mesosistema*, que resaltó los problemas familiares y el noviazgo; el *macrosistema* en donde resalta la influencia social y la expectativa de diversión y finalmente el *exosistema* en donde resaltan la aceptación social y bullying como causas de inicio de consumo. Se sugiere que el consumo de alcohol no es de orden individual y se proponen recomendaciones multidimensionales.

Abstract

Excessive alcohol consumption is a global problem because of the many conditions it causes, and the number of deaths it causes, in addition to the impact on families and nearby environments. Therefore, the main interest in this study was the knowledge and understanding of the reasons that lead to the onset of alcohol consumption. A qualitative study was designed with an interpretive analysis, in students of a public high school in Guadalajara. For the collection of the data, free lists and interviews were applied to three focus groups. The categories of analysis were defined from the ecological model. The microsystem was found to be the most important dimension to explain the onset of alcohol consumption; in which the most important descriptors were depression and feelings of loneliness. The second dimension was the mesosystem, which highlighted family problems and courtship; the macrosystem where social influence and expectation of fun were highlighted; and finally the exosystem where social acceptance and bullying were highlighted as causes for the initiation of consumption. It is suggested that alcohol consumption is not of an individual order and multidimensional recommendations are proposed.

Keywords

alcohol, adolescence, social environment, substance use, ecological model, interaction pattern

El consumo de alcohol es un problema de salud a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 2014, que más de 3.3 millones de personas murieron en el transcurso de ese año en el mundo debido al consumo excesivo de alcohol, lo que representa el 5.9% de las muertes a nivel mundial. En el 2014, la OMS hizo referencia a que el 16,0 % de los bebedores de 15 años o más reúnen los criterios de un alto consumo de alcohol episódico.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en Jalisco (SISVEA) en los resultados presentados en el año 2018, reportó que el alcohol es la droga que más se consume en todo el país y la principal droga de inicio de consumo.

Según la Encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 la edad de inicio de consumo de alcohol en Jalisco se redujo a los nueve años de edad y es la más baja en todo el país, además de ocupar el primer lugar a nivel nacional en el consumo de alcohol, aunado a que el alcohol se considera la principal droga de impacto en la localidad. El consumo de alcohol es mayor en los estudiantes de secundaria de Jalisco que en ningún otro estado de la república.

El Consejo Estatal Contra las Adicciones de Jalisco (CECAJ) en su *Encuesta Escolar sobre Adicciones en el Estado de Jalisco* llevada a cabo en el año 2012, señala que la población más vulnerable en cuanto al consumo de alcohol y al inicio de consumo, son los adolescentes estudiantes de secundaria con edad entre los 10 y 14 años de edad en donde las mujeres están consumiendo más alcohol que los hombres.

La probabilidad de consumo de alcohol se incrementa en adolescentes con una percepción negativa de sí mismos y de sus relaciones familiares (Pons, 2011) y aumentan la probabilidad de agudizar el problema durante la vida adulta (Villareal et al., 2013).

Hampson (2006) sugirió que cuando crecen los niños desarrollan imágenes positivas del joven bebedor, así como creencias que normalizan el consumo en la adolescencia e intenciones conductuales de beber en esa edad. Las expectativas positivas en la adolescencia hacia el alcohol parecen predecir el consumo, atribuyendo más efectos positivos al alcohol (Randolph, Gerend y Miller, 2006).

La vulnerabilidad personal hace referencia a los factores que incrementan la propensión de algunas personas a consumir más alcohol y a seguir patrones más perjudiciales, así como la propensión a las lesiones causadas por el alcohol. Estos factores incluyen la edad (los jóvenes son más propensos a patrones de consumo más peligrosos); el sexo (las mujeres metabolizan el alcohol con menor rapidez porque normalmente tienen una mayor proporción de grasa que los varones) y los roles de género (en muchas sociedades dominadas por los hombres, a las mujeres era habitual negarles el consumo de alcohol, aunque no se libraran de los daños producidos por el consumo masculino. Al modificarse estos roles, las mujeres se han convertido en destinatarias de la publicidad del alcohol y han adoptado patrones de consumo masculinos sin dejar de ser víctimas del consumo de sus parejas); los factores familiares (las personas con antecedentes familiares de trastornos por consumo de alcohol son más propensas a sufrir los mismos problemas, tanto por la genética como por la influencia familiar); y la situación socioeconómica (las personas de los estratos socioeconómicos más bajos tienden a sufrir mayores consecuencias por litro de alcohol ingerido que las de clase socioeconómica más alta; OPS, 2015).

El consumo de sustancias se asocia con algunas características de la adolescencia, como la búsqueda de identidad, la autonomía e independencia; así como con la adopción de roles de adulto y la concepción de inmunidad frente a los riesgos, situación que favorece la búsqueda de sensaciones novedosas momentáneas e inmediatas (Ruiz Torres y Medina Mora, 2014).

La adolescencia es una etapa de cambios sustanciales en tiempos cortos, que afectan al desarrollo y la consolidación de las funciones del organismo. Las transformaciones incluyen la aparición de la pubertad, el afianzamiento y la consolidación de las relaciones sociales con los iguales o el forcejeo por conseguir la independencia respecto de los padres o tutores (Rodríguez, Sanchiz y Bisquerra, 2014).

Los factores de riesgo más cercanos al consumo de sustancias se encuentran en el entorno social, la baja percepción de riesgo, la alta tolerancia del contexto hacia el consumo, la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo; así como algunos eventos estresantes de la vida (Ruiz Torres y Medina Mora, 2014).

Los adolescentes expuestos a los diferentes factores de riesgo, tienen mayor probabilidad de consumir alcohol, como los factores personales que incluyen la historia familiar de consumo de alcohol. Los padres tienen un rol único en la formación de conductas saludables o no saludables en sus hijos. La influencia social y los hábitos de los padres se reproducen por medio de la socialización y el ejemplo, lo que constituye la base en la formación de las actitudes, la personalidad, el autoconcepto, los valores y las conductas de sus hijos. Los padres consumidores de alcohol, aumentan la probabilidad de que los hijos reproduzcan las mismas conductas de consumo e incluso igualando los patrones de consumo de los padres; sin embargo, esta relación no ha sido concluyente en todos los casos (Crisóstomo, Armendáriz y Martínez, 2015).

El consumo de alcohol y tabaco, son conductas ampliamente aceptadas e incluso fomentadas en algunas sociedades, y dirigidas especialmente a los jóvenes, lo que permite prever que a medio plazo se asocien de forma importante a los problemas de salud (Reguera, Sotelo, Barraza y Cortez, 2015).

El factor social es un factor predominante en el consumo de alcohol; los amigos, los pares más cercanos, parejas y grupos pequeños se convierten en una influencia dominante que determina el consumo de sustancias. El consumo de alcohol hace parte de la selección y socialización entre amigos, puesto que debe existir aprobación por parte de los otros, evitando la exclusión social por parte de quienes consumen alcohol (Gutiérrez, Alatorre y Alatorre, 2015).

Los estudios realizados en México y orientados a comprender las principales circunstancias por las cuales pudiera presentarse una oportunidad de consumo, muestran que una disminución en la supervisión de los niños y adolescentes tiene una relación causal con la progresión entre la primera oportunidad de consumo y la primera ocasión en que busca el consumo por su propio interés. Las estrategias de enfrentamiento por parte de los individuos ante situaciones específicas, es otro de los factores relacionados con el inicio, el mantenimiento, la reducción y la abstinencia del consumo de sustancias. Las estrategias de enfrentamiento son definidas como los esfuerzos concretos de una persona para dar respuesta o solución a una situación específica (Ruiz Torres, 2014).

El consumo de bebidas embriagantes tiene un impacto negativo en otros ámbitos del desarrollo de jóvenes como la interferencia con su desempeño académico, facilitador de actividades sexuales de alto riesgo, retrasa y/o detiene su proceso de madurez y desarrollo físico y cognoscitivo, promueve su involucramiento en conflictos familiares, conductas antisociales y en comportamientos francamente criminales (Celis de la Rosa, 2003).

Entre las patologías asociadas al consumo de alcohol destacan los trastornos relacionados con el comportamiento hacia el alcohol (abuso o consumo perjudicial y dependencia del alcohol) y las alteraciones relacionadas con los efectos directos sobre el cerebro. El placer momentáneo es la guía principal asociada a la bebida, forzados por la presión del grupo de amigos, impulsados por sus deseos de mejorar la comunicación con los demás o como forma de evasión, los humanos obvian en gran medida los daños asociados al consumo (Rodríguez, Sanchiz y Bisquera, 2014).

Debido a la influencia previamente señalada del entorno en el individuo y viceversa en cuanto al consumo de alcohol, se propuso analizar el fenómeno desde el modelo ecológico, mismo que propone una visión dinámica ya que considera a la persona en desarrollo como una entidad en constante crecimiento en la cual el ambiente repercute directamente. La interacción entre ambiente-individuo es bidireccional y con reciprocidad. El ambiente que se considera importante para el proceso de desarrollo no depende solamente del único entorno inmediato, se extiende para favorecer a las interconexiones entre los entornos, además de las influencias externas que resultan de los entornos más amplios (Bronfenbrenner, 1987).

