

Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

Diciembre de 2019
www.redesdigital.com.mx

40

Analía Verónica Losada, María Tatiana Caronello y Patricia Estévez

Estilos parentales y Autorregulación Emocional Infantil. Estudio de revisión narrativa de la literatura

Hugo Alfonso Valdovinos-Burgos

Creencias y premisas de médicos con suicidio consumado

Maricel Solodovsky

Maternidad, feminismo y los pioneros de la Terapia Sistémica: Relación y vigencia en el siglo XXI

Alberto Royo y Bernat Carreras

La intervención psicológica en familiares de pacientes en fase terminal: un estudio de caso

Germán Ríos Morfín

Modelo para la práctica en psicoterapia de estudiantes en psicología

Tania Zohn Muldoon

Preguntas en psicoterapia: entre Sócrates y Karl Tomm

Alan Spencer Rodríguez Velasco

Cierre terapéutico a través de un ritual: propuesta técnica de afianzamiento emocional utilizando la mediación plástico-visual

Diálogos: David Rubinstein

Comentario: Javier Ortega Allué



Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

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

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

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

Redes

DIRECTORES-FUNDADORES

Juan Luis Linares

Roberto Pereira

DIRECTORES EDITORIALES

Esteban Laso Ortiz

Eduardo Hernández González

CONSEJO CIENTÍFICO

Ricardo Ramos (España)

Marcelo R. Ceberio (Argentina)

Sandro Giovanazzi (Chile)

Regina Giraldo (Colombia)

Raúl Medina (México)

Javier Ortega (Barcelona)

Jaime Inclán (USA)

Félix Castillo (España)

Juan Antonio Abeijón (España)

CONSEJO DE REDACCIÓN

José Manuel Costa (Lisboa)

Ana Paula Relvas (Portugal)

Teresa Moratalla (España)

Bani Maya (España)

Claudia Lucero (Temuco)

Norberto Barbagelata (Madrid)

Gianmarco Manfrida (Prato)

Rodolfo de Bernart (Florencia)

Ana Gomes (Portugal)

Josu Gago (Bilbao)

Luz de Lourdes Eguiluz (México)

Eduardo Martínez (Zaragoza)

Silvana Mabel Núñez (México)

Mark Beyebach (Salamanca)

Inma Masip (Girona)

Lia Mastropaolo (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. 40, Diciembre de 2020

SUMARIO

EDITORIAL	7
A. TEORÍA	
Estilos parentales y Autorregulación Emocional Infantil Estudio de revisión narrativa de la literatura Analía Verónica Losada, María Tatiana Caronello y Patricia Estévez	11
Creencias y premisas de médicos con suicidio consumado Hugo Alfonso Valdovinos-Burgos	29
Maternidad, feminismo y los pioneros de la Terapia Sistémica: Relación y vigencia en el siglo XXI Maricel Solodovsky	39
B. INTERVENCIÓN	
La intervención psicológica en familiares de pacientes en fase terminal: un estudio de caso Alberto Royo y Bernat Carreras	55
Modelo para la práctica en psicoterapia de estudiantes en psicología Germán Ríos Morfín	69

Preguntas en psicoterapia: entre Sócrates y Karl Tomm Tania Zohn Muldoon	87
Cierre terapéutico a través de un ritual: propuesta técnica de afianzamiento emocional utilizando la mediación plástico-visual Alan Spencer Rodriguez Velasco	103
C.CLÁSICOS	
Diálogos: David Rubinstein Comentario: Javier Ortega Allué	123
D.RESEÑAS	
Alicia Moreno Fernández (Ed). La práctica de la terapia sistémica Armando Valle Valadez	135

Editorial

Nos complace presentar el número 40 de la revista *Redes de Psicoterapia Relacional e intervenciones sociales*. Cumplimos nuestro aniversario de los primeros 10 números de la revista en su versión digital, que han sido sumamente satisfactorios. Primero, por el alcance logrado en cuanto a la audiencia, no solo en número, sino también en cobertura geográfica, y como consecuencia, en segundo lugar, esto ha contribuido a ampliar, en número y diversidad geográfica, la comunidad de lectores y colaboradores, como puede apreciarse en los trabajos que conforman esta edición.

Esta entrega se compone de 8 artículos y una reseña. En la **sección de Teoría** seleccionamos tres artículos mayoría autoral femenina, el primero se titula *Estilos Parentales y Autorregulación Emocional Infantil; Revisión Narrativa de la literatura* de Analia Verónica Losada, Patricia Estévez y Tatiana Caronello, en el que se analiza la influencia tanto positiva como negativa que ejercen los estilos parentales sobre la autorregulación emocional en niños entre uno y cuatro años de edad. Como resultado del análisis, las autoras confirman que el estilo parental democrático es el que mejor favorece la autorregulación emocional en los niños.

El artículo *Creencias y premisas de médicos con tendencias suicidas* de Hugo Alfonso Valdovinos Burgos, explora el campo de conocimiento sobre el suicidio en médicos y confirma su incipiente desarrollo. Por lo que se propone analizar, desde una perspectiva sistémica, y en particular, desde los fundamentos epistemológicos de la psicoterapia de premisas, los estudios científicos que han tenido como punto de referencia la salud mental en estudiantes de medicina, internos de pregrado y médicos en especialización. Como resultado de su indagación, el autor concluye que “la redefinición de creencias y premisas en los médicos con tendencias suicidas, puede ser un mecanismo de intervención efectivo, que puede conferir flexibilidad a la premisa “deber de servicio” para lograr que el médico al respetar su humanidad sea sensible a la humanidad de sus pacientes y al vivir su labor no como una necesidad de reconocimiento insatisfecha, sino como parte de su salud mental.

Maternidad, feminismo y los pioneros de la Terapia Sistémica. Relación y vigencia en el siglo XXI de Maricel Solodovsky es el último artículo de la sección, en este trabajo su autora explora el papel, que el binomio asignado de mujer-madre, tiene en la vida familiar y cómo esto configura los roles y funciones de las nuevas generaciones de mujeres que desean no ser madres. Asimismo, explora en la tradición teórica de la terapia familiar y los aportes de los pioneros, los rastros del pensamiento feminista en el desarrollo del modelo sistémico.

En la **sección de Intervención**, se incluyen cuatro artículos con propuestas originales, orientadas a recuperar y enriquecer el trabajo clínico y la formación de terapeutas en el marco de los modelos sistémicos y relacionales.

El trabajo de Alberto Royo Serrabona, titulado *Intervención psicológica en paciente con pluriopatología médica en contexto de cuidador de familiar en situación paliativa*: un estudio de caso, describe la experiencia en la atención de un caso en que se interviene mediante la combinación de distintas técnicas de Terapia breve estratégica, Terapia narrativa, ejercicios psicodramáticos y técnicas conductuales. Los resultados muestran una mejoría importante en los aspectos clínicos en que se puso el foco: la adaptación a las enfermedades, la sintomatología depresiva y su posicionamiento en su familia de origen.

Modelo para la práctica en psicoterapia de estudiantes en psicología de Germán Ríos Morfín, constituye una propuesta pautada para el acompañamiento y la supervisión de las prácticas de psicoterapia de estudiantes de pregrado. El autor propone un conjunto de actividades, momentos y

procesos mediante los cuales se procura facilitar el aprendizaje de la psicoterapia y asegurar el cuidado de estudiantes y los consultantes.

Tania Zohn Muldoon en su artículo *Preguntas en psicoterapia individual: entre Sócrates y Karl Tomm*, mediante el análisis de la propuesta de Karl Tomm y el método socrático, presenta el gran potencial que ese dispositivo de interacción tiene para la comprensión del caso, la puesta en marcha de estrategias de intervención y el cambio en la psicoterapia. Las preguntas en su vasta diversidad, utilizadas adecuadamente como se muestra en los ejemplos que presenta la autora, son sumamente útiles para conseguir diversos propósitos en el proceso de la psicoterapia. Por ello, resulta interesante recuperar esta tradición que ha mostrado sus frutos tanto en la filosofía como en la psicoterapia.

Cierre terapéutico a través de un ritual: propuesta técnica de afianzamiento emocional utilizando la mediación plástico-visual de Alan Spencer Rodríguez Velasco, se suma las propuestas que se incluyen en la sección de intervención de esta edición. El ritual como estrategia en la psicoterapia ha atraído la atención de los terapeutas desde tiempos atrás, pero en este trabajo en particular, el autor plantea el ritual como “herramienta de afianzamiento emocional personalizada” mediante la puesta en juego de la mediación plástica (objeto intermediario) propuesta por arteterapia.

En La **sección de Clásicos** ponemos a disposición de nuestros lectores Diálogos: David Rubinstein, una excelente entrevista realizada por el Dr. Alfredo Canevaro en julio de 1978 en la ciudad de Filadelfia, acerca de las corrientes en Terapia Familiar. Ambos formaron parte de un equipo pionero en el Easter Pennsylvania Psychiatric Hospital en Filadelfia junto con Boszormeny, Framo y otros, donde desarrollaron investigaciones muy importantes en una línea de orientación psicodramática con familias con miembros psicóticos internados. Hace algunos años el equipo se disolvió, continuando sus integrantes con sus desarrollos personales, en el mismo ámbito de la ciudad de Filadelfia, y enfatizando la tarea docente.

Por último, en la **sección de Reseñas**, Armando Valle Valadez comenta sobre el libro: *La Práctica de la Terapia Sistémica* de Alicia Moreno Fernández, Ed.

Reiteramos la invitación a nuestros lectores y autores a seguir cultivando el diálogo a través de las páginas de Redes digital.