La dimensión *microsistema* representa el nivel más cercano en el que se desarrolla el individuo. Los escenarios englobados lo componen todos aquellos grupos de personas con las que se interactúa y que son influyentes en la conformación de la identidad individuo-grupal como la familia, el grupo de amigos o la escuela. El *mesosistema* refiere que el individuo participa en la interrelación de dos o más microsistemas de manera activa. Se puede entender como la vinculación entre microsistemas. Un ejemplo claro puede ser cuando los padres coordinan sus esfuerzos con los docentes para educar a los niños. El *exosistema* incluye los sistemas ambientales en los que la persona en desarrollo puede estar o no incluida directamente, mismos en los que se producen hechos que le afectan, como las estructuras del barrio, la localidad o la urbe. La dimensión *macrosistema* representa los marcos culturales o ideológicos que pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden ya que engloba lo que se da más allá del ambiente inmediato con el que el individuo interactúa; lo configuran las costumbres, los valores culturales y políticos de una sociedad, los modelos económicos y condiciones sociales (Bronfenbrenner, 1987).

Desde esta perspectiva teórico-metodológica, el objetivo del estudio fue analizar los motivos relacionados al inicio del consumo de alcohol en adolescentes escolares de Guadalajara, México.

2. MÉTODO

DISEÑO Y POBLACIÓN

El diseño del estudio fue cualitativo, transversal de dos fases en el que se realizó un análisis de los motivos de inicio de consumo de alcohol con base en el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner (1987). La población que participó fue integrada por adolescentes que se encontraban estudiando en la Secundaria Pública 107 durante el ciclo escolar 2016A, que habían experimentado con el consumo de alcohol.

Las unidades de observación fueron adolescentes hombres y mujeres, estudiantes activos de la secundaria sede, con autoreporte de experimentación con alcohol y que aceptaron su participación en el estudio mediante la firma de una carta de consentimiento informado.

No se incluyeron estudiantes sin experimentación con alcohol o aquéllos que no firmaron la carta de consentimiento informado, aunado a la residencia en algún otro municipio fuera de la zona metropolitana de Guadalajara.

De acuerdo con Borgatti (1996a y b), la técnica de listados libres, requiere que se incluyan al menos 30 personas para aprender las creencias culturales. Por lo que se seleccionaron 40 adolescentes mediante un muestreo homogéneo (estudiantes de primer año de una escuela) seleccionado intencionalmente, en el que las unidades de análisis fueron las narrativas de inicio de consumo de alcohol en adolescentes de 13-16 años.

De acuerdo a la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987) las subunidades de observación y análisis fueron las dimensiones microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema en relación a los motivos de inicio de consumo de alcohol en adolescentes.

PRIMERA FASE: DESCRIPTIVA

Las técnicas e instrumentos de recolección de datos en la primera fase iniciaron con la aplicación de un formato previamente elaborado de listado libre, en donde se le pidió al participante que mencionara “*los cinco motivos principales por los cuales adolescentes como él/ella comienzan a consumir alcohol*”; lo que permitió obtener información sin censura a partir de las comunicaciones orales y convirtió a la propia persona en la responsable de otorgarle una jerarquía a sus respuestas. Las respuestas fueron analizadas y tipificadas según su orden de mención y categoría, para dar como resultado la guía de entrevista que se aplicó en la fase II.

ANÁLISIS DE DATOS

Listados libres

Se elaboró una base de datos en el software Anthropac (1996b) para calcular frecuencias, orden de mención y peso cultural, que éste último se define por la correlación entre la frecuencia y el orden de mención de cada descriptor. Los descriptores se clasificaron por dimensiones temáticas, posteriormente se elaboraron matrices según dimensiones temáticas, y finalmente, se realizó un análisis interpretativo para crear una guía de entrevista a profundidad.

SEGUNDA FASE: PROFUNDIDAD

Se seleccionaron a informantes clave a partir del análisis de los listados libres en el software Anthropac (1996b), mismos que se dividieron en tres grupos focales. La técnica utilizada fue la entrevista a profundidad, por lo que se elaboró una guía de entrevista semi-estructurada, que permitió obtener información de las experiencias de vida de cada persona, mismas que fueron audio grabadas y transcritas con la intención de explorar las unidades de análisis.

ANÁLISIS DE DATOS

Las entrevistas a profundidad que fueron audio grabadas fueron transcritas, los textos leídos y releídos para dar lugar a una codificación temática a través de la cual se categorizaron por familias de códigos; se hizo una separación física de las familias de códigos según su cronología, para dar lugar finalmente a un análisis interpretativo mediante el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner (1987).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la Ley General de Salud (1989) del artículo 17, el estudio se consideró sin riesgo, dado que no se manipuló ninguna variable física o psicológica. Todas las personas participaron de forma voluntaria y quedó manifestado en el consentimiento informado por escrito.

3. RESULTADOS

PRIMERA FASE: DESCRIPTIVA

Características sociodemográficas de la población de estudio:

Se incluyeron 40 adolescentes; 22 (55%) fueron mujeres y 18 (45%) hombres, con un rango de edad de 13-15 años de edad. Todos eran estudiantes de educación básica de una escuela de estrato socioeconómico bajo, con escasos recursos en el municipio de Guadalajara, Jalisco.

Se encontraron 177 descriptores asociados al inicio del consumo de alcohol en adolescentes referidos por el grupo de estudio. Cada uno de los descriptores fue clasificado por el investigador con relación a la descripción y características de cada una de las cuatro dimensiones distintas de acuerdo al modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987); microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

La dimensión microsistema incluyó ocho descriptores y agrupó el mayor peso cultural total en relación a las cuatro dimensiones con 1.064. El descriptor de esta dimensión con mayor peso cultural fue <Depresión> con 0.298 y frecuencia de 15, seguido del descriptor <Gusto> con peso cultural de 0.205 y frecuencia de 17.

El resultado de estas interacciones refiere que la depresión es una de las principales causas de inicio de consumo de alcohol, seguido por el gusto y la soledad, lo que suma un peso emocional que favorece al inicio de esta práctica de consumo.

La dimensión mesosistema incluyó cuatro descriptores y el conjunto total sumó 0.748 en el peso cultural. El descriptor con mayor peso cultural fue <Problemas familiares> con un peso cultural de 0.513, una frecuencia de 24 y un orden de mención de 1.79. Lo que indica que poco más de la mitad de los participantes mencionó este descriptor como motivo inicial de consumo de alcohol.

El siguiente descriptor relevante en la dimensión fue <Noviazgo> con un peso cultural de 0.147 y frecuencia de 11.

Esta situación resalta la narrativa alusiva a los problemas familiares desde su peso cultural como una de las principales causas de inicio de consumo de alcohol, al igual que el noviazgo y los intentos frecuentes por solucionar los problemas que afectan al individuo.

La dimensión exosistema con cuatro descriptores sumó un peso cultural de 0.278 entre ellos, lo que indicó que fue la dimensión con menor peso cultural de las cuatro incluidas. La <aceptación social> fue el descriptor mencionado con mayor peso cultural dentro de la dimensión con 0.124 y frecuencia de 10, seguido del descriptor <Bullying> con peso cultural de 0.081 y una frecuencia de 5.

Las narrativas de los participantes en la investigación indican que la aceptación social tiene un peso considerable en relación al inicio de consumo de alcohol, seguido por el acoso escolar o bullying y los problemas económicos.

La dimensión macrosistema incluyó tres descriptores cuyo peso cultural total fue de 0.673. El descriptor <Influencia social> obtuvo un peso cultural de 0.368, una frecuencia de 25. El siguiente descriptor relevante en la dimensión fue <Diversión> con un peso cultural de 0.166 y una frecuencia de 24.4. (Cuadro 1).

La influencia social fue descrita por los participantes adolescentes como un precipitador al inicio del consumo de alcohol, seguida por la diversión y la imagen personal.

Dimensión	Descriptor	Frecuencia	(%)	OM	PC
Microsistema	Depresión	15	(21.7)	2.07	0.298
	Gusto	17	(24.6)	3.53	0.205
	Soledad	10	(14.5)	2.9	0.154
	Problemas	7	(10.1)	1.71	0.154
	Tentación	11	(15.9)	3.64	0.121
	Ignorar consecuencias	5	(7.2)	3.2	0.068
	Alcohólicos	3	(4.3)	3.33	0.038
	Ansiedad	1	(1.4)	1	0.026
	Total	69	100	2.67	1.064
Mesosistema	Problemas familiares	24	(55.8)	1.79	0.513
	Noviazgo	11	(25.6)	3.27	0.147
	Solucionar problemas	6	(14)	4.17	0.053
	Imitar a papá	2	(4.7)	2.5	0.035
	Total	43	100	2.93	0.748
Exosistema	Aceptación social	10	(50)	3.5	0.124
	Bullying	5	(25)	2.8	0.081
	Problemas económicos	3	(15)	3	0.046
	Problemas escolares	2	(10)	3	0.027
	Total	20	100	3.07	0.278
Macrosistema	Influencia social	25	(55.6)	2.96	0.368
	Diversión	11	(24.4)	2.91	0.166
	Imagen personal	9	(20)	2.67	0.139
	Total	45	100	2.84	0.673

Cuadro 1. Descriptores de los listados libres que explican el inicio del consumo de alcohol.

SEGUNDA FASE: PROFUNDIDAD

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La aplicación de la entrevista a profundidad a tres grupos focales se realizó a una población de 24 estudiantes del último año de educación básica de una escuela de estrato socioeconómico bajo, con escasos recursos en el municipio de Guadalajara, Jalisco y con 14 años de promedio de edad. Se dividieron en tres grupos focales; un grupo de ocho hombres; un grupo de ocho mujeres y un último grupo mixto de cuatro hombres y cuatro mujeres. El rango de edad de los participantes fue de catorce a dieciséis años.