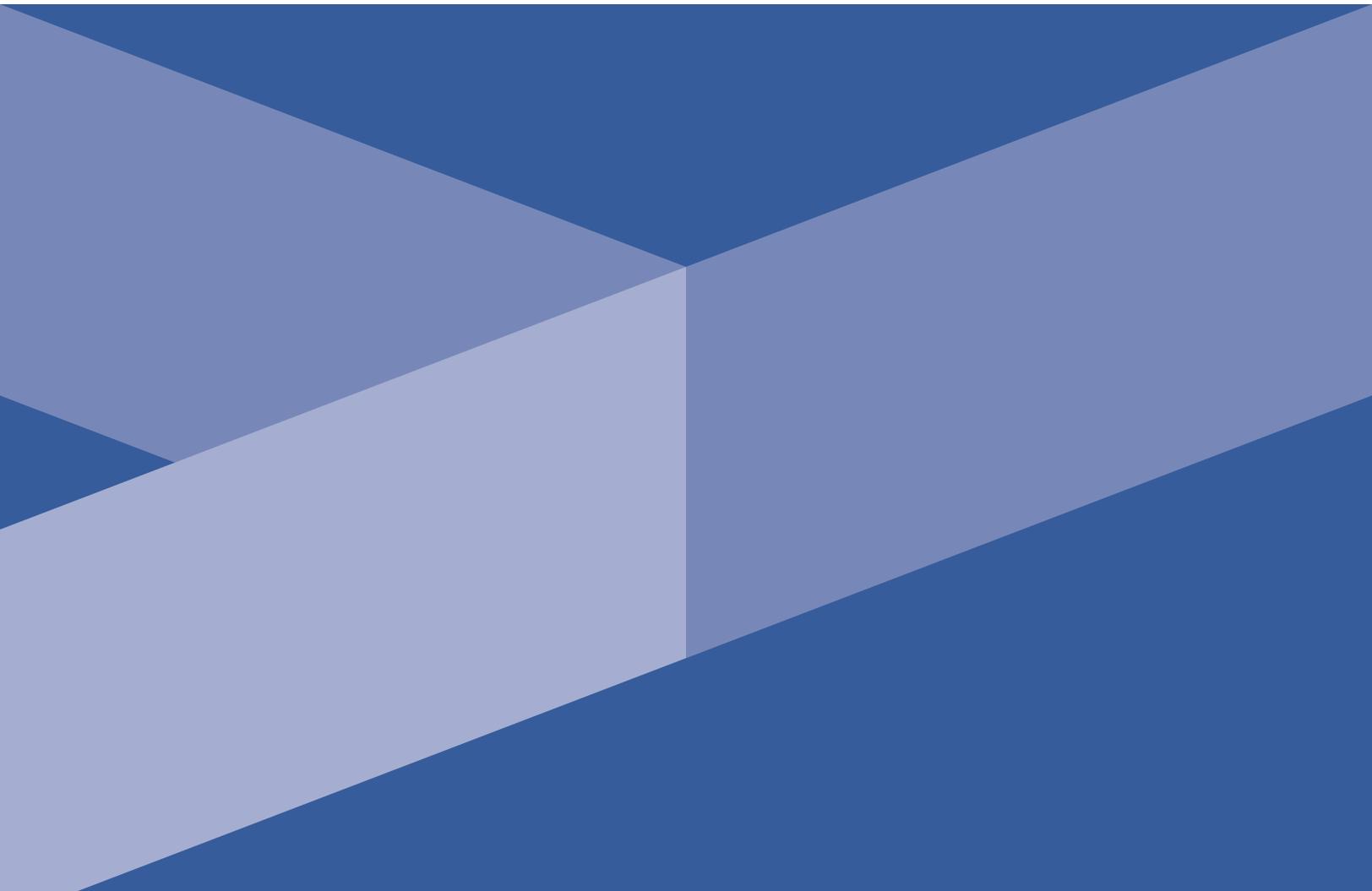
Eduardo Hernández

Esteban Laso

Directores Editoriales

Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

Teoría



Estilos parentales y Autorregulación Emocional Infantil

Estudio de revisión narrativa de la literatura

Parental Styles and Children's Emotional Self-Regulation Narrative Literature Review Study

Analía Verónica Losada^a, María Tatiana Caronello^b, Patricia Estévez^c

^aPontificia Universidad Católica Argentina. Correspondencia a: analia_losada@yahoo.com.ar

^bPontificia Universidad Católica Argentina

^cPontificia Universidad Católica Argentina

Historia editorial

Recibido: 24-02-2019

Primera revisión: 14-01-2020

Aceptado: 18-01-2020

Palabras clave

autorregulación emocional,
estilos parentales, niños

Resumen

Con la finalidad de conocer la influencia de los estilos parentales sobre la autorregulación emocional en niños se llevó adelante una revisión narrativa de la literatura publicada. Los estilos de crianza se constituyen como las modalidades de desempeño adulto respecto de los niños ante eventos cotidianos, toma de decisiones o solución de problemas. En la infancia se produce el pasaje de una regulación externa dada por los adultos y su contexto a una regulación interna donde el niño va adquiriendo los mecanismos de control. La autorregulación emocional es considerada como aquella capacidad del sujeto de modificar su conducta frente a las exigencias de situaciones específicas. Los estilos parentales pueden clasificarse en: democrático, autoritario, permisivo y negligente. El estilo parental democrático, ejercido con autoridad responsable, afecto y flexibilidad es considerado óptimo para el crecimiento emocional, moral e intelectual. A la inversa los otros estilos, poseen mayores factores de riesgo para el adecuado desarrollo emocional y sobre todo en la capacidad de la autorregulación. Se sugieren llevar adelante investigaciones empíricas sobre las variables autorregulación emocional y estilos parentales en niños.

Abstract

In order to know the influence of parental styles on emotional self-regulation in children, a narrative review of the published literature was carried out. Parenting styles are defined as the modes of adult behaviour with regard to children in the face of everyday events, decision-making or problem solving. In childhood, a transition occurs between an external regulation given by adults and its context to an internal one where the child acquires control mechanisms. The ability of the subject to modify their behaviour against the demands of specific situations is referred to as Emotional self-regulation. Parental styles can be classified as: democratic, authoritarian, permissive and negligent. The democratic parental style, carried out with responsible authority, affection and flexibility is considered optimal for emotional, moral and intellectual growth. Conversely, the other styles have greater risk factors for adequate emotional development and especially in the capacity of self-regulation. Empirical research on emotional self-regulation variables and parental styles in children is suggested.

Keywords

emotional self-regulation,
parental styles, children

Esta investigación se realizó mediante la modalidad de estudio de revisión narrativa, con el objetivo de comprender la influencia tanto positiva como negativa que ejercen los estilos parentales sobre la autorregulación emocional en niños entre uno y cuatro años de edad, y considerar cuál de ellos posee mayores factores protectores o de riesgo. En los primeros años de vida, la familia se constituye como el contexto de crianza de gran influencia en el que el niño va adquiriendo los primeros hábitos que le permitirán el logro de su autonomía y las conductas decisivas para la vida y sus primeras habilidades (Torío et al., 2009; Losada et al., 2019).

La familia es considerada actualmente como agencia socializadora (Bornstein et al., 2010). Por ser la familia la principal estructura en la cual el niño se desarrolla, se ha prestado notoria importancia al estudio de los estilos parentales. Los padres, respecto a sus hijos, son los modelos de referencia cruciales de su vida, por lo cual, la falta de compromiso parental provoca diversas secuelas en un adecuado desarrollo integral del niño (Torío et al., 2009).

En este trabajo se consideró a la familia como un sistema que va a estar compuesto por un conjunto de unidades, donde su principal característica es que estas son independientes y organizadas; que van a estar unidas entre ellas por un conjunto de normas de comportamiento y por distintas funciones dinámicas; que están en un constante intercambio e interacción entre ellas y con el mundo externo. Se diferencia porque posee tres propiedades fundamentales, la primera es que está compuesto por distintos subsistemas, el parental, el filial y el fraterno. La segunda propiedad es que es un sistema abierto que está autorregulado por normas de interacción, dado que cualquier cambio que se genere en alguno de ellos afecta a otro sistema, y la última propiedad es que está en constante cambio y continuidad por el intercambio con los otros (Andolfi, 1984).

Palacios (1999) considera que el modo de comportarse de un niño en cierta medida condiciona el modo de actuar de los padres, por lo cual la acción socializadora en última instancia es el resultado de la mezcla entre el estilo que caracterice a los padres y el modo de actuar en diversas situaciones y momentos del niño (Palacios, 1999, citado en Rayas, 2009)

Los padres, concebidos como agentes socializadores de sus hijos, constituyen un lazo entre el niño y la sociedad en la que está inserto. Es en la familia donde el niño va a adquirir e internalizar valores, normas y en la cual va a edificar los cimientos de su personalidad (Izzedin et al., 2009). En este grupo primario, en un primer momento, se despliegan las prácticas educativas, las cuales se transforman en un ejemplo para el niño, que le permitirán, entre otras, el despliegue de competencias emocionales (Henaó et al., 2011).

Se concibe a las prácticas educativas parentales como las habilidades más frecuentes que implementen los padres, no por ello son las mismas en todas las situaciones ni con todos sus hijos, sino que son directrices globales del comportamiento. Los padres van a seleccionar dentro de un abanico de conductas, de manera flexible, las pautas educativas (Ceballos et al., 1998, citado en Ramírez, 2005). En la interacción entre distintas variables que se ponen en juego en las prácticas educativas, tales como comunicación, afecto y control entre sus miembros, se van a configurar los distintos estilos educativos, dependiendo del peso que cada una de estas tenga en la relación padres e hijo (Torío et al., 2008).

Los estilos educativos “representan la forma de actuar de los adultos respecto a los niños ante situaciones cotidianas, toma de decisiones o la solución de problemas” (Torío et al., 2009, p. 153). Coloma (1993) considera a los estilos educativos como los “esquemas prácticos que reducen las múltiples y minuciosas prácticas educativas paternas a unas pocas dimensiones, que, cruzadas entre sí en diferentes combinaciones dan lugar a diversos tipos habituales de educación familiar” (Citado en Montolío et al., 2013, p. 149).

Es Baumrind (1978) quien, basada en observaciones de niños menores a tres años, clasificó los estilos parentales en base a tres variables: afecto, control y comunicación. Clasifica los estilos parentales en autoritario, permisivo y democrático. En un extremo, se podría ubicar el estilo autori-

tario el cual es característico de padres que tienen escasa comunicación y afectividad con sus hijos, son aquellos que ejercen demasiado control poniéndole normas estrictas que deben aceptar sin posibilidad de discusión. En el otro extremo, los padres permisivos, son aquellos que tienen una gran sensibilidad hacia las necesidades de sus hijos, sin intención de exigir a sus hijos ninguna norma. Poseen una afectividad característica y un alto nivel de comunicación. En un punto medio entre ambos polos, el estilo democrático, son aquellos padres que, ponen límites claros y argumentados con sus hijos y hacen respetar normas pero así mismo son padres afectuosos, comprensivos y comunicativos con sus hijos (Ato et al., 2007). Así, en grupos primarios donde los padres ejercían estilos democráticos, a diferencia de los permisivos o autoritarios, se observaban que los niños eran más competentes y maduros (Torio et al., 2009).

Posteriormente Maccoby et al. (1983) realizan una reformulación de Baumrind proponiendo otros dos estilos, dividiendo el estilo que ya había descrito Baumrind como permisivo en: permisivo-indulgente y permisivo-negligente. El primero son padres indiferentes frente a las conductas tanto positivas como negativas de sus hijos, muestran una gran pasividad y permisividad, por el contrario, el permisivo-negligente se caracteriza por no implicarse afectivamente con sus hijos, por poseer una actitud fría, distante y aparejada a maltratos (Ramírez, 2005).

El ambiente familiar es la primera instancia en la cual se implementan las prácticas educativas las cuales se transforman en un espacio de referencia para los hijos, permitiéndoles, entre otras, el desarrollo de competencias emocionales, por lo cual estas prácticas que utilizan los padres van a generar un gran impacto en el desarrollo de sus hijos independiente de las características psicológicas que tenga el niño o la niña (Darling et al., 1993, citado en Henao et al., 2011).