En las entrevistas a grupos focales se encontraron 14 motivos asociados al inicio de consumo de alcohol expresados y clasificados de manera grupal y no de manera individual como lo fue en la primera fase. Cada uno de los descriptores fue analizado y clasificado en familias de códigos por el investigador según las características correspondientes a cada una de las cuatro dimensiones distintas del modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner (1987); microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

La dimensión microsistema sumó el mayor número de códigos asociados a los motivos de consumo de alcohol (seis), seguida de la dimensión mesosistema y macrosistema.

MICROSISTEMA

En el microsistema que representa el nivel más cercano a los adolescentes, como los grupos con que interactúan y que son altamente influyentes (Bronfenbrenner, 1987), los amigos cercanos fueron los más mencionados como primer lugar de consumo, quienes aparecieron como los principales facilitadores de bebidas alcohólicas. La bebida alcohólica de consumo que fue mencionada con mayor frecuencia fue el tequila y en distintas situaciones refirieron haber tomado diferentes bebidas alcohólicas en la misma ocasión (consumo cruzado).

Adicionalmente los adolescentes relataron que las situaciones en las que una persona puede estar predispuesta a consumir alcohol, pueden tener origen en el contexto familiar, debido a que en el hogar puede haber bebidas embriagantes, además de ver a los familiares consumir, lo que da la impresión de que puede ser una situación común; así como en los festejos y/o convivencias entre los mismos adolescentes al estar rodeados de consumidores, los pueda llevar a replicar la conducta de consumo

Las respuestas mencionadas sobre la asociación del consumo de alcohol con diversión fueron contrastantes, unas a favor y otras en contra. Algunos adolescentes mencionaron que el consumo de alcohol era divertido ya que pudieron entrar en “ambiente” y ello los convierte en personas más divertidas al hacer cosas que comúnmente no harían, además de relajarse y ser considerada para algunos una experiencia propia de la adolescencia.

Los adolescentes que consideraron que el consumo de alcohol no era divertido, fundamentan que pueden tener la misma actitud y divertirse sin estar tomando, ya que con el consumo de bebidas embriagantes difícilmente se puede disfrutar además de provocar vómito y llanto.

Los adolescentes mencionaron que una persona que se deprime y se siente sola consume alcohol con la intención de desahogarse mediante el llanto y evitar pensar en los problemas que causan su tristeza; otros opinan que quieren llamar la atención y que alguien les haga caso. Aunque sentirse deprimido y solo pareciera una referencia de orden individual, finalmente, el sentirse solo y deprimido es en referencia a otros y por otros.

El noviazgo se mencionó como un causante de malestar emocional por los propios problemas o el término dicha relación. El acoso escolar o *bullying* ejercido por los mismos amigos influyó en el consumo de alcohol.

Los adolescentes refirieron que el consumo de alcohol fue por gusto, antojo y como parte de una experimentación propia de la adolescencia. Adicionalmente mencionaron que el consumo les

ayudó a disminuir la ansiedad, integrarse socialmente y a su vez al ver a sus pares consumir desarrollaron un mayor gusto y antojo por el consumo.

MESOSISTEMA

El relación al mesosistema que hace referencia a la interacción de los adolescentes con dos o más microsistemas (Bronfenbrenner, 1987), encontramos que los adolescentes refirieron consumir bebidas alcohólicas en diferentes escenarios de forma reiterativa como los contextos familiares, sociales (celebraciones) y también escolares. Aunque en México, está prohibida la venta de alcohol a menores de edad, todo parece indicar que en el mesosistema, hay altas condiciones que favorecen la accesibilidad y disponibilidad para el alcohol en los adolescentes.

Los adolescentes refirieron sentirse presionados por los problemas entre sus padres y con la intención de tomar para olvidar las malas situaciones ante las que se encuentran vulnerables recurriendo con sus amigos para divertirse. Adicionalmente mencionaron que los gritos y la violencia intrafamiliar suele ser un aspecto que influía en el consumo debido a que los entristece la situación.

Los problemas familiares fueron mencionados con mayor frecuencia al responder como primera opción que estos mismos tuvieron presencia antes que el consumo de alcohol, considerándose como una solución que tuvo por intención la búsqueda de bienestar y el desahogo de problemas que generaron estrés y ansiedad.

Las separaciones temporales entre los progenitores o divorcios, así como el maltrato infantil, peleas entre hermanos o inclusive el fallecimiento de un familiar refirieron ser los principales problemas familiares que llevan a los adolescentes a consumir bebidas embriagantes.

La presión de pares resultó ser un factor importante en la toma de decisiones de los adolescentes orientada hacia el consumo de alcohol y estar fuertemente asociada a un machismo al criticar la abstinencia como un acto de homosexualidad, o en su defecto, el consumo ser fuente creadora de hombría. Adicionalmente apareció una necesidad de pertenencia hacia algún grupo social, una necesidad de reconocimiento para ser más “popular”.

Los adolescentes refirieron que los problemas que pueden vincularlos con el consumo de alcohol suelen encontrarse prácticamente en todos los contextos con los que tienen relación.

EXOSISTEMA

En virtud que el exosistema incluye los sistemas ambientales en los que los adolescentes residen tales como los vecindarios (Bronfenbrenner, 1987), las narrativas refirieron que el consumo de alcohol ocurría en reuniones con amigos de su vecindario, en esquinas y que para ellos resultaron ser determinantes de su consumo para evitar juicios o rechazo social.

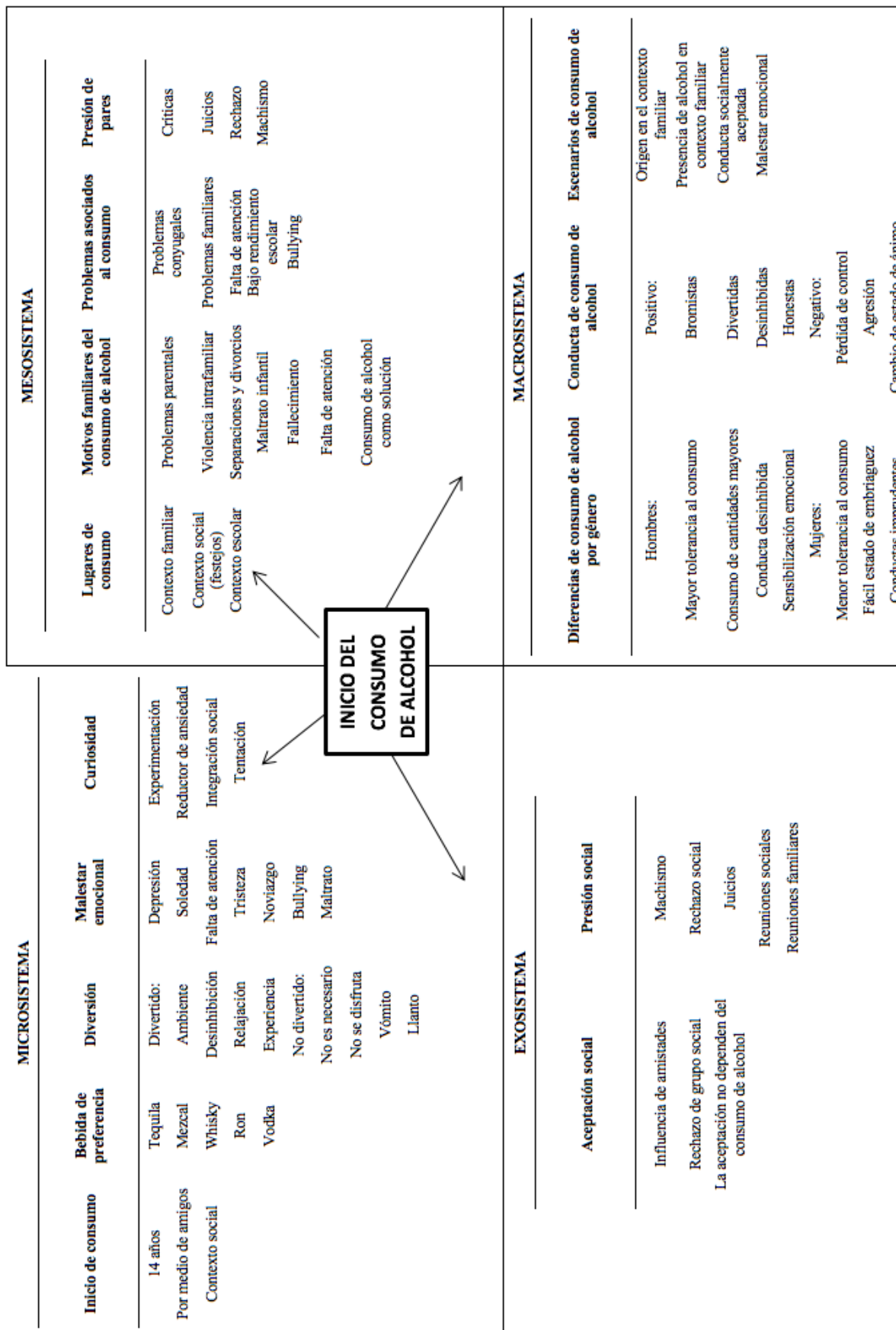
Por tanto, la aceptación social pareció ser un elemento importante en el inicio del consumo, sin embargo, refirieron que las amistades influyen en algunas ocasiones.