Es durante la infancia donde la autorregulación emocional se representa como un proceso activo a través del cual se da el pasaje de una regulación externa, la que es regida por sus cuidadores o por las características del medio en el que se desarrolla, a una regulación interna, en la que se da el logro de una mayor independencia y autonomía, en la que el niño adquiere e internaliza los mecanismos de control (Grolnick et al. 1999, citados en Ato et al., 2004).

Se considera a la autorregulación emocional como la capacidad que tiene un sujeto de alterar su conducta frente a las exigencias de situaciones específicas (Ato et al., 2004). Aquellos niños a los cuales se les obstaculiza o impide hacer aquello que desean, se manifiestan frustrados e irritados; en cambio, aquellos niños con un mayor control voluntario son capaces de dominar el impulso de manifestar emociones negativas en situaciones inapropiadas (Sandoval, 2012).

En cuanto a las causas del desarrollo de la autorregulación, se consideran dos fundamentales, una de ellas relacionada a factores de origen exógenos, siendo los padres los principales protagonistas que contribuyen como guías en este proceso; por otro lado, los factores de origen endógeno donde adquieren importancia la madurez de las redes atencionales. Además, la autorregulación emocional varía según la influencia de las características temperamentales de cada individuo (Ato et al., 2004).

Por otra parte, para el desarrollo de la autorregulación emocional se ponen en juego la presencia de dos procesos interrelacionados. Por un lado, las estrategias utilizadas por el niño para modificar o alterar sus respuestas emocionales y, por otro lado, la sensibilidad emocional (Ato et al., 2005). Estas estrategias implementadas por el niño para alterar sus respuestas emocionales evolutivamente van a ir avanzando de las más dependientes, pasivas y ligadas al estímulo, a estrategias de regulación más independientes y activas, lo que implica una autorregulación más efectiva (Ato et al., 2004).

Es durante los primeros dos años cuando el niño comienza a implementar y a poner en práctica estrategias simples de control emocional, como por ejemplo auto calmarse, apartarse de una situación para manejar sus emociones o re direccionar la atención (Thompson et al., 2007, citado en Esquivel et al., 2013). A medida que el niño va creciendo, va logrando mecanismos regulatorios más autónomos gracias a una mayor comprensión de la reactividad emocional y sus causas (Ato et al., 2005). Es crucial esta etapa, ya que es aquí donde se van a desplegar los mecanismos atencionales, cognitivos y lingüísticos que subyacen a la conducta de autorregulación lo que posibilita la adquisi-

ción del desarrollo de estas habilidades (Grolnick et al., 1998, citados en Ato et al, 2005).

Por lo tanto, las capacidades regulatorias se van incrementando a medida que el niño va implementando una regulación emocional externa guiada por un cuidador y/o la madre a una regulación auto iniciada donde va a desplegar estrategias mejores para controlar sus emociones (Eisenberg et al., 2002; Fox et al., 2003; Kopp, 1989; Thompson, 1990; 1994, citado en Esquivel et al. 2013).

Esquivel et al. (2013) indican que una forma efectiva de autorregulación es el esfuerzo en controlar la emoción. Justamente en el interjuego de las características de los vínculos afectivos y el esfuerzo por controlar la emoción predicen las conductas de autorregulación. Cuando no se logra un adecuado autocontrol de las emociones, se tiene como consecuencia conductas reactivas; por el contrario, un adecuado y maduro desarrollo posibilitará conductas más autorreguladas a favor de la adaptación (Céspedes, 2008).

La relación padres-hijo se da dentro de un contexto con el cual interactúan, es en este contexto donde los padres le ofrecen al niño procesos cognoscitivos-afectivos que el niño va a ir internalizando, es decir, que la autorregulación se ve posibilitada a medida que los padres regulen a través su guía y/o modelaje los procesos que el niño va construyendo (Terán et al., 2005).

OBJETIVO

Caracterizar los estilos parentales y sus implicancias en la autorregulación emocional en la primera infancia.

METODOLOGÍA

A los fines de cumplimentar el objetivo, se utilizó la metodología de revisión narrativa de la literatura, tomando en cuenta la clasificación de estudios de revisión de Goris et al. (2015). Esta metodología de investigación es un estudio que consiste en la recolección y consulta de bibliografía en el tema de la investigación y que sea relevante tanto para los objetivos de la misma como para el problema planteado. Por causa de la cantidad de artículos publicados cada año en distintos puntos del mundo, resultaría imposible poder abarcarlos a todos ellos, por ello la revisión llevada a cabo se realizó de manera selectiva de acuerdo con la pertinencia y significatividad del tema (Hernández et al., 2007; Montero et al., 2007 y Goris et al., 2015).

Por otro lado, a partir de la consulta de fuentes secundarias, se consultó bases de datos tales como Google Académico, Scielo y Psycotema. Se utilizaron las palabras claves estilos parentales, estilos educativos, autorregulación emocional, regulación emocional. Con respecto a la delimitación geográfica, se tomaron estudios realizados en América Latina, Estados Unidos y Europa. La bibliografía revisada se analizó identificando los puntos de convergencia y divergencias entre los artículos tratando de identificar los factores protectores y de riesgo.

ESTILOS PARENTALES

Las distintas teorías acerca de los estilos educativos surgen a fines de los 60 y principio de los 70, como una tentativa general por parte de los investigadores, con la necesidad de lograr darle un sentido práctico a las diversas y numerosas investigaciones en lo referido a las prácticas educativas paterna y sus consecuencias socializadoras, y sobre todo lograr un coherencia teórica (Coloma, 1994, citado en Esteve, 2004). A partir de allí se ha refinado diversas concepciones teóricas para terminar en un modelo relacional, en el cual se considera tanto al hijo como al padre y también al contexto en el cual se genera el vínculo (Esteve, 2004).

La constelación de actitudes, de prácticas y cualidades paternas usuales en la interacción entre padre e hijos se han utilizado con numerosos nombres, así como: estilos parentales, estilos educativos paternos, estrategias de socialización (Esteve, 2004).

Respecto a las prácticas educativas, existe una multiplicidad de factores y dimensiones en relación con las mismas, lo cual refleja una gran complejidad a la hora de poner en práctica la crianza y la educación de los hijos. Educar implica una tarea cambiante y multifacética, lo cual hace difícil una categorización; a pesar de ello, distintos psicólogos se han ocupado de clasificar qué estilos de crianza utilizan los padres respecto a sus hijos (Ramírez, 2005).

Los estilos parentales pueden comprenderse como un conjunto de actitudes hacia el niño, que le son expresadas y que, conjuntamente, originan un clima emocional donde se manifiestan los comportamientos o conductas de los padres (Rayas, 2009). Ser padres requiere guiar el comportamiento de sus hijos hacia una dirección, para ello implementan distintas estrategias de socialización. El fin de estas estrategias, es moldear a través de la educación el tipo de conductas que sean deseables y valoradas para sus hijos, ya sea para una adecuada integración social como para su desarrollo individual (Campos et al., 2004).

Para definir los estilos educativos se han combinado distintas dimensiones. En sus orígenes, gran parte de las investigaciones han reconocido al menos dos variables en la relación padre e hijo con respecto a las prácticas educativas parentales: dimensiones de control parental y de apoyo. En la actualidad, dichas dimensiones se fueron separando, quedando cuatro características en las conductas de los padres: el apoyo o el afecto, la comunicación, el grado de control o disciplina y el grado de madurez. Dependiendo de la interacción de estas variables que se dan en las prácticas educativas, nacen los distintos estilos educativos, dependiendo del peso que tengan estas dimensiones en el vínculo padre e hijo (González et al., 2014).

Con base en las dimensiones desarrolladas, surgen los distintos estilos parentales, siempre considerando que los estilos parentales son generalmente mixtos y van cambiando, ya que varían según el momento evolutivo del niño y con el paso del tiempo. Están influenciados por distintas variables como la cantidad de hijos, el sexo del hijo, entre otras. Cabe destacar que la relación padre e hijo es bidireccional, donde ambos ejercen mutua influencia en el otro (Montolío et al., 2013; Torio et al., 2009).

Según las dimensiones nombradas preliminarmente, los padres van a diferir unos de otros. Respecto a la comunicación padre e hijo, los que poseen elevado nivel relacional, suelen ser padres con elevado nivel de expresividad, dan explicación a las medidas disciplinarias para que comprendan su razón, es decir que implementan el razonamiento para conseguir el acuerdo del niño. Alientan a que puedan expresarse para poder comprender sus razones y argumentos, escuchan sus opiniones. En cambio, los padres con niveles de comunicación bajo, suelen ser padres que no piden consultas a sus hijos, suelen utilizar con frecuencia estrategias de distracción en vez de razonar el problema, no dan explicación al porqué de las medidas punitivas (Ramírez, 2005).

Por otro lado, referido al grado de control, están los padres que buscan influir en el comportamiento del niño con el fin de inculcar aquellos que sean estándares a través del control o puesta de límites. Pueden utilizar diferentes estrategias como el castigo ya sea físico o verbal como la amenaza, afirmando su poder o superioridad, privándole al niño de bienes materiales, negándole el afecto o a través de la inducción. El uso del control puede ser utilizado de manera permanente o no, lo que daría los cuatro tipos de padres diferentes (Ramírez, 2005).

Los padres también difieren según el grado de madurez, están aquellos que exigen elevados niveles de madurez y los que no. Los primeros son padres que incentivan y alientan a sus hijos a que ejerzan sus posibilidades al máximo, ya sea en aspectos relacionado con lo emocional, lo social o lo intelectual, ponen énfasis en que sean ellos mismos los que tomen las decisiones y que logren una mayor autonomía. En cambio, los padres que no exigen altos niveles de madurez se caracterizan dejando que siga avanzando en su desarrollo, evitando los retos y las exigencias. Por estas diferencias también los padres difieren unos de otros (Ramírez, 2005).

Finalmente, en cuanto a la dimensión de hostilidad-afecto, se encuentran aquellos padres que son más afectivos y expresan explícitamente su cariño e interés por el hijo, se preocupan por su bienestar emocional y físico, en cambio, están los padres que son más bien hostiles para con sus

hijos, utilizando conductas opuestas a las anteriores. Nuevamente, los padres se diferencian unos de otros en esta dimensión (Ramírez, 2005). Estas dimensiones van a provocar distintos estilos educativos, por lo que los padres conducen el comportamiento de sus hijos. Baumrind (1978), quien fue la precursora en investigaciones de estilos parentales, diferenció tres estilos parentales: autoritario, permisivo y democrático.

Maccoby et al. (1983) sugieren dos estilos más en función de dos dimensiones: una es el control o la demanda de los padres para obtener una conducta deseada de sus hijos, y la segunda dimensión es la de afecto, es decir, la sensibilidad de los padres para responder a las necesidades de sus hijos. Dando por resultado cuatro estilos: autoritario, democrático, indulgente y negligente. Es decir que del permisivo propuesto por Baumrind, puede adoptar dos formas diferentes el permisivo-indulgente y el permisivo-indiferente.

ESTILO AUTORITARIO

Se caracteriza por exhibir un elevado control y un alto nivel de exigencias de madurez y son padres poco comunicativos y expresivos en sus afectos de manera explícita (Ramírez, 2005; Alonso et al., 2005).

Es un modo de crianza muy restrictivo, ya que el adulto impone demasiadas reglas esperando que sean obedecidas estrictamente; generalmente no suelen dar explicaciones a su hijo el motivo de estas reglas, y con frecuencia utilizan estrategias punitivas como retirándole el amor y afirmando su autoridad o poder para obtener la obediencia (López et al., 2011). Es un estilo más bien rígido, donde su principal virtud es el cumplimiento de reglas (Izzedin et al., 2009).

No consideran los deseos, las necesidades o demandas del niño o niña, la comunicación es unidireccional, donde los padres no tienen en cuenta el punto de vista del hijo sino que son ellos los que expresan sus decisiones (Henaó et al., 2007).

Hoffman (1976) diferenció tres métodos disciplinares implementados por los padres. La afirmación de poder, la inducción y la retirada de afecto. Estos tres métodos son diferentes formas del control parental disciplinario. La afirmación de poder es un método donde se caracteriza fundamentalmente por el uso de amenazas o insultos, por recurrir al castigo físico y privándolos de privilegios, con aseveraciones tales como: ¡Eso no lo hagas! Es el que más se apareja al estilo autoritario (Hoffman, 1976, citado en Ramírez, 2005).

La retirada de afecto consiste en un modo de controlar el comportamiento del niño donde los padres a través del rechazo evitan escucharle y expresan el abandono como disconformidad a la conducta negativa del hijo. Si es utilizado frecuentemente por los padres, generará en el niño miedo a la separación o al abandono. Ambos modos de control están unidos a una motivación extrínseca que sugiere al niño que para evitar el castigo deberá portarse bien (Hoffman, 1970, citado en Campos et al., 2004).

Finalmente, la inducción en cambio es un modo indirecto de control. Consta de darle una explicación lógica al niño del motivo de no realizar esa conducta que no es deseable y a su vez se le pide que no la realice. Es una forma de sugerirle al niño que se ponga en el lugar de la víctima favoreciendo, de esta forma, la empatía. (Hoffman, 1976, citado en Ramírez, 2005; Hoffman, 1970, citado en Campos et al., 2004).

ESTILO DEMOCRÁTICO

Este estilo es también llamado autorizado, autoritativo y equilibrado (Izzedin et al., 2009). Corresponde a padres que poseen una interacción con sus hijos cariñosa, cálida y comunicativa, pero a su vez son rigurosos y firmes (López et al., 2009). Los padres democráticos muestran altos niveles de afecto, control, exigencias de madurez y comunicación. Son afectuosos, fortalecen el comportamiento, no utilizan el castigo y están atentos a los pedidos del niño. Dan explicación a sus razones sin vencerse por los berrinches y sugieren independencia. No se basan en la arbitrariedad de las decisiones. Son padres que ponen límites y orientan a sus hijos, pero a su vez están disponibles

para escuchar sus razones y lograr un acuerdo con ellos (Ramírez, 2005).

Un elemento crucial de este estilo es que suelen aceptar los errores en el momento de aprendizaje. En caso de que el niño cometa un error les brindan orientación y apoyo instrumental a sus hijos (López et al., 2008). Son padres que piden muchas demandas a sus hijos, pero las mismas son razonables. Suelen controlar pero al mismo tiempo son flexibles. Utilizan el control de manera democrática y racional, en vez de dominante, y respetan el punto de vista del niño (Henao et al., 2011).

Animan a que sus hijos se comporten de manera adecuada poniendo límites claros y argumentados exigiendo su cumplimiento, dichos límites van a estar acordes a las capacidades del niño (Henao et al., 2007). En este modo de crianza, los padres les otorgan responsabilidades a sus hijos, favoreciendo su independencia y que sean ellos los que puedan elaborar distintos conflictos cotidianos, de esta forma favorecen el aprendizaje, la iniciativa personal y su autonomía (Izzedin et al., 2009; Torio et al., 2008).

ESTILO PERMISIVO

Este estilo se caracteriza por un bajo nivel de control y exigencia de madurez, pero poseen un elevado nivel de afecto y comunicación. Su principal característica es el dejar hacer (Ramírez, 2005). Le brindan una gran independencia, siempre y cuando su supervivencia física no se ponga en riesgo, rara vez son capaces de implementar límites pudiendo generar en el niño una mayor dependencia (Torio et al., 2008).

Son padres totalmente tolerantes, que valoran la expresión propia de sus hijos y la autorregulación, con un elevado nivel de involucramiento. Permiten a sus hijos expresar libremente sus sentimientos y afectos, presentan baja exigencia y con poca frecuencia utilizan el control sobre las conductas de sus hijos. Suelen pedir consulta a sus hijos sobre las decisiones ligadas a las normas. Son cálidos y rara vez utilizan el castigo. Los hijos de estos padres suelen ser miedosos del entorno debido a que tienen poco control sobre sí mismos. Suelen expresar ansiedad e inseguridad por la baja orientación que reciben sobre si lo que realizan es adecuado (Papalia, 2005 citado en Navarrete, 2011), es decir, que son padres que no supervisan asiduamente las actividades de sus hijos (Henao et al., 2011).

Una de sus principales características de este estilo es que los padres se centran en liberar al niño del control, dado a que desean que sus hijos crezcan en total libertad y espontaneidad natural (López et al., 2008). Quien guía la interacción entre el padre y el niño suelen ser los deseos e intereses del niño, ya que a los padres no les interesa imponer límites o planear normas sobre el comportamiento del menor (López et al., 2009). Son los padres los que se adaptan al hijo, se esfuerzan en descubrir sus preferencias y necesidades para luego, ayudarlos a que se satisfagan (Muñoz, 2005).

Es un estilo de crianza sobreprotector donde los padres son elevadamente vulnerables en relación con sus hijos y se muestran totalmente débiles (Alonso et al., 2005).

ESTILO PERMISIVO-INDULGENTE

Este estilo se basa principalmente en tres características. La primera refiere a una indiferencia, tanto a las actitudes del niño, como a su actuación, ya sea a que se comporte positiva o negativamente. En segundo lugar la permisividad, y por último la pasividad. No buscan imponer restricciones y niegan la afirmación de autoridad. No implementan el castigo, soportando todos los impulsos de sus hijos. No son padres dirigentes ni asertivos. La interacción se caracteriza por ausencia de sistematización, y no hay un ejemplo de modelo al cual el hijo pueda imitar. Suelen ser padres que se interesan mucho por la formación y el desarrollo de sus hijos, son padres que suelen ser fácilmente influenciados por los deseos de sus hijos (Torio et al., 2008).

Son padres que no exigen normas relacionadas con la distribución de obligaciones como el aseo de la habitación, realizar la tarea, ordenar los juguetes; o en el cumplimiento de algún horario como por ejemplo los horarios de llegada o salida del hogar o el horario de actividades recreativas, es decir que suelen ser normas confusas, dando por resultado que el niño no se compromete con sus

obligaciones o se justifican de hacerlas (Torio et al., 2008; Sorribes et al., 1997).

Suelen tener un alto nivel de tolerancia frente a la expresión de los impulsos ya sea de rabia como de agresividad. A diferencia del permisivo-negligente, donde su involucración paterna es nula, los padres indulgentes suelen estar más atentos a las necesidades de sus hijos respondiendo a las mismas. Al ser padres excesivamente tolerantes respecto a la expresión de los impulsos de sus hijos, junto a que suelen ser complacientes, sus hijos no suelen valorar el esfuerzo personal (Torio et al., 2008).

Son padres que sobreprotegen mucho a sus hijos, no se caracterizan por utilizar como estrategia el castigo para orientar o guiar la conductas de sus hijos, pero suelen ser padres afectuosos con un alto nivel de comunicación con sus hijos (Ramírez, 2005).

La responsabilidad tanto afectiva como material recae en el hijo y no en los padres, ya que estos últimos ponen mayor interés en sus necesidades propias y no en la de sus hijos (Navarrete, 2011).

ESTILO PERMISIVO-NEGLIGENTE

Este estilo, caracterizado por Maccoby et al. (1983) fue innovador, ya que no se encontraba en la clasificación tripartita de Baumrind. Su rasgo primordial es la mezcla entre la total ausencia de exigencia de los progenitores a sus hijos, y una falta total de responsabilidad paterna con respecto al comportamiento de sus hijos. Por ello, la función normativa suele estar relegada a terceras personas como maestros (Sorribes et al., 1996).

Este estilo, también llamado de rechazo-abandono o estilo indiferente, se caracteriza por padres que son negligentes para con sus hijos y por el rechazo hacia ellos. Son padres que exigen poco a sus hijos, pero a la vez les brindan poco. Poseen una disminución en los niveles de control, de afecto y comunicación y de exigencias de madurez. No poseen un estrecho vínculo de apego y son indiferentes a las conductas de sus hijos (Ramírez, 2005).

Suelen implicarse poco en la acción educativa de sus hijos, no por motivos ideológicos sino por motivos de practicidad, ya sea por comodidad, por escasez de tiempo o ausencia de interés. Les dedican a sus hijos la mínima cantidad de tiempo posible y resuelven de la forma más sencilla y rápida las necesidades educativas. No imponen límites debido a que esto requeriría del dialogo y pérdida de tiempo. Debido a su alta permisividad, los hijos suelen traspasar las normas, y frente a ellos los padres no pueden manejar su ira irracional para con sus hijos. Si la condición económica se los permite, la forma de satisfacer las necesidades o demandas de sus hijos es a través de bienes materiales (Torio, et al, 2008).

AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN LA PRIMERA INFANCIA

Brazelton et al. (2005) consideran que el momento más crítico y sensible del desarrollo de un individuo es durante la primera infancia. Así mismo, estos investigadores sostienen que es durante la primera etapa de vida donde se originan las bases para el desarrollo moral, intelectual y emocional. Si esto no ocurre, se podrá reparar posteriormente, pero a un mayor costo, y las oportunidades de éxitos se reducen a medida que pasan los años. La etapa previa a la escolarización es un momento crítico respecto a la constitución de la autorregulación (Fabes, 1999, citado en Arango 2007).

Es importante destacar que el modo de expresar los afectos está ajustado a un proceso cultural, es decir que los afectos son enraizados y fundados en una cultura la cual nos delimita los afectos que son favorables o no, es decir que paulatinamente el niño va a ir aprendiendo, por medio de la relación con sus padres y otros, las formas de expresión que son socialmente aceptadas y el momento adecuado de poder expresarlas (Terán et al., 2005).

Se consideró necesario hablar de las emociones en la infancia preliminarmente al hablar de la autorregulación para comprender la importancia de las emociones para luego saber cómo regularlas.

Desde el nacimiento ya se hacen presentes las emociones y ocupan un rol fundamental para la formación de la personalidad y la sociabilización. En todo el desarrollo evolutivo las emociones están interviniendo y, además, juegan un papel importante dado que son una de las principales fuentes para la toma cotidiana de decisiones (Cassà, 2005).