MACROSISTEMA

La dimensión macrosistema que representa los marcos culturales o ideológicos, las costumbres, los valores culturales, políticos, económicos y las condiciones sociales (Bronfenbrenner, 1987), los adolescentes refirieron que el consumo de alcohol entre hombres y mujeres suele ser considerablemente distinto. Las respuestas indicaron que los hombres tienen una mayor tolerancia al consumo de alcohol, lo que favorece a que puedan tomar mayores cantidades y desarrollar una conducta desinhibida, que a su vez, puede provocar una sensibilización emocional. Refirieron que por otra parte las mujeres, al tomar mucho y tener menor tolerancia social, su consumo y por consiguiente su resistencia, logran estados de embriaguez con mayor facilidad, aunado por la mayor cantidad de grasa en su organismo, favorecen algunas conductas imprudentes, que no suelen ser bien valoradas por las normas sociales.

Aunque refieran que el consumo de alcohol era divertido, para entrar en el ambiente y para relajarse, también relataron que la conducta de una persona que consume alcohol en exceso, favorece

otros comportamientos como pérdida de control, vómito, agresión, cambios de estado de ánimo y ridiculeces (cuadro 2).



Cuadro 2. Motivos de inicio del consumo de alcohol referido por los grupos focales desde el modelo ecológico.

El estudio reveló que el *microsistema* fue percibido como el más importante para explicar el inicio de consumo de alcohol en los adolescentes, misma que incluyó los factores que determinan la actividad, el rol y la relación interpersonal del individuo. La segunda dimensión en orden de importancia fue el *mesosistema*, que hace referencia a las interrelaciones entre dos o más entornos en los cuales la persona tiene una participación activa, y en la que principalmente destacaron el rol y la presión social de los amigos y el vecindario. En seguida, fue el *macrosistema* que hizo referencia a los contrastes existentes dentro de una sociedad y de otras subculturas, que reflejan a su vez, sistemas de creencias y estilos de vida diferenciados. Por último, el *exosistema* en el que la persona en desarrollo no participa activamente, pero los hechos afectan al entorno en que se encuentra. Climent y Guerrero (1990) en sus investigaciones coinciden con Stefano Cirillo (1999) en relación a la causalidad de las adicciones; estos autores señalan los factores que integran el proceso adictivo, como la desunión familiar, la falta de relaciones positivas dentro de las familias, mismas que pueden ser expresadas mediante la participación, la confianza, muestras de afecto, integración de los miembros, entre otras, y que por consecuencia afectan al individuo dentro y fuera del entorno familiar, optando por una identificación social mediante las amistades, quienes a su vez pueden estar afectados por las mismas circunstancias.

El microsistema fue la dimensión de mayor influencia con que los adolescentes explicaron el inicio del consumo de alcohol, quizás por la percepción de cercanía tan estrecha entre el entorno y ellos mismos. En esta incluyeron la diversión, el malestar emocional (depresión, soledad, falta de atención), la curiosidad hacia la experimentación, entre otras. En esta etapa de desarrollo, aunque el adolescente busca independizarse de la familia, también aprende patrones, mimetiza conductas, adquiere formas de pensamiento y de relación de su entorno, tal como lo sugiere Ruiz-Torres (2014), por ello es que quizás, al observar el consumo de alcohol en la familia sin ninguna restricción, se normaliza y se integra como una experiencia de su vida cotidiana con altas expectativas hacia su consumo.

Para Fishman (1990), el consumo de alcohol está determinado por el contexto familiar, ya que se considera el ambiente por el cual se produce una crisis de identidad debido a que la dinámica familiar impacta directamente en los roles, lo que señala la influencia del microsistema en el adolescente en desarrollo; situación que causa en el adolescente una aguda capacidad para detectar las relaciones familiares y estados emocionales de los cuales es depositario, creando así un distanciamiento físico y afectivo mutuo, y por consecuencia el consumo de alcohol (Andolfi, 1985).

En el mesosistema, el desarrollo de la competencia social, tal como lo señalan Brion-Meisels y Selman (1984), tiene por objetivo construir estrategias para enfrentar las relaciones interpersonales y redefinir el sentido de sí-mismo. Andolfi (1985) llamó a este proceso metamorfosis social, ya que enfrenta al adolescente con el grupo de los pares, y modifica la relación con la escuela y los espacios de reunión; lo que se traduce en un intento de adaptación, pertenencia e identificación señalado por los adolescentes, mismo que no siempre cumple su función ya que los adolescentes refirieron que fue uno de los principales motivos de inicio de consumo de alcohol.

La red social es sumamente atractiva para el adolescente, ya que en ella encuentra una fuerte fuente de comprensión y validación, y por consecuencia, altamente influyente, que estrecha los vínculos entre los integrantes generando un entorno de confianza y solidaridad, simulando una emancipación de los padres a través de la pertenencia a una colectividad (Nuño-Gutiérrez, 1998a y b), tal como se aprecia en los resultados del mesosistema, en donde los adolescentes refirieron encontrar en las amistades aquello que en casa se les dificultaba encontrar y con quienes lograban identificarse.

La adolescencia se caracteriza por una alta presencia de problemas de comunicación con el sistema familiar, en los que directa o indirectamente, el adolescente es afectado (Caballero, 1998). Es de esta manera, en la que los adolescentes participantes de la investigación definen y a su vez justifican sus intentos dentro del mesosistema para “olvidar” o “desahogar” los problemas mediante

el consumo de alcohol, dejando de lado su autonomía y responsabilidad en el consumo, para apuntar como único responsable al sistema familiar. Los participantes de este estudio señalaron la presencia de tristeza, cuando refirieron que había una falta de atención hacia ellos, cuando había problemas en casa como peleas entre los padres y separaciones. Los problemas familiares según las referencias de los adolescentes, en los que los adolescentes podían tener una participación directa o indirecta, fueron precisamente los que encabezaron el listado de los motivos con que justificaron el inicio del consumo de alcohol.

El macrosistema, al ser la dimensión que ocupa el tercer lugar de relevancia en la explicación del inicio de consumo de alcohol, es conceptualizado como un factor sociocultural que influye, directamente en los valores e ideales que se adjudican a situaciones sociales y culturales, con que se justifica la necesidad de un vínculo del adolescente y un estereotipo social determinado, con la intención de añadir un valor a su identidad en esta etapa de expansión social.

Esta situación fue expresada por la participación de los adolescentes al describir el peso de la influencia social en ellos, reconociendo que existen ciertas amistades que son facilitadores para el consumo de alcohol, tanto para ser aceptado por el grupo social y para obtener cierto grado de reconocimiento. En caso contrario, el rechazo es evidente y la identificación no es posible.

Hampson (2006) explicó que debido a una cuestión sociocultural como bien lo enmarca el macrosistema, en la etapa infantil se desarrollan expectativas positivas sobre el joven que consume alcohol, situación que conduce a la elaboración de creencias que normalizan la conducta de beber en la adolescencia prediciendo a su vez el consumo (Randolph, Gerend y Miller, 2006); referencia comprobada por los grupos focales en donde se expresó que en los entornos con los cuales tienen relaciones directas y cercanas, estaba normalizado el consumo de alcohol, lo que influyó en su inicio de consumo.

Rodríguez García (2014) propuso que los adolescentes en su entorno habitual se encuentran rodeados de mensajes contradictorios en los cuales las campañas publicitarias fomentan el consumo de alcohol, y a su vez, denuncian los efectos nocivos del alcohol, inclusive venden la idea de un consumo responsable y moderado en el que existe la diversión; esta situación influye en el adolescente a través del sistema comunitario y por consecuencia comparte la visión del macrosistema, en donde los adolescentes participantes de la investigación señalaron que el consumo de alcohol se considera una experiencia propia de la adolescencia y que está normalizado en sus entornos cercanos, tanto con la familia como con los amigos, en donde se asocia el consumo de alcohol con una experiencia de diversión.

Con relación al exosistema, Ruiz Torres (2014), sugirió que el entorno social suele considerarse como un factor de riesgo importante debido a la exposición al consumo, la baja percepción de riesgo y la tentación, ya que conducen al adolescente a lo que puede ser el inicio de una trayectoria hacia el consumo en donde se busquen contextos en los que esté presente la bebida y se construyan asociaciones de diversión en relación a ello. Los adolescentes participantes en la investigación confirman la teoría ya que refieren que al estar presente el consumo de alcohol, ellos entran en “ambiente” y por consecuencia creen divertirse, se desinhiben y se relajan, lo que retroalimenta y favorece a la repetición de esta búsqueda, de la falsa identificación y evasión.

El desarrollo de medidas educativas dirigidas a educadores para prevenir que la crisis normal de la adolescencia se complejice se considera prioritario, ya que esta situación no sólo afecta al individuo, sino a todo el grupo familiar. Los educadores más importantes para los adolescentes son sus padres debido a que en ellos recae la responsabilidad de la socialización según Caballero (1998) lo que complementa los resultados expuestos en las dos fases de la investigación en donde el microsistema al ser el entorno más cercano al individuo, es el de mayor influencia y en donde señalaron los adolescentes a la familia como uno de los principales medios de influencia en el inicio de su consumo de alcohol.

Los adolescentes, desde una visión simple y lineal señalan como fuente de su inicio de consumo de alcohol a los otros, pero desde el punto de vista sistémico, y retomando la perspectiva ecoló-

gica, podría sugerirse una interacción en dos sentidos. En primera instancia, la influencia del entorno en el cual crece y se desarrolla el individuo, en donde sus pares, consumen alcohol, y por otro lado, la influencia del individuo en el entorno, en donde, para ser parte de ese entorno, se actúa como los otros, para no diferenciarse. De tal forma, que no sólo son los otros, sino también el sí mismo, en un intento de ser parte del grupo.

Los resultados muestran que las narrativas expuestas por los adolescentes coinciden en términos de influencia entre el entorno y el individuo; a mayor cercanía del entorno, mayor influencia, es por ello que las relaciones interpersonales, en lo que a la familia refiere, son de suma importancia, ya que son uno de los principales moldeadores de conducta en esta etapa adolescente y de quienes se encuentran aún sujetos. Por otra parte, las relaciones interpersonales en relación al entorno social, se tornan importantes ya que en estos intentos de emancipación familiar, se dirige la mirada hacia lo social en la búsqueda de un entorno más atractivo, a pesar de que en muchas ocasiones el entorno social puede ser más perjudicial. En los entornos con los que no tiene interacción directa el individuo en desarrollo como el macrosistema y el exosistema, las características socioculturales ejercen un menor impacto en él, sin dejar de ser un importante factor de influencia.

Sin embargo, las circunstancias no eximen al individuo de su responsabilidad en el consumo que se ejerce para ningún fin, ya que, en este intento de solución, pareciera que se favorece la creación de más problemas, que retroalimentan la dinámica familiar, social y personal.

Los resultados de este estudio deben tomarse con cierta cautela, dado que al tratarse de un estudio cualitativo, no se busca generalizar resultados, y se considera la posibilidad en la que el inicio del consumo de alcohol pueda tener características diferentes en otras poblaciones, debido a la vulnerabilidad que el mismo contexto pueda producir como un determinante sociocultural que normalice el consumo, la baja percepción de riesgo y que quizás en entornos rurales exista un mayor apego a los roles de género, lo que podría favorecer al consumo.

El estudio propone que el consumo de alcohol no es de orden individual, por lo que en apoyo del modelo ecológico, se elaboran las recomendaciones según los sistemas que le pertenecen:

En el microsistema se recomienda:

- Resaltar la importancia del involucramiento en actividades recreativas a edades tempranas en donde se pueden desarrollar habilidades de socialización, moldeamiento de conducta, seguimiento de límites, respeto, colaboración, manejo de la frustración, etc.
- Desarrollar la consideración sobre la implementación de hábitos saludables a nivel familiar en relación a una buena alimentación, horarios de sueño, prácticas deportivas, interacción familiar, proyecto de vida, etc.

En el mesosistema se recomienda:

- Proponer el desarrollo de talleres psicoeducativos para padres de familia con distintas temáticas que favorezcan a la prevención de violencia, administración económica, comunicación asertiva, manejo del conflicto, prevención de factores de riesgo de conductas autodestructivas y relaciones asertivas.
- Proponer la extensión de vínculos sociales con la intención de crear nuevas y mejores redes de apoyo en donde la participación fomente un compromiso individual y colectivo. Como ejemplo: participación en templo, escuela, padres de familia, cursos para el desarrollo de nuevos aprendizajes, etc.
- Fomentar la validación hacia los miembros de la familia en donde se les reconozca de manera genuina y espontánea la importancia de la presencia del individuo en ese entorno.

En el exosistema se recomienda:

- Proponer capacitaciones al personal docente, tutores y prefectos para la prevención, identificación y abordaje de factores de riesgo con la intención de evitar pasar por alto situaciones que puedan poner en riesgo la integridad del individuo.
- Profundizar en líneas de investigación que mantengan actualizada la información en relación a los factores que conducen al consumo y nuevas formas de intervención para profe-

sionales y no profesionales.

- Fomentar la colaboración en el entorno educativo para reducir diferencias y acosos escolares que puedan perjudicar a alumnos que carezcan de recursos para poner límites y/o socializar.
- Proponer la creación de programas escolares de prevención y atención de conductas auto-destructivas en los que se pueda proporcionar el apoyo y asesoría por personal capacitado.

En el macrosistema se recomienda:

- Hacer uso de los medios de comunicación para la distribución de la información en relación a la prevención e intervención de situaciones de conductas de consumo con la intención de romper las pautas de normalización de consumo de alcohol, además de concienciar sobre los riesgos y daños que esta conducta trae consigo.
- Crear una mayor conciencia sobre los cuidados de salud a través de la difusión de información mediante los medios de comunicación en los que se dé a conocer de una manera más estrecha y cercana las causas y consecuencias del consumo de alcohol.

En síntesis, el estudio encontró que el inicio del consumo de alcohol es multidimensional, ya que cada entorno con el que tiene interacción el individuo, tiene motivos particulares que difieren entre cada entorno, lo que diversifica y amplía la influencia sobre el individuo. Sobresalió la dimensión microsistema, que responde a la interacción con los entornos más próximos al individuo como la familia, lo social y lo escolar. En virtud de los rápidos cambios de la adolescencia es importante continuar el estudio de los principales factores que predicen el consumo, las pautas de interacción familiar e interpersonales, así como construcción sociocultural de normalización del consumo de alcohol para incidir desde esta perspectiva ecológica y evitar el consumo progresivo de alcohol a edades cada vez más tempranas.

AGRADECIMIENTO

Mi más profundo agradecimiento, respeto y admiración a la Dra. Bertha Lidia Nuño-Gutiérrez, quien me acompañó de una manera muy cercana como asesora a lo largo de la investigación y en la elaboración del presente artículo, además de ser una fuente de inspiración por su larga y reconocida trayectoria como investigadora en psicología.

ANEXOS

Nombre del participante: _____

Fecha: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____ Sexo: _____

CON UNA O DOS PALABRAS, ESCRIBE EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE CINCO MOTIVOS POR LOS QUE CHAVOS COMO TU CONSUMEN ALCOHOL

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Gracias por tu participación

Se explica motivo de estudio.

Presentación de los integrantes y se indica dinámica de levantar la mano para comentar.

- ¿Dónde suelen consumir bebidas alcohólicas los adolescentes como tú? (ambientes y situaciones de riesgo)
- ¿A ustedes los han presionado para consumir bebidas alcohólicas? Cómo y dónde
- ¿A qué edad les ofrecieron alcohol? Describir situaciones; quién, dónde, qué. ¿Es igual en hombres y mujeres?
- ¿Qué bebidas alcohólicas suelen tomar los adolescentes como tú?
- ¿Ustedes consideran que los problemas familiares influyen en el consumo de alcohol de los adolescentes como ustedes y por qué?
- ¿Qué es primero? ¿Los problemas familiares o el consumo de alcohol?
- ¿Por qué se consume alcohol cuando existen problemas familiares?
- ¿Cuáles son los problemas familiares que influyen en el consumo de alcohol?
- ¿De qué manera influyen las demás personas (amigos) en el consumo de alcohol de una persona?
- ¿Por qué la influencia de los demás lleva al consumo de alcohol?
- ¿Consideras que el consumo de alcohol es divertido? ¿Por qué?
- ¿Cómo se comporta una persona que consume alcohol?
- ¿Qué relación existe entre ser chido y el consumo de alcohol?
- ¿Para ser aceptado socialmente necesito tomar alcohol? ¿Por qué?
- ¿Por qué las personas que se deprimen, se sienten solas, consumen alcohol?
- ¿De qué manera influye un noviazgo en el consumo de alcohol?
- ¿Por qué a un adolescente se le antoja y le gusta consumir alcohol?
- ¿De qué manera una persona puede estar tentada a consumir alcohol? ¿En qué situaciones una persona siente tentación hacia el consumo de alcohol?
- ¿Qué tipo de problemas lleva a los adolescentes a consumir alcohol?
- ¿Por qué creen que el acoso escolar o “Bullying” influye en el consumo de alcohol?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andolfi, M. (1985). *Terapia familiar*. Barcelona, España.
- Borgatti. (1996a). *Anthropac 4.0. Methods Guide*. Natick, MA: Analytic Technologies.
- Borgatti (1996b). *Anthropac 4.0. Natick, M.A.* Analytic Technologies.
- Brion-Meisels, S. y Selman, R. L. (1984). Early adolescent development of new interpersonal strategies: Understanding and intervention. *School Psychology Review*, 13(3), 278-291.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. México: Paidós. vww
- Caballero, R. (1998). *Investigaciones en salud de adolescentes*. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Celis-de la Rosa, A. (2003). Statistics of the adolescents' health. *Salud Pública De México*, 45 Suppl 1S153-S166.
- Chávez, J., Villatoro, J., Robles, L., Bustos, M., Moreno, M., Oliva, N., Fregoso, D., Gómez, G., Medina Mora, ME., Paredes, A. (2013). *Encuesta escolar sobre adicciones en el Estado de Jalisco 2012*. Consejo Estatal Contra las Adicciones de Jalisco, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D.F.
- Chávez-Rivera J, Robles-Arellano L, Gómez-Sandoval G, Carlin-Sánchez M, Maury-Hernández H. (2009). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en Jalisco, Resultados 2009*.

Secretaría de Salud Jalisco.