El proceso emocional del infante tiene un lugar indispensable en su vida y para el progreso de las diferentes áreas de su desarrollo (De Andrés, 2005). Al comienzo de la vida el desarrollo emocional contribuye a establecer los cimientos para la salud mental y el bienestar psicosocial (Shonkoff et al., 2005).

La preparación para el universo emocional está en manos de las familias, ya que son las encargadas de enseñar, a través del ejercicio diario, el poder darles a las emociones un nombre, poder regularlas, expresarlas y adquirir en este plano, las normas en relación con el modo de comportarse que sean aceptables en la sociedad de origen (Del Barrio, 2002, citado De Damas et al., 2014). A medida que el infante comienza a comprender mejor sus emociones, estos se vuelven más capacitados para el manejo de sus sentimientos (Shonkoff et al., 2005).

De Andrés (2005), postula que la educación respecto a las emociones se debe comenzar a entrenar desde el comienzo de la vida del niño, debido a que cuanto antes se fomenten diversas capacidades, luego será más sencillo que las aprendan y logren generalizarlas, y poder también prevenir diversas emociones que puedan perjudicar su desarrollo. Un adecuado desarrollo emocional del niño no es solo tarea de una persona, sino que es una tarea en conjunto donde padres y educadores pueden ayudar.

Educar en las emociones, sobre todo en la primera infancia, es una herramienta fundamental para poder prevenir antes de que se adquieran en el infante diversas conductas desadaptativas (De Damas et al., 2014).

Según Céspedes (2008) las emociones son “el resultado del procesamiento que efectúan las estructuras de la vida emocional de los cambios corporales frente a las modificaciones internas y/o ambientales” (p. 21), es decir que una emoción es una modificación fugaz interna como respuesta a un estímulo externo. Durante los dos primeros años de vida del niño se dan los mayores cambios emocionales pero estos prosiguen en todo el ciclo evolutivo (Céspedes, 2008).

En la niñez el desarrollo de las emociones está profundamente unido al desarrollo socio-cognitivo del infante. El poder comunicar y expresar las emociones es fundamental para que el niño pueda vincularse con un otro y para ello es necesario poder comprender e identificar su propio estado emocional y comprender el estado emocional del otro. Del mismo modo, es fundamental la función que cumple la autorregulación emocional para adecuarse socialmente a los requerimientos de la vida cotidiana (Greco, 2010).

Diversas investigaciones respecto al desarrollo temprano demuestran que el primer periodo de vida de un niño es una etapa sensible para adquirir diversos problemas en la esfera emocional, los cuales pueden ser prevenidos para evitar desajustes en este plano (Armus et al., 2012).

Durante el periodo de la infancia, los niños comienzan a tener mayor percepción tanto de sus propias emociones como las emociones de los demás, es decir, que forman conexiones del porqué de distintas emociones en ellos mismo como así también en los demás. Empiezan a tener reconocimiento de las diversas expresiones faciales de distintas emociones y a accionar dependiendo de lo que observaron respecto a la expresión de otro (Izard, 1994, citado en Henao et al., 2011).

El comportamiento puede ser guiado, en distintas situaciones y de diferentes formas, por las emociones. Interfieren en el momento de comprender el comportamiento de otros individuos, en la toma de decisiones y en la interacción con los demás; a pesar de eso, es factible que en algunas situaciones surjan emociones que no sean las más adaptativas, que su duración sea muy prolongada o sucedan emociones demasiado fuertes e intensas. En estas situaciones, la presión que ejercen las emociones es posible que obstaculicen la productividad cotidiana de las personas provocando de esta forma conflictos en sus vínculos y tareas. Por este motivo, es que las personas intentan controlar

o regular sus emociones, sobre todo aquellas que son negativas y fuertes que restringen la posibilidad de accionar y reaccionar de forma más eficaz (Miguel, 2014).

DESARROLLO DE LA AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN LA INFANCIA

Raznoszczyk et al. (2006) sostienen que la regulación emocional es fundamental en los primeros años de vida, consideran que el bebé al nacer posee una capacidad de regulación, pero muy frágil y escasa, por ello necesita del ambiente cuidador que le posibilite la regulación.

Durante los primeros años de vida, el niño aún no posee la habilidad para regular sus cambios emocionales por sí mismo lo que lo deja frente a intensas reacciones emocionales. La regulación afectiva solo es posible en el intercambio con un otro. El contacto emocional y físico le posibilita al infante encontrar tranquilidad en circunstancias de necesidad y, poder así, aprender por sí mismo a regular sus propias emociones. Cuando el adulto logra, a través de su capacidad empática, dar una respuesta emocional a los estados internos del niño, se genera la regulación diádica, que luego permite al bebé la autorregulación. Así por ejemplo, si un bebé no es consolado cuando llora, no hay nadie quien le enseñe y le posibilite aprender el pasaje de la angustia a la tranquilidad. De esta manera el infante no solo poseerá dificultades en poder calmarse en sus primeros momentos, sino también durante su desarrollo completo (Armus et al., 2012).

Uno de los desafíos más importantes del desarrollo emocional es, sin duda, la regulación emocional. Regular las emociones no implica suprimirlas, sino que consiste en expandir las emociones de manera que sean más eficaces en un contexto (Shonkoff et al., 2005; Rodríguez et al., 2009).

La regulación emocional hace referencia al abanico de diferentes y múltiples acciones creadas para intervenir en las emociones que poseemos, en que momento y como las percibimos y expresamos. Dentro de estas acciones están la huida, la contención o la distracción (Gross, 2002).

En los primeros años de vida, el niño posee habilidades muy primitivas desarrolladas para poder controlar sus propias emociones, adquiridas de identificaciones de aquellos que le brindan ayuda, como por ejemplo la búsqueda de consuelo frente a una situación de fastidio (Thompson, 1990, citado en Shonkoff et al., 2005). El niño antes de los 18 meses de edad posee emociones que lo inundan y aún no posee la capacidad para poder controlarlas por sí solo, por ello el infante aprende a conectarse con su madre, la cual se encarga de regular sus emociones tranquilizándolo y ayudando a que el bebé pueda pasar a un estado de alegría y serenidad (Céspedes, 2008).

Durante el periodo del primer y tercer año de vida es una etapa donde se dan los mayores frutos, pero asimismo, es un periodo de grandes restricciones en la administración del autocontrol y de las emociones (Calkins et al., 2007).

A medida que el niño va creciendo, a mediados de los dos años de vida, van realizando esfuerzos para impedir o soslayar experiencias angustiantes, calmándose, modificando metas que lo frustran e implementan estrategias más complejas para el manejo de sus estados emocionales (Shonkoff et al., 2005). También va adquiriendo una mayor comprensión del origen y efectos de sus reacciones emocionales asumiendo mecanismos más autónomos para poder controlarlos (Ato et al, 2005).

Durante este periodo de vida comienza paulatinamente a autorregular sus emociones, ya comprende que la madre puede marcharse pero que luego regresa. Empieza a implementar estrategias de autorregulación, como la adquisición de un objeto transicional para calmar sus miedos o refugiándose en sus propias fantasías. Luego, a partir del tercer año, la autorregulación comienza a ser más eficaz y se forma en el niño un aparato cognitivo apoyado en lo emocional, emergen los sentimientos y ya es capaz de reconocer sus propios estados emocionales -“estoy triste”, “tengo sueño”, “yo te quiero”-. Es cierto que durante los primeros cinco años el niño posee la capacidad de registrar sus emociones, buscando la tranquilidad por medio de sus fantasías o la implementación de objetos transicionales, pero su necesidad de acogimiento es enorme, por ello es fundamental la presencia de una persona significativa (Céspedes, 2008).

Una característica principal del aumento en las capacidades regulatorias se da por un avance en el desarrollo que implica el pasaje de una regulación externa donde el padre/madre y/o cuidador

son su principal guía, a una regulación iniciada por el propio infante utilizando mayores y eficaces estrategias para el manejo de sus emociones (Esquivel et al, 2013).

En este trabajo se consideró a la autorregulación desde un enfoque funcionalista, dado que en la actualidad, se consideran los beneficios adaptativos que posee el poder ajustar las emociones (Ato et al., 2004). Dentro de este enfoque, Thompson (1994), considera a la autorregulación como procesos extrínsecos e intrínsecos encargados de valorar y transformar la reacción emocional, sobre todo su tiempo e intensidad, cuyo fin es el logro de determinados objetivos (citado en Ato et al., 2004). Es decir, que desde esta concepción no se considera a la regulación emocional como la eliminación de las emociones o el control de los impulsos, sino que es entendida como la capacidad de moldear los estados emocionales en función de un objetivo. Desde esta perspectiva tanto las emociones negativas como las positivas pueden ser adaptativas (Arango, 2007). Al igual que Arango, autores como Caycedo et al. (2008); Rodríguez et al. (2009); Fayne et al. (2013) concuerdan en que la regulación emocional está relacionada con la capacidad para modular los impulsos y emociones de manera exitosa para lograr de ese modo un funcionamiento social efectivo.

La regulación, no es entonces reprimir las emociones o sentimientos, sino a que estén en armonía y en mayor concordancia con las circunstancias que se estén dando en un momento determinado. De esta forma, este proceso favorece a las relaciones sociales, facilita obtener un control mayor de los hechos y provoca un estado de ánimo más favorable (Roche, 1998, 1999, citado en Rodríguez et al., 2009).

Rodríguez et al. (2009) consideran que la autorregulación emocional implica también la capacidad de prever su propio estado emocional para que de esta forma no invada por completo a la persona y de modo tal que las emociones no se vuelvan una dificultad para el razonamiento y generen un obstáculo a la hora de decidir de acuerdo con sus propios valores y normas, así como también las sociales. La regulación emocional es entonces la capacidad de manejar y modular la expresión de las emociones, tanto positivas como negativas y la capacidad de poder relacionarse con otros de manera socialmente aceptada (Whitebread et al., 2012). Es entonces que la mediación inmediata de los progenitores, junto a la seguridad y confianza que los padres inspiran en el niño facilita la regulación de las emociones, para que de esta manera el niño logre atravesar diariamente sus sentimientos que aún no poseen en su vocabulario, de lo contrario, si esto así no sucede así y se le deja solo al infante puede generarles miedo y desconcierto (Shonkoff et al., 2005).

FACTORES PROTECTORES VS. FACTORES DE RIESGO DE LOS ESTILOS PARENTALES EN LA AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL

Toda situación hostil que pueda afectar al niño va a diferir si se dan a su alrededor factores protectores o de lo contrario, factores que incrementen el potencial nocivo de la situación. Los factores de riesgo con respecto al desarrollo emocional son determinadas características del niño, de sus vínculos más cercanos y de la sociedad, que dificultan la evolución de los recursos y de un adecuado desarrollo evolutivo del niño. Por el contrario, los factores protectores, ya sean recursos del propio infante o características del medio en el que vive, son aquellos que ayudan el despliegue de los recursos propios del niño y que posibilitan sobrellevar de manera más protegida distintas circunstancias adversas por las cuales tenga que atravesar. A menores factores de riesgo y mayor cantidad de factores protectores, se acercaría a una adecuada crianza (Armus et al., 2012).