- Cirillo, S. (1999). *La Familia del Tóxico dependiente*. Barcelona: Paidós.
- Climent, C. E. y Guerrero, M. E. (1990). *Cómo proteger a sus hijos de la droga*. Colombia: Ed. Norma
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2002). *Encuesta Nacional de adicciones 2002*. Tabaco, alcohol y otras drogas. México: INEGI-Conadic.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2011). *Encuesta Nacional de adicciones 2011*. Tabaco, alcohol y otras drogas. México: INEGI-Conadic.
- Contreras Ramírez I, Robles-Arellano LJ, Gómez-Sandoval G, Carlín-Sánchez MP, Maury-Hernández HE. *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en Jalisco, Resultados 2018*. Secretaría de Salud Jalisco.
- Crisóstomo YM, Armendáriz NA, Alonso MT, Martínez R. (2016). Conocimientos y creencias sobre el cuidado al usuario de alcohol por estudiantes de enfermería. *Rev Cuid.*; 7(2): 1251-61.
- Fishman, C. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Barcelona: Paidós.
- Gutiérrez Sánchez, H., Alatorre Cruz, G. C., y Alatorre Cruz, J. M. (2015). Condicionantes sociológicas del consumo alcohólico: los estudiantes de Puebla. *Espiral*, 22(63), 155-183.
- Hampson, S. E., Goldberg, L. R., Vogt, T. M., y Dubanoski, J. P. (2006). Cuarenta años después: las evaluaciones de los maestros sobre los rasgos de la personalidad de los niños predicen las conductas de salud autoinformadas y los resultados en la mediana edad. *Salud psicológica*, 25(1), 57-64.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*. Villatoro-Velázquez JA., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado., Ciudad de México, México: INPRFM; 2017.
- Nuño-Gutiérrez, B. L. (1998a). Las relaciones familiares de adolescentes. Consultorio juvenil. *IMSS/UNICEF/OPS*, pp.3-16.
- Nuño-Gutiérrez, B. L. (1998b). Análisis de texto de las áreas críticas relatadas por adolescentes en un servicio de orientación. *Revista de salud pública*, núm. 32, pp. 361-366.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Conceptual causal model of alcohol consumption and health outcomes*. Global status report on alcohol and health 2014.
- Organización Panamericana de la Salud (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Washington, DC.
- Pons, J., y Buelga, S. (2011). Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Psychosocial Intervention*, vol. 20, núm. 1, 2011, pp. 75-94
- Randolph, K.A.; Gerend, M.A. y Miller, B.A. (2006). Medición de las expectativas de alcohol en la juventud. *Revista de Juventud y Adolescencia*, 33, 939-948.
- Reguera-Torres, M. E., Sotelo-Cruz, N., Barraza-Bustamante, A. G., y Cortez-Laurean, M. Y. (2015). Estilo de Vida y Factores de Riesgo en Estudiantes de la Universidad de Sonora: Un Estudio Exploratorio. *Boletín Clínico Hospital Infantil Del Estado De Sonora*, 32(2), 63-68.
- Rodríguez García, F. D., Sanchiz Ruiz, M. L., y Bisquerra Alzina, R. (2014). Consumo de alcohol en la adolescencia. Consideraciones médicas y orientaciones educativas. *Salud Mental*, 37(3), 255-260.
- Ruiz Torres, G. M., y Medina-Mora Icaza, M. E. (2014). La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. *Salud Mental*, 37(1).
- Villarreal González, María Elena; Sánchez Sosa, Juan Carlos; Musitu Ochoa, Gonzalo. (2013). Aná-

Clásicos

Diálogos: Gerald Zuk Dialogues: Gerald Zuk

Comentario: Roberto Pereira Tercero

Una iniciativa excelente la de Alfredo Canevaro y la revista *Redes Digital* de recuperar estos diálogos con pioneros de la *Terapia Familiar* (en adelante, TF), que se publicaron en la también pionera revista de ese nombre que fundó Alfredo Canevaro en marzo de 1978 y que editó 21 números hasta finales de 1991. Durante esos intensos 14 años, Terapia Familiar publicó artículos de muchos de los pioneros de la TF, además de dar voz, por primera vez en la gran mayoría de los casos, a terapeutas familiares de habla hispana. Ahora, esta sección de *Clásicos* recoge las entrevistas que hizo su director y fundador a varios de esos pioneros, todos grandes terapeutas, prestigiosos autores muy conocidos en su momento, aunque algunos de ellos se quedaron olvidados en los libros que relatan la historia de la TF, sin que su obra haya trascendido más allá de la época en que desarrollaron su trabajo. Uno de ellos es Gerald Zuk que, por cierto, fue uno de los autores que publicó en el N° 1° de Terapia Familiar.

Gerald Zuk, nacido en 1929, se incorporó al campo de la Terapia Familiar a finales de la década de los 50 del pasado siglo. Tras graduarse en psicología en la universidad de Chicago en 1955, comenzó a trabajar con discapacidad mental, área en la que tomó contacto con el nuevo modelo de psicoterapia que se estaba desarrollando en Estados Unidos, a raíz de su interés por las relaciones familiares y sus pacientes. Pero su principal y notorio trabajo se desarrolló a partir de 1961, año en el que se incorporó a uno de los centros más importantes en el desarrollo de la Terapia Familiar en sus primeras décadas, el *Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute* de Filadelfia, donde coincidió con David Rubinstein, protagonista del anterior diálogo publicado en el n° 40, con James Framo y con Ivan Boszormenyi-Nagy.

Recordemos que, en la misma época y en la misma ciudad, trabajaron en el *Child Guidance Clinic Minuchin*, Haley y Montalvo, con lo que durante unos años Filadelfia disputó a Nueva York y a Palo Alto la bandera de “centro” de la TF. Allí organizó Gerald Zuk el primer *Congreso estadounidense de profesionales de la TF* en 1964, y fundó la revista *International Journal of Family Therapy* en 1979, que sigue publicándose en la actualidad con el nombre de *Contemporary Family Therapy*. Así mismo Zuk formó parte del primer consejo editorial de Family Process, en el que figuraban la flor y nata de los fundadores de la TF.

Todo esto nos muestra que fue una figura relevante, pero ¿quién se acuerda ahora de Gerald H. Zuk?

Hace muchos años que en mi biblioteca tengo un libro de Zuk que publicó Fondo de Cultura Económica en México en 1982, tras su publicación original en 1971, y revisada (de la que hace la traducción FCE) en Nueva York en 1981. El libro titulado *Psicoterapia familiar, un enfoque triádico* recoge una serie de artículos publicados en diversas revistas en la segunda mitad de los 60 y en la década de los 70, en los que describe su modelo de intervención con familias. Es interesante señalar que el “enfoque triádico” se refiere a la inclusión de tres miembros de la familia en las sesiones, referido como un avance al modelo de TF aún imperante por ejemplo en el EPPI que, proveniente del psicoanálisis -como la práctica totalidad del “*establishment*” psiquiátrico estadounidense- había dado el paso a la díada (especialmente madre-hijo), pero aún no había avanzado para incluir al tercero -usualmente el padre-

Curiosamente, en el citado libro dedica unas páginas a “las tres crisis de la Terapia Familiar”, lo que le pareció muy chocante al que entonces era un reciente terapeuta familiar (lo debí leer hacia 1985-86): “vaya, tan corta historia y tantas crisis ya”, pensé. Pero justamente de eso se habla en buena parte de la interesante entrevista que le hace Alfredo Canevaro (imagino que en la gira que hizo

para conocer los avances en el desarrollo de la TF junto a sus colegas de la clínica donde trabajaban en Buenos Aires), de cómo la TF se iba adaptando a los grandes cambios que se estaban produciendo en el campo de la Salud Mental.

La primera crisis la sitúa Zuk a final de la década de los 50, durante la que la TF creó unas enormes expectativas sobre el tratamiento de la esquizofrenia, expectativas que como sabemos no se cumplieron, aunque los trabajos desarrollados por sus pioneros supusieron un gran avance en el conocimiento de ese trastorno. Por cierto, me llama la atención, en respuesta a una de las preguntas de Alfredo, su visión tan actual de la complejidad del origen de la esquizofrenia, tantos años antes de que se aceptara la confluencia de lo biológico y lo ambiental en su génesis.

Ciertamente, fue una crisis importante y recurrente. Podemos decir que, en buena parte, la esquizofrenia creó la TF, se desarrolló en la Costa Este y Oeste de EEUU buscando un tratamiento para el trastorno que llenaba los hospitales psiquiátricos. Zuk explica en la entrevista esta hipótesis, y describe el desencanto que supuso, no sólo el incumplimiento de las expectativas creadas, sino también el hecho de que el tratamiento que permitió la reducción de la población psiquiátrica y el nacimiento de la psiquiatría comunitaria fueron los fármacos antipsicóticos. Pero la TF se adaptó bien y rápido a esa situación, partiendo en busca de nuevos campos de intervención, que encontró precisamente en la atención comunitaria. Con su desarrollo y la creación de los Centros de Salud Mental al atención psiquiátrica y psicológica se orientó hacia lo social, hacia la comunidad. Y ahí había mucha tarea. Zuk la señala en la entrevista: problemas de pareja, adolescencia, abuso de tóxicos, y todo el campo de las familias multiproblemáticas y desestructuradas, que se abrió entonces y aún no se ha cerrado.

Cuenta Zuk las dificultades con se encontraron en esos comienzos para atender a esas familias, que, al parecer, no estaban tan motivadas para acudir a una terapia, al menos no de la manera de las clases medias con formación universitaria, que era la principal clientela a la que estaban acostumbrados los psicoterapeutas en su país.

La tercera crisis que señala, la de la década de los 70, es más interesante. Zuk teme que la TF pueda morir de éxito. Cree que la rápida difusión que la TF está viviendo por entonces puede ir en detrimento de una buena base teórica y una suficiente evaluación de sus resultados. Dice concretamente:

Estamos rezagados en evaluaciones profundas de las teorías prominentes existentes. Esto es la más seria deficiencia, porque hay demasiadas teorías y demasiadas técnicas, que gozan de popularidad y no han sido vigorosamente chequeadas... la necesidad más apremiante es la de aplicar standards precisos de evaluación.