Quien cuida a un niño debe actuar como un factor protector que le sirva al niño como escudo frente a situaciones adversas para que su impacto se menor. De lo contrario, no solo no lo protege sino que potencia su impacto. Asimismo, cuanto menor sea el niño, tiene mayor exposición al riesgo dado que aún no posee los recursos suficientes o son muy rudimentarios (Armus et al, 2012).

En la interacción que se genera entre lo innato del individuo y su entorno social, se generan diversas pautas comportamentales, afectivas como así también cognoscitivas, las cuales caracterizarán al sujeto y de manera personal crean, respecto a lo emocional, divergencias que se revelan en el proceso de la empatía, en la capacidad de comprensión emocional y en el eficacia de niveles de

autorregulación de los niños (Henaó et al., 2011).

Aquellos niños que fueron privados de sus cuidados pueden ser víctimas de problemas respecto a lo emocional y problemas psicosociales importantes, dentro de ellas puede manifestar emociones agudas y no adaptativas, o pueden mostrar conflictos a la hora de entender las emociones de los demás y además presentar poca competencia social. Los niños que experimentan relaciones inseguras con sus padres pueden ser muy vulnerables a desórdenes emocionales, generados por un déficit en la capacidad de autorregular sus propias emociones y sus conductas (Shonkoff et al., 2005).

Los infantes que están atravesados por falta de atención de sus progenitores provocan un desarrollo emocional más vulnerable frente a diversas circunstancias, debido a una falta de un adecuado modelo parental para el desarrollo emocional (Shapiro, 1997, citado en Martínez, 2010). Por el contrario, la calidez parental, así como también la expresión de emociones cercanas y afectivas que eran destinadas de forma directa a sus hijos, permiten que estos últimos se sientan más seguros emocionalmente y además les permiten expresarse positivamente (Eisenberg et al. 2001, citado en Tur-Porcar et al., 2012).

Las prácticas de crianza utilizadas por los padres se vinculan con problemas conductuales de sus hijos. Dentro de las prácticas no efectivas se encuentran aquellas que implementan el uso del castigo, efecto negativo, mayor control y les otorgan importancia a los logros, lo cual provocan en los hijos una probabilidad mayor de que posean problemas conductuales (Ramírez, 2002).

Las prácticas de crianzas autoritarias, negligentes u hostiles provocan resultados negativos para un adecuado desarrollo emocional. El estilo autoritario dificulta a la regulación emocional en los hijos (Chang et al., 2003, citado en Mestre et al., 2010).

Berger (2004) demostró que aquellos padres que poseían un estilo autoritario sus hijos eran más pasivos y sumisos, los cuales tenían mayor tendencia a tener sentimientos de culpa y sentirse deprimidos. Los padres cuyo estilo era permisivo, sus hijos se caracterizaban principalmente por tener una gran exigencia y dificultades en el autocontrol, en cambio, en los padres democráticos, sus hijos gozaban de mayor felicidad consigo y se destacaban por una gran generosidad hacia los demás (citado en Ato et al. 2007).

Los padres con un modo autoritario de relación suelen poner más foco en los déficit de sus hijos de lo que potencialmente lograrían poder realizar. Los padres permisivos no tiene certeza de las capacidades que posee o no su hijo ni de las limitaciones del mismo, por lo cual no estimulan un modo de relación que implique regulación y en menor medida aun que fomenten estrategias de autorregulación. En cambio, los padres asertivos-democráticos promueven habilidades y estrategias de regulación, dado que su único afán no es centrarse en las dificultades de sus hijos, por el contrario se centran en aquello que sí pueden hacer -con su ayuda- favoreciendo, de esta manera, un rol más activo en su propio desarrollo (Covarrubias et al., 2005).

El estilo de crianza autoritario genera una estructura inflexible lo que dificulta al niño a que aprenda a autorregularse e incrementa los conflictos para que puedan controlar su furia (Jiménez, 2010). Asimismo, este estilo provoca un desarrollo emocional no funcional y de déficit en competencias y estrategias emocionales para el logro de una adecuada adaptación en diversos escenarios en el transcurso de la vida (Martínez, 2010), también provocan afrontamientos poco adaptativos, poca seguridad, depresión, evitación de problemas, y que además, el poco interés y rechazo por parte de los padres genera soledad (Richard, 2005).

Para impedir la irritación en los infantes, es fundamental que logren adecuadamente, a través del aprendizaje, a expresar las emociones negativas como así también las positivas. Nuevamente los progenitores son los modelos que persiguen los infantes para poder regular su comportamiento. El aprendizaje que se le brinda al niño del modo en cómo debe comportarse debe estar relacionado con lo que el niño experimenta todos los días en su hogar. Para lo cual, es fundamental que ambos padres logren con consenso en el momento de implementar los límites y también a la hora de tomar decisiones. Se debe generar un ambiente familiar que se base en la afectividad, el cuidado y la firmeza de las reglas. Cuando se evidencia una forma agresiva en el modo de comportarse del niño, se puede

prevenir mediante la enseñanza de un adecuado modo de comportamiento, promoviendo la empatía y que sean asertivos en el modo de vincularse con el resto, ya sea con un adulto o con un igual, enseñándoles modos alternativos de respuestas cuando se dan situaciones no agradables, de esta forma, se ayuda a favorecer la autoestima y sobre todo la autorregulación del infante (Jiménez, 2010).

Los niños primeramente dependen de las habilidades que utilizan sus cuidadores para regular sus niveles psicofisiológicos, este vínculo temprano instaura los cimientos sobre el cual el niño adquirirá sus habilidades autorregulatorias. Pereg et al. (2004) demostraron que las personas que poseían un estilo de apego seguro con sus cuidadores frente a estados emocionales negativos eran más capaces para poner en marcha mecanismos más eficaces de autorregulación. Por el contrario, con un vínculo conflictivo entre padre e hijo, la posibilidad de implementar estas capacidades regulatorias se ve alterada. Estos autores postulan que los que tiene un estilo de apego seguro tienen mayor capacidad de desplegar de manera adaptativa un mecanismo de autorregulación, en cambio quienes poseen un estilo de apego ansioso movilizan la descarga como mecanismo y, finalmente, quienes tienen un estilo evitativo implementan con mayor frecuencia mecanismos de distanciamiento e inhibitorios (citado en Oberst et al. 2013).

En las investigaciones realizadas por Henao et al. (2011) hallaron que los padres que implementaban un control estricto, pero a su vez que se implicaban afectivamente con sus hijos incorporando el amor y la comprensión para con ellos, obtenían el desarrollo de hijos responsables, seguros y estables. Estos padres eran aquellos que poseían un estilo parental equilibrado. Asimismo, descubrieron que el estilo equilibrado corresponde a madres donde sus hijos mostraban un mejor ejercicio en la comprensión emocional y en general con respecto al nivel de las emociones, en cambio los estilos autoritarios y permisivos mostraron lo contrario. Concluyeron que a nivel vincular, el estilo equilibrado y en su defecto el estilo autoritario, son más adecuadas para un desarrollo emocional eficaz infantil que lo que respecta al estilo permisivo, dado que en este los niños no poseen claros modelos adultos que propicien seguridad y que le permitan al niño constituir integralmente su yo por medio de rutinas.

Los hijos de aquellos padres que optan por un modo de crianza equilibrado suelen poseer un mayor autocontrol y una mejor adaptación social generado por los hábitos de crianza que se sustenta en el afecto y la disciplina (Raya et al., 2008). El estilo democrático además facilita un desarrollo emocional adecuado (Martínez, 2010), estimulan afrontamientos protectores y adaptativos frente a la ansiedad y depresión (Richard, 2005). Asimismo los niños que se crían con padres que poseen un estilo democrático, son niños que presentan mayor tolerancia a la frustración, poseen el autoestima más elevada, van en busca de desafíos, toman en consideración los diversos puntos de vista y además obtienen resultados más favorables respecto a las tareas cognoscitivas, esto se logra dado que en los primeros momentos de vida el estilo de relación que se dio entre padre-hijo fue de respeto, lo que favoreció el pasaje de la regulación guiada por otro a la autorregulación (Covarrubias et al., 2005).

Se podría considerar a nivel relacional que la estructura parental equilibrada y en su defecto la autoritaria, son más apropiadas para un buen desempeño emocional infantil que la presencia de un estilo permisivo, en el cual los niños y niñas no tienen una persona adulta que establezca modelos claros, que genere seguridad, que permita estructurar integralmente el yo del niño a través del manejo de rutinas (Covarrubias et al., 2005).

Para Baumrind (1967), aquellos padres que tenían un estilo educativo autoritario, permisivo o indulgente, solían tener hijos como mayores conductas agresivas e impulsivas. Estas de debían al incremento de castigo aplicado por padres autoritarios, o en la disminución de disciplina que ejercían los padres indulgentes y permisivos (Citado en Rayas, 2009).

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se han descrito, primeramente, los diferentes estilos parentales, luego se expuso brevemente la importancia de las emociones en la primera infancia para una mejor

comprensión de la autorregulación emocional y finalmente, se esbozó la influencia que ejercen los estilos parentales sobre la autorregulación.

La familia, respecto al niño, es el primer y más importante agente socializador debido a que por medio de ella se recibe la educación para la vida. Es en ella donde el niño va a ir desarrollando y armando su personalidad. Los padres son el ejemplo que tiene el niño para adquirir ciertas pautas de comportamientos, habilidades y recursos, por eso, el modo que tengan los padres de vincularse con ellos influirá de manera crucial en él; es decir que los padres son modelos para el niño y que estos enseñan más con el ejemplo que con las palabras, los niños aprenden más de lo que observan de lo que se les dice. Es durante la primera infancia donde se comienzan a establecer los cimientos fundamentales para un adecuado desarrollo emocional que le posibilitara el logro de la autorregulación. Cuando los padres no implementan modos efectivos de relacionarse con el niño, esta capacidad se verá afectada, ya que son los padres los que pueden actuar como factor de riesgo o por el contrario, como factor protector, estimulando y fortaleciendo las capacidades del niño.

Es en la familia donde se van a poner en marcha las prácticas educativas, las cuales no siempre van a ser las mismas, dado que la familia también está en constante cambio. El modo que tienen los padres de guiar el comportamiento de sus hijos es lo que en este trabajo se llamó estilos parentales; se pudo evidenciar por medio de la investigación que los distintos estilos generan diversas consecuencias en el niño siendo estas decisivas para el desarrollo óptimo e integral del niño, considerando por otro lado que hay una interacción dinámica entre los diferentes miembros de la familia donde cualquier cambio que se produzca en uno de ellos afectará a otro miembro.