No podemos estar más de acuerdo con esa carencia, porque la TF siguió creciendo muchísimo, centrándose más en las técnicas que en preocuparse una buena base teórica o una sólida evaluación de resultados: ambas cosas son de rabiosa actualidad. E inmediatamente después añade algo que creo explica en parte por qué un pionero como él, que jugó un papel destacado en su época, ha quedado en el olvido:

Hay cierto peligro también en la proliferación de los institutos y asociaciones de entrenamiento en TF, los cuales están creciendo rápidamente ahora, ya que eso tiende a distraer la atención de la necesidad apremiante de una mayor y más adecuada evaluación e investigación. Los centros de entrenamiento, en general, no hacen investigación ni evaluación.

No olvidemos que estamos en la “década de la expansión” de la TF en EEUU y en algunos países europeos, las escuelas de TF proliferan y compiten por vender su producto, los alumnos acuden en tropel, los centros famosos multiplican sus sedes, y sus profesores más representativos inician las giras docentes que adquirirán en pocos años una dimensión mundial y un éxito extraordinario. Los congresos se multiplican, al igual que las publicaciones, aparecen nuevas revistas, muchísimos

libros, y las asociaciones de TF crecen como la espuma.

Las críticas de Zuk no debieron ser muy bienvenidas: el clásico aguafiestas.

Zuk no se une a ninguna “escuela”. Ni a la de Boszormenyi-Nagy, colega en el EPPI, ni a la de los vecinos Minuchin o Haley. A pesar de que diversos autores le califican de “terapeuta estratégico”, siempre rechazó ser etiquetado. Esto no facilitó que sus propuestas, algunas de ellas interesantes, fueran divulgadas. Propuso un proceso terapéutico de “mediación” o “intermediación” (según traducciones), que merece un repaso. No se refiere a lo que conocemos ahora comúnmente como “mediación”, sino a un modelo terapéutico del trabajo con familias (aunque en realidad parece más útil su utilización con parejas) para llegar a acuerdos partiendo de puntos de vista diferentes. También propone “trabajar con las intenciones positivas y los valores positivos y constructivos”: un adelantado a su tiempo.

Pero su principal propuesta teórica, “el enfoque triádico”, quedó muy pronto superado. Lo que planteaba como una novedad pasó a ser algo común, con múltiples propuestas diferentes de las distintas escuelas, que condenaron las suyas al olvido. Y ahí se quedó nuestro autor. En 1980 abandonó el EPPI para trabajar en la Universidad de Tulane, en Nueva Orleans, que dejó en 1985 para dedicarse a la práctica privada de la psicoterapia hasta su jubilación.

Diálogos: Gerald Zuk¹

Entrevistador: Dr. Alfredo Canevaro²
Entrevistado: Dr. Gerald Zuk

A continuación incluimos una entrevista conducida por el Dr. Alfredo Canevaro con el Dr. Gerald Zuk, el 05 de julio de 1978, en la ciudad de Filadelfia (USA) sobre Terapia Familiar: su pasado, presente y futuro.

AC: ¿Qué piensa usted con respecto al campo de la terapia familiar?

GZ: En los Estados Unidos de Norte América, nosotros hemos atravesado diversas fases; tres pienso yo. El campo tiene sólo 25 años. Yo diría que está en su adolescencia. En la década del 50 hubo una concentración en trabajar con esquizofrénicos. Pienso que estaba estrechamente relacionada en el tiempo con el trabajo comenzado en la década del 40 con esquizofrénicos en psicoterapia individual, por ejemplo, el hermoso trabajo de Harry Stack Sullivan. La promesa de terapia familiar en la década del 50 fue, que pudo identificar y tratar la familia esquizofrenizante; pero la promesa no fue cumplida pesar de los marcados conocimientos y algunos éxitos terapéuticos. Personalmente, yo nunca fui entusiasta con respecto a la noción de la familia esquizofrenizante, la cual era una unidad específica de familia que, por presión socio-psicológica podría producir un chico, quien probablemente se volvería esquizofrénico. Yo pensé que más que esto era necesaria la concurrencia de la interacción de muchos hechos –comprendiendo constitución, fisiología, traumas accidentales, más la tensión socio-psicológica. Hubo algunos estudios destacados innovadores en el intento de la década del 50 de probar la existencia de la familia esquizofrenizante; como por ejemplo, aquellos del grupo de Yale de Lidz y Fleck por Bowen y posteriormente Wynne en el Instituto Nacional de Salud Mental, cerca de Washington DC, y el Grupo de Palo Alto en California encabezado por Don Jackson. El grupo de Palo Alto fue responsable de lo que –en mi opinión- fue el concepto más significativo de los años 50: el doble vínculo. Comprensiblemente, pero erróneamente, el Grupo de Palo Alto creyó que el doble vínculo era una completa explicación de la esquizofrenia. Por supuesto no fue así, pero de todas maneras fue una excelente contribución. La gran diferencia en esquizofrenia, fue la introducción de psicotrópicos efectivos en la década del 50. En otras palabras, el mayor avan-

1 Diálogo del Dr. Alfredo Canevaro con el Dr. Gerald Zuk. Publicado originalmente en *Terapia Familiar*, 3 (Buenos Aires, Argentina, Ed. ACE L.R.L., 1979).

2 Escuela de Psicoterapia “Mara Selvini Palazzoli”. a.canevaro@liberto.it

ce fue en drogas más que en tecnología psicoterapéutica. Las drogas produjeron un mayor cambio de actitud hacia los esquizofrénicos tanto en las profesionales de la salud mental como en el público en general. Las tendencias hacia la des-institucionalización, la salida de pacientes de los hospitales psiquiátricos y la reducción de la necesidad de hospitalización, ha sido una de los cambios profundos en la salud mental de los EE.UU en la última década y media. Las drogas han hecho posible el manejo de muchos individuos perturbados sin concurrencia al hospital.

AC: Ustedes tienen ahora un gran problema con los llamados *ghettos* de psicóticos...

GZ: Sí, ha habido un clamor de algunas comunidades donde los pacientes hospitalizados fueron dados de alta a lo mejor prematuramente o sin servicios de apoyo para comprenderlos desde los períodos iniciales.

AC: ¿Piensa usted que los familiares de estos pacientes no estaban preparados o a lo mejor ellos no tienen familias que los reciban?

GZ: Ambas cosas. Había falta de preparación de las familias a las cuales los pacientes iban a volver. Los pacientes sin familias accesibles eran trasladados a pensiones rápidamente. Esto fue fatalmente lo que produjo un alto porcentaje de reincidencia: los pacientes regresaron y fueron devueltos a la institución. Recientemente, en un estado, California, yo tengo entendido que hay un movimiento de funcionarios para restablecer algunas de las facilidades del hospital de salud mental estatal. California fue el líder de la desinstitucionalización, pero descubrió que había que aflojar el paso.

AC: ¿Usted piensa que los hospitales de salud mental están bien preparados para trabajar con familias?

GZ: El hospital estatal no es particularmente un buen ambiente porque el sistema hospitalario (incluyendo el emplazamiento), no es conducente a la participación de la familia. La receptividad de familias de parte del *staff* del hospital de salud mental, no es alta. La mejor manera para las familias de ser involucradas, es en la comunidad.

AC: ¿En el centro comunitario de salud mental?

GZ: Sí, pero no justamente en el centro comunitario de salud mental. Nosotros deberíamos tener otra clase de facilidades accesibles a las familias, también otra clase de trabajo social, las cuales brindan servicios familiares, y muchos de los llamados centros de crisis (un mayor desarrollo en los servicios de salud mental en USA en la década pasada) brindan importantes servicios familiares. El sistema del hospital estatal, pero la estructura (física y administrativa) será diferente.

Yo pienso que las plantas enormes y físicamente impersonales desaparecerán para ser reemplazadas por unidades más pequeñas, interconectadas, algo así como nuestros complejos suburbanos.

AC: ¿Estructuras multifamiliares?

GZ: Sí. En estos suburbios las casas de departamentos son generalmente de dos o tres pisos y las unidades están interconectadas. Yo sospecho que los hospitales psiquiátricos estatales en el futuro serán semejantes y no de 20 pisos como ahora.

AC: Usted sabe que nuestra clínica en Buenos Aires funciona como una estructura multifamiliar y los resultados son muy buenos.

GZ: La arquitectura afecta a la gente, a lo mejor más de lo que ellos creen. Toma tiempo recuperarse de la inmediata reacción de impersonalidad que la gente experimenta al encontrarse en la mayoría de los edificios públicos.

GZ: ¿Piensa usted que este hospital del futuro será capaz de hacerse cargo del grupo familiar?

GZ: Sí; pero volvamos al problema de la historia de la terapia familiar, del cual nos hemos desviado. Yo mencioné que en la década del 50 el énfasis fue la esquizofrenia. A principio y a mediados de la década del 60, nosotros tuvimos el desarrollo del concepto de comunidad de salud mental, y la terapia familiar se adaptó fácilmente a este concepto. El *staff* de los centros tuvo que ocuparse de problemas no típicamente asociados con la destreza psiquiátrica. Los problemas maritales, por ejemplo, y la fuga de adolescentes, así como los chicos que trabajan poco en el colegio; y la juventud y los adultos que abusan del alcohol y otras drogas. Muchos de estos casos desafían a la nomenclatu-

ra tradicional para las enfermedades psiquiátricas. Estos casos fueron observados por terapeutas de familia, quienes también empezaron a admitir mayor experiencia, con un campo mucho más amplio de tipos familiares. Yo quiero significar que nosotros empezamos a ver familias de diversos orígenes étnicos (en ESA, por supuesto, hay un enorme campo), y todas las formas religiosas, los factores socioculturales que afectan profundamente el curso y el resultado de la terapia familiar.