Dado que es la infancia la etapa crucial para el desarrollo de la autorregulación emocional, se evidenció que los padres ejercen una gran influencia para que el niño pueda o no desplegar adecuadamente la capacidad autorregulatoria, debido a que los niños primeramente dependen de las habilidades que utilizan sus cuidadores para regularse. Dicha influencia ejercida por los padres, puede tener mayores o menores riesgo para su desarrollo óptimo. En esta investigación se consideraron cuatro tipos de estilos parentales, el democrático, el autoritario, el permisivo y el estilo negligente. El estilo democrático, en el cual hay un adecuado equilibrio entre el control y el afecto, ya que son padres que ponen límites y controlan pero a su vez son cariñosos, flexibles y comunicativos, es el estilo que posee mayores factores protectores para que el niño pueda desplegar su capacidad para autorregular sus emociones de manera eficaz, dado que al haber un equilibrio entre el cariño y la puesta de límites estimula a que el infante logre el pasaje de una autorregulación más independiente y autónoma, así mismo un desarrollo emocional integral. Los padres que implementen un ambiente emocional seguro, que haya un afrontamiento adecuado de conflictos, que implementen la puesta de límites y que se dé entre ellos una comunicación afectiva y efectiva, fortalecerá la educación de las emociones del niño, lo cual se correspondería con el estilo democrático. En cuyo estilo se da un equilibrio entre el afecto de control, y comprenden que no poner límites es tan perjudicial como ponerlos constantemente. Como afirman Bornstein et al. (2010) el estilo parental que sea ejercido con autoridad responsable, afecto y flexibilidad es el óptimo para el crecimiento emocional, moral e intelectual. Por el contrario los otros estilos, poseen mayores factores de riesgo para el adecuado desarrollo emocional y sobre todo en la capacidad de la autorregulación, la cual es esencial para poder relacionarse con los demás de manera socialmente aceptadas, siendo la misma la habilidad de poder manejar y modular de manera exitosa las emociones tanto positivas como negativas, esto no significa suprimirlas o reprimirlas, sino que estén en armonía con las circunstancias en un momento dado. Sería muy rico que investigaciones venideras aborden ambas temáticas llevando adelante estudios en profundidad que analicen la importancia de la autorregulación para un desarrollo óptimo de la personalidad y evitar problemas de conductas en un futuro, generando estrategias de concientización a los padres y brindando información fundada para generar programas de intervención para la promoción de la salud. También se podría considerar el estudio exhaustivo de la autorregulación abordándolo desde la escolarización, es decir la influencia que genera la misma en el desarrollo emocional, para así poder generar planes educativos que incluyan la educación de las emociones, a

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arango, M. I. R. (2007). Regulación emocional y competencia social en la infancia. *Diversitas*, 3(2), 349-363.
- Armus, M., Duhalde, C., Oliver, M. y Woscoboinik, N. (2012). *Desarrollo Emocional. Clave para la primera infancia*. 10 de octubre del 2014, de Unicef Sitio web: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo_emocional_0a3_simples.pdf
- Alonso García, J. y Sánchez M. R. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 17(1), 76-82.
- Andolfi, M. (1984). *Terapia familiar- un enfoque interaccional*. España: Paidós.
- Ato Lozano, E., González Salinas, M. D. C., y Carranza Carnicero, J. A. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de psicología*, 20(1), 69-79.
- Ato Lozano, E., Carranza Carnicero, J. A., González Salinas, C., Ato García, M., y Galián, M. (2005). Reacción de malestar y autorregulación emocional en la infancia. *Psicothema*, 17(3), 375-381.
- Ato Lozano, E., Galián Conesa, M. D., y Hernández, E. (2007). Relaciones entre estilos educativos, temperamento y ajuste social en la infancia: Una revisión. *Anales de psicología*, 23(1), 33-44.
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, 9(3), 239-267.
- Bornstein, L., y Bornstein, M. H. (2010). Estilos parentales y el desarrollo social del niño. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-4. Recuperado de: <http://www.encyclopediainfantiles.com/documents/BornsteinESPxp.pdf>.
- Brazelton, T. B., y Greenspan, S. I. (2005). *Las necesidades básicas de la infancia: lo que cada niño o niña precisa para vivir, crecer y aprender*. (11). Graó.
- Campos, M., Eceiza, A., y Páez D. (2004). Socialización, familia y cultura. *Psicología social, cultura y educación*, 845-888.
- Cassà, È. L. (2005). La educación emocional en la educación infantil. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 153-167.
- Calkins, S. y Hill, A. (2007). Caregiver influences on emerging emotion regulation: biological and environmental transactions in early development. En J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (229-248).
- Caycedo, C., Gutiérrez, C., Ascencio, V., y Delgado, Á. P. (2008). Regulación emocional y entrenamiento en solución de problemas sociales como herramienta de prevención para niños de 5 a 6 años. *Revista Suma Psicológica*, 12(2), 157-173.
- Céspedes, A. (2008) *Educación de las emociones: educar para la vida*. Chile: Ediciones B Chile S. A
- Covarrubias Terán, M.A., Gómez Herrera, J.T., y Rivera, L.B. (2005). Los estilos de interacción paterna-materna y el desarrollo de la autorregulación afectiva en el niño: una perspectiva histórico cultural. *Revista cubana de psicología*, 22 (1), 62-67.
- De Andrés, V. C. (2005). La educación emocional en edades tempranas y el interés de su aplicación en la escuela. Programas de educación emocional, nuevo reto en la formación de los profesores. *Tendencias pedagógicas*, 10, pp. 107-1.
- De Damas, M. y Gomariz, M^a. A. (2014). La Educación Emocional en edades tempranas: Evaluación de la propuesta educativa “La maleta de Pacotico Emociones” desde el contexto familiar. En J. Navarro, M. D. Gracia, R. Lineros, y F.J. Soto (Coords.) *Claves para una educación diversa*. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades.

- Esteve Rodrigo, J.V. (2004). *Estilos parentales, clima familiar y autoestima física en adolescentes*. Disertación doctoral no publicada. Universidad de Valencia, España.
- Esquivel, F. M., Ancona, García Cabrero, B., Montero, M. López, L., y Valencia Cruz, A. (2013). Regulación materna y esfuerzo de control emocional en niños pequeños. *International Journal of Psychological Research*, 30-40.
- García, J. A., y Sánchez, J.M.R. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 17(1), 76-82.
- González, R., Bakker, L., y Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1).
- González, C., Carranza, J. A., Fuentes, L. J., Galián, M. D., & Estévez, A. F. (2001). Mecanismos atencionales y desarrollo de la autorregulación en la infancia. *Anales de psicología*, 17(2), 275-286.
- Goris, G., y Adolf, S. J. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene*, 9(2), 0-0.
- Greco, C. (2010). Las emociones positivas su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia. *Liberabit*, 16(1), 81-93.
- Gross, J. J. (2002). Emotion Regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), pp. 281-291.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Henao López, G., Ramírez Palacio, C., y Ramírez Nieto, L. (2007). Las prácticas educativas familiares como facilitadoras del proceso de desarrollo en el niño y niña. *El Ágora USB*, 7(2), 233-240.
- Henao López, G. C., y García Vesga, M. C. (2011). Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 7(2).
- Izzedin Bouquet, R., y Pachajoa Londoño, A. (2009). Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza... ayer y hoy. *Liberabit*, 15(2), 109-115.
- Jiménez, M. (2010). *Estilos educativos y su implicación en diferentes trastornos*. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/bfbb12cc-abc8-489e-8876-dd5de0551052>
- López, S. T., Calvo, J. V. P., y Caro, M. I. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 20(1).
- López-Soler, C., Puerto, J. C., López Pina, J. A. y Prieto, M. (2009). Percepción de los estilos educativos parentales e inadaptación en menores pediátricos. *Anales de psicología*, 25(1), 70-77.
- Losada, A. V. y Marmo, J. (2019). *Manual de Psicología de la Familia*. Educa.
- Maccoby, E y Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. En E. Hetherington (Ed.). *Handbook of child psychology, Socialization, personality and social development*, New York: Wiley.
- Martínez, Á. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas* (17), 6(1), pp. 111-121.
- Mestre, M. V., Tur, A. M., Samper, P., y Latorre, A. (2010). Inestabilidad emocional y agresividad: factores Predictores. *Ansiedad y estrés*, 16(1), 33-45.
- Miguel de Priego Llerena, W. (2014). *Ansiedad y autorregulación emocional en acogedores de Lima*. (Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología). Pontificia universidad Católica de Perú. Lima.
- Montero, I. y León, O., G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en psicología. *International Journal of Clinical Health & Psychology*, 7(3), 847-862.
- Montolío, C. A., y Leonhardt, P. C. (2013). Los estilos educativos parentales desde los modelos interactivos y de construcción conjunta revisión de las investigaciones. Teoría de la Educación. *Revista Interuniversitaria*, 2.
- Muñoz Silva, A. (2005). La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. *Portularia*, 5(2), pp. 147-163.

- Navarrete Acuña, L.P. (2011). *Estilos de crianza y calidad de vida en padres de preadolescentes que presentan conductas disruptivas en el aula*. (Tesis doctoral). Universidad del Bio Bío. Chile.
- Oberst, U., Sánchez, F., Oriol Granado, X., & Páez, D. (2013). Funcionalidad de las estrategias de autorregulación y regulación interpersonal de la ira y la tristeza. *Anuario de Psicología*, 43(3), 381-396.
- Ramírez, M, A. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: Prácticas de crianza. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 31(2), 167-177.
- Ramírez, M. (2002). Prácticas de crianza de riesgo y problema de conducta en los hijos. *Apuntes de psicología*, 20(2), 273-282.
- Rayas Trenas, A.F. (2009). *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia*. (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba.
- Rayas Trenas, A. F, Cabrera, H. J., y Pino Osuna, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20(4), 691-696.
- Raznoszczyk de Schejtman C., Vernengo, M. P., Vardy, I., Silver, R., Mindez, S, Mrahad, M. C., Felberg, L., Leonardelli, E., Lapidus, A., Umansky, E. y Barreyro, J. P. (2006). Regulación afectiva madre-infante, su relación con la autoestima y el funcionamiento reflexivo de las madres como moderadores del impacto emocional de los sucesos de la vida. *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Richaud, M. C. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista Latinoamericana de psicología*, 37(1), 47-58.
- Rodríguez, L. M., Russián, C., y Moreno, J.E. (2009). Autorregulación emocional y actitudes ante situaciones de agravio. *Revista de Psicología*, 5(10), 25-44.
- Sandoval Pérez, H. P. (2012). *Desarrollo emocional y autocontrol*. Recuperado de http://scholar.google.es/scholar?q=Sandoval+Pérez+Desarrollo+emocional+y+autocontrol&btnG=&hl=es&as_sdt=0,5.
- Shonkoff, J. P., y Phillips, D. A. (2005). El desarrollo de la regulación personal. *Curso de Formación y Actualización Profesional para el Personal Docente de Educación Preescolar* (1), 73- 91. Editorial Secretaria de Educación Pública.
- Sorribes Membrado, S., y García Becete, F. J. (1996). Los estilos disciplinarios paternos. *Contextos de desarrollo psicológico y educación*, 151-170.
- Terán, C., M. A., Herrera, J., y Rivera, L. (2005). Los estilos de interacción paterna-materna y el desarrollo de la autorregulación afectiva en el niño: una perspectiva histórico cultural. *Revista Cubana De Psicología*, 22(1), 62-67.
- Torío López, S., Peña Calvo, J. V., y Rodríguez Menéndez, M. D. C. (2009). Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Revista Interuniversitaria*, 20, 151-178.
- Torío, S., J.V., y Rodríguez, M.C. (2008). Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación*, 20, 151-178.
- Tur-Porcar, A., Mestre, v., Samper, P., y Malonda, E. (2012). Crianza y agresividad de los menores: es diferente la influencia del padre o la madre?. *Psicothema*, 24(2), 284-288.
- Whitebread, D., y Basilio, M. (2012). Emergencia y desarrollo temprano de la autorregulación en niños preescolares. *Currículum y formación del profesorado*, 16(1), 16-34.