AC: ¿Usted quiere decir que la terapia familiar se abre a la comunidad?

GZ: ¡La comunidad entera, sí! Nosotros tuvimos que aprender a comprometer familias recalcitrantes, porque encontramos que había un alto porcentaje de abandonos prematuros de tratamiento. Algunas veces, esto se debía a la técnica terapéutica deficiente, pero también a que muchas familias dan pocas oportunidades para facilitar un compromiso emocional profundo con el terapeuta.

AC: ¿Menos que con las familias psicóticas hospitalizadas?

GZ: Sí. Con un miembro psiquiátrico en el hospital, el terapeuta tenía una especial ventaja para fortalecer la cooperación familiar. Con el “paciente identificado” ambulatorio, no había tal control. Nosotros tuvimos que desarrollar formas de comprometer familias, y mucho de mi trabajo hasta hace tres o cuatro años, se concentró en cómo conseguir que las familias vuelvan al consultorio cuando tienen poco interés en sentarse y hablar durante una hora. Yo me sentí mal al principio, pensando que tal vez por mi culpa yo estaba perdiendo un gran número de familias de pacientes externos, y que realmente mi torpeza era un factor. Pero más tarde comprendí que una parte muy significativa del problema pertenece a la estructura familiar. Más precisamente, el problema tiene que ver con los valores familiares. Algunas familias tienen por ejemplo, poca confianza en el valor de la charla. Sentarse y hablar con alguien completamente hábil en el lenguaje durante una hora, es una exigencia difícil. Nosotros tenemos que desarrollar mejores métodos para manejar familias que no están articuladas. E incidentalmente, no todas esas familias provienen de la clase baja; hay familias de la clase media que no son muy articuladas, aunque de manera distinta.

AC: ¿Utiliza usted otras técnicas que descansen menos en el lenguaje?

GZ: Bien; yo pienso que puedo, pero no de la misma manera que otros colegas. Por ejemplo, yo no uso psicodrama o baile o música, aunque esto tiene un lugar en terapia familiar como en otras terapias. Personalmente me sentiría incómodo aunque pienso que yo uso mucho más la *comunicación no verbal* para influenciar familias. Lo que nosotros aprendimos en la década del 60 es que la terapia familiar para la mayoría de nuestras familias, es básicamente un método a corto plazo. Corto plazo significaría que la mayoría de las familias terminarían después de seis meses o menos de encuentros semanales. La terapia a corto plazo ha probado ser exitosa, especialmente con familias pobres, pero también muchas familias de clase media la toleran muy bien y obtienen beneficios de ella. La década del 60 mostró también la importancia de la intervención de la crisis. Los defensores del trabajo a largo plazo sufrieron un revés en esta década, aunque ellos continuaron haciendo interesantes contribuciones en el campo de la teoría con casos seleccionados. El cambio de personalidad no es un objetivo para la mayoría de los terapeutas de familia que trabajan hoy. Nosotros aceptamos objetivos más modestos, tales como: perfeccionamiento del funcionamiento, deducción de los síntomas, disminución de la tensión. Por supuesto, a nosotros nos complace cuando un miembro adquiere conocimiento y lo usa constructivamente. En cuanto a lo que a la década del 70 le concierne, yo veo aparecer un nuevo problema y pienso que esto tiene que ver con el éxito de esta disciplina, Lo que pasó en los últimos años es que un gran número de profesionales de la salud mental y paraprofesionales están interesados en adquirir competencia en terapia familiar.

AC: Tengo entendido que hay alrededor de cuarenta mil en USA.

GZ: Yo no sé el número exacto. Eso debería ser una aproximación del número seriamente interesado en el campo, eso es, siguiendo seriamente la literatura y persiguiendo algún nivel de instrucción. Yo diría que el número de ellos completamente preparados para la práctica independiente es substancialmente menor, pero igual serían unos cuantos.

AC: ¿Varios miles?

GZ: Varios miles, a lo mejor unos cinco. Ahora nosotros tenemos conferencias a cada momento del año en USA y en el extranjero, y mesas de trabajo. Los primeros textos están apareciendo en el campo (no completamente satisfactorios porque nosotros somos todavía jóvenes para un mejor tipo de texto). Estamos rezagados en evaluaciones profundas de las teorías prominentes existentes. Esto es la más seria deficiencia, porque hay demasiadas teorías y demasiadas técnicas, que gozan de popularidad pero no han sido vigorosamente chequeadas. Y es por eso que la persona joven que ingresa en el campo, tiende a estar un poco confundido. La necesidad más apremiante es la de aplicar *standards* precisos de evaluación. Hay cierto peligro también en la proliferación de los instintos y asociaciones de entrenamiento en terapia familiar, los cuales están creciendo rápidamente ahora, ya que eso tiende a distraer la atención de la necesidad apremiante de una mayor y más adecuada evaluación e investigación. Los centros de entrenamiento, en general, no hacen investigación ni evaluación. Sobre aquellos individuos que han hecho los más grandes aportes en este campo, hay una responsabilidad especial para evaluar tan objetivamente como sea posible sus criterios, pero ha habido un desgano para hacer esto exhaustivamente. Tal vez esto es natural. Yo no estoy en contra de la producción de terapeutas de familia en gran cantidad, pero sí estoy en contra de la desproporción con los que están interesados en ensayar hipótesis, teorías, conceptos y técnicas. Si mis colegas terapeutas de grupo de USA me perdonaran, yo les diría que espero que la terapia familiar pueda evitar el dilema del grupo terapéutico debido, en mi opinión, principalmente a la rápida producción de terapeutas de grupo sin un crecimiento concomitante en la teoría, técnica, investigación y evaluación.

Nosotros debemos hacer lo posible por conservar un balance creativo entre las dos fuerzas: el desarrollo de los practicantes competentes, y el desarrollo y comprobación de la teoría y método. Esa es la razón por la cual yo estoy encantado con su nueva revista en Argentina y en el desarrollo de nuevas publicaciones en USA, tales como mi *International Journal of Family Therapy*.

AC: Es una ardua tarea.

GZ: Así es; todos nosotros sabemos lo arduo que es. Pero es algo absolutamente necesario: la expansión de publicaciones que alienten la teoría, la investigación y la evaluación de métodos.

GZ: Yo lo acepto como una realidad en USA. La Terapia familiar es practicada por profesionales de todas las disciplinas de salud mental, pero nosotros también tenemos un gran número de terapeutas muy capaces no entrenados originalmente en salud mental, tales como clérigos y un número substancial de los llamados para-profesionales, algunos de los cuales no deben, incluso, haber ido al colegio secundario ni a la Universidad, pero obviamente tienen buenas aptitudes para el trabajo, que están sumamente motivados y aprenden rápidamente con una supervisión competente motivados y aprenden rápidamente con una supervisión competente en las facilidades de la salud mental.

AC: ¿Usted piensa que estamos asistiendo a una nueva revolución en el mundo psiquiátrico?

GZ: La terapia familiar ha contribuido a una nueva forma de pensamiento sobre la causalidad en las enfermedades psiquiátricas, y es un acercamiento innovador en el tratamiento de problemas que son o deben ser específicamente psiquiátricos. No es revolucionaria en el sentido que quiera destruir la institución de la familia simplemente porque la interacción familiar es a menudo una contribución directa a la enfermedad psiquiátrica, no es anti-familia o anti-psiquiatría. La mayoría de los terapeutas de familia que yo conozco están a favor de la continuación de las familias, matrimonios y así sucesivamente, a pesar del hecho que ellos deben lidiar con familias y matrimonios caóticos y desorganizados. Nuestra orientación general, yo pienso, es la de preservar la familia. Debe haber unos pocos que opinen de manera diferente. Yo diría que básicamente nosotros somos trabajadores relativamente conservadores, que creemos profundamente en la necesidad de la continuidad de la vida familiar. Yo no trato de imponer mis valores sobre las familias que veo, porque sé y reconozco que si tratara de hacerlo, a menudo sería rechazado. Yo realmente trato de trabajar con las intenciones positivas y los valores positivos y constructivos. Creo que para ser un terapeuta eficaz debo trabajar dentro de la estructura de valores de la familia y no tratar de imponer mi propia tendencia.

AC: ¿Qué es lo que ve usted para la terapia familiar en el futuro? ¿Cómo la compararía con la terapia individual?

GZ: Nosotros sabemos que es efectiva en un número substancial de casos. La mayoría de los terapeutas de familia creen que ella es una fuerza poderosa para usar, no justamente cuando la terapia individual ha fracasado o como un aditamento de ella (aunque puede ser usada así). Es un tratamiento de elección cuando la familia puede ser movilizada a participar con el llamado paciente identificado en un tratamiento continuado de fondo. Yo creo que esta clase de “cura” debería ser comparada favorablemente con las otras psicoterapias más conocidas; y digo esto, reconociendo la deficiencia de los estudios comparativos de evaluación.

AC: Muchas gracias, fue muy interesante.

Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

Julio 2020
www.redesdigital.com

41

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