Beliefs and premises of doctors with completed suicide

Hugo Alfonso Valdovinos-Burgos^a

^aCentro de Higiene Mental “Dr. Carlos Nava Muñoz” en Hermosillo, Sonora
dr.valdovinos@hotmail.com

Historia editorial

Recibido: 17-07-2019

Primera revisión: 31-12-2019

Aceptado: 29-01-2020

Palabras clave

suicidio, médicos, medicina, creencias, premisas

Keywords

suicide, doctors, medicine, beliefs, premises

Resumen

Los médicos en formación muestran una alta prevalencia de trastornos mentales, el suicidio no es la excepción, se encuentran en la cúspide de las profesiones con mayores tasas de suicidio en muchos países. Sin embargo, hasta el momento solo se presta atención a la detección de factores de riesgo con la intención de prevenir la conducta suicida. La presente investigación ofrece una nueva visión en torno al suicidio en médicos, al utilizar el modelo de psicoterapia de premisas para ampliar el panorama existente sobre la fenomenología del suicidio. Este modelo expone que el comportamiento humano es dirigido en base a ciertas creencias y premisas, que son adquiridas desde el ambiente familiar. En consecuencia, la elección de la profesión, en este caso medicina, obedece a la expresión de estos constructos de la estructura mental. Los estudiantes muestran una pretensión en común, la medicina será el instrumento para ayudar a los demás. No obstante, esta creencia es dirigida por una premisa superior que es el “deber de servicio” que es consolidada por estilo de educación al que está expuesto el médico. El grado de lealtad que muestra el médico hacia esta premisa se expresará mediante la presencia de síntomas psicológicos y/o psiquiátricos, siendo el suicidio una de estas posibilidades.

Abstract

Physicians-in-training show a high prevalence of mental disorders, suicide is no exception, they are at the top of the professions with the highest suicide rates in many countries. So far, however, attention is only given to detecting risk factors with the intention of preventing suicidal behavior. The present research offers a new vision of suicide in physicians, using the model of premise psychotherapy to broaden the existing panorama of the phenomenology of suicide. The model exposes that human behavior is directed based on certain beliefs and premises, which are acquired from the family environment. Consequently, the choice of the profession, in this case medicine, obeys the expression of these constructs of the mental structure. Students show a common pretension; medicine will be the instrument to help others. However, this belief is guided by a higher premise which is the “duty of service”; that is consolidated by the style of education to which the physician is exposed. The degree of loyalty shown by the doctor to this premise will be expressed by the presence of psychological and/or psychiatric symptoms, suicide being one of these possibilities.

El suicidio es un fenómeno cada vez más frecuente en el mundo y es una de las principales causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes. En México, de 1970 al 2007 se ha incrementado el suicidio en un 275% (Borges, Orozco, Benjet, y Elena Medina-Mora, 2010). Sin embargo, el fenómeno suicida ha alcanzado cifras alarmantes en el gremio médico, con tasas que van de 28 a 40 casos por cada 100, 000 habitantes significando el doble de riesgo en comparación con la población general (Mingote Adán, Crespo Hervás, Hernández Álvarez, Navío, y Rodrigo García-Pando, 2013; T'Sarumi, 2018).

Los factores de riesgo más relevantes que confieren mayor vulnerabilidad al individuo de cometer suicidio son: ser del sexo hombre, tener antecedentes de intento suicida previo, el consumir drogas, padecer depresión o trastorno bipolar y tener padres con psicopatología. (Brent, 1995; Brent, Perper, Goldstein, Kolko, Allan, Allman, y Zelenak, 1988; Brent, Perper, Moritz, Allman, Friend, Roth, Schweers, Balach, y Baugher, 1993; Cortés Alfaro, Aguilar Valdés, Suárez Medina, Rodríguez Dávila, y Durán Rivero, 2011; Guibert Reyes y Alonso Roldán, 2001; Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, y Harriss, 2005; Kessler, Borges, y Walters, 1999).

Por otra parte, existen investigaciones con un enfoque biologicista que han intentado identificar marcadores biológicos que puedan ser utilizados para clasificar a personas con mayor riesgo de suicidarse aunque con resultados inconsistentes (Engelberg, 1992; Hawton, Cowen, Owens, Bond, y Elliott, 2018; Kunugi, Takei, Aoki, y Nanko, 1997).

En cuanto al fenómeno suicida en médicos, se ha visto que existe una relación entre estudiar medicina y la presencia de psicopatología, sin embargo, los resultados solo contribuyen a crear estrategias de detección precoz. (Medina, Pérez, y Mejía, 2003; Romo Nava, Tafoya, y Heinze, 2013; Rotenstein, Ramos, Torre, Segal, Peluso, Guille, Sen, y Mata, 2016). Dado que no logran adentrarse al propio proceso de salud-enfermedad mental, limitando la creación de nuevas estrategias de investigación e intervención.

La expresión de trastornos mentales en el gremio médico no solo se limita a los años de formación universitaria, sino que sigue mostrando una frecuencia elevada aún en médicos residentes y graduados. En consecuencia, es de esperarse que la funcionalidad global de éstos profesionales no tenga niveles óptimos, sobre todo si consideramos que la depresión es una importante causa de discapacidad laboral. (Acosta-Fernández, Aguilera-Velasco, Pozos-Radillo, Torres-López, y Parra Osorio, 2017; Derive, Casas Martínez, Vera, Gregorio, Villa, y Contreras, 2018; Romo Nava et al., 2013; Vargas-Terrez, Moheno-Klee, Cortés-Sotres, y Heinze-Martin, 2015).

Ante tal problemática, es prudente empezar a analizar el fenómeno suicida en médicos desde una epistemología sistémica, en particular a nivel de creencias y premisas, con la finalidad de ampliar el panorama actual y favorecer el desarrollo de estrategias de intervención.

2. DESARROLLO

El marco de referencia que tiene el siguiente trabajo de investigación es la epistemología que fundamenta a la psicoterapia de premisas. Este método concibe al proceso mental a partir de tres estructuras: *creencias*, *premisas* y *valores*. Las *creencias* se definen como la manera en que el individuo le da significado a sus experiencias en su interacción con el entorno. En cambio, las *premisas* son una serie de significados que se toman como ideas verdaderas, tienen el objetivo de dar certeza y seguridad a la persona. Finalmente, los *valores* son una condensación de emociones y sentimientos que son el punto de referencia para organizar el comportamiento, además permiten realizar categorizaciones polarizadas (bueno/malo, correcto/incorrecto, etc.) (Caballero, 2014).

Aunque el modelo de psicoterapia de premisas utiliza en su estructura gran parte de la epistemología sistémica, la conceptualización de *creencias* y *premisas* surge en especial de dos teóricos, Niklas Luhmann y Gregory Bateson, quienes integran las conexiones de lo social mediante la teoría

de sistemas a lo individual por medio de los niveles de aprendizaje. (Bateson y Alcalde, 1998; Caballero, 2014; Luhmann, 1998)

De acuerdo a Luhmann, la mente humana se empieza a configurar gracias al sentido de búsqueda propio de la especie y de las expectativas. La expectativa contribuye a estructurar el sentido de realidad del niño porque interviene en el proceso de comunicación, al permitir la traducción y decodificación de la información del entorno social inmediato, creando lo que se denominan *regularidades*. Sin embargo, el entorno social presenta cierto grado de *incertidumbre* porque es un sistema abierto y por ende no es predecible en su totalidad, esta característica vuelve a la expectativa inherente al proceso mental. (Luhmann, 1998)

Empero, existen expectativas que muestran mayor consistencia en el proceso psíquico, son aquellas que involucran al afecto, y son denominadas *pretensiones*. Éstas en el modelo de psicoterapia de premisas son clasificadas como creencias y son las que dan forma a la conducta social de la persona. (Caballero, 2014; Luhmann, 1998)

De manera complementaria, los niveles de aprendizaje de Gregory Bateson contribuyen también a la estructuración y diferenciación de *creencias y premisas*. De acuerdo a Caballero, la creencia apunta hacia un nivel de aprendizaje 2, puesto que respondería a las preguntas: dónde, cuándo, cómo y con quién está permitido expresar determinado comportamiento (aprendizaje de contexto). A diferencia, de la *premisa* que sería un meta nivel (aprendizaje de contexto del contexto) dando una dirección en común y predispuesta a todas las creencias. (Bateson y Alcalde, 1998; Caballero, 2014)

Por lo tanto, las premisas del propio modelo de psicoterapia de premisas: 1) todas las personas contamos con creencias y premisas que construyen nuestra realidad y moldean nuestras conductas, 2) existen creencias y premisas que se asocian a síntomas psicológicos y/o psiquiátricos, 3) las creencias y premisas pueden modificarse si existe la suficiente entropía para un cambio mediante psicoterapia y/o un suceso vital de vida (Caballero, 2014)

Tomando en cuenta la epistemología citada, para conocer las creencias que giran en torno al médico, es necesario conocer qué expectativas tienen los estudiantes que eligen medicina como futura profesión y qué cambios van teniendo al ser expuestos a cierta cantidad de incertidumbre a lo largo de su formación.

Algunas investigaciones se han centrado en conocer que motiva al adolescente en elegir medicina como carrera profesional, los resultados revelan que la creencia fundamental de los futuros galenos es que la medicina será el medio para ayudar a los demás (Flores Meléndez, Góngora Cortés, López Cabrera, y Eraña Rojas, 2019; Gutiérrez-Medina, Cuenca-Gómez, y Álvarez-De Toledo, 2008; Phinder-Puente, Sánchez-Cardel, Romero-Castellanos, Vizcarra-García, y Sánchez-Valdivieso, 2014; Troncoso Pantoja, Garay Lara, y Sanhueza Muñoz, 2016). Otras creencias comunes son: para contribuir a la sociedad, para trabajar con personas y para posicionarse como modelo a seguir para otras personas. (Flores Meléndez et al., 2019).

Sin embargo, autores señalan que los estudiantes de medicina empiezan a experimentar variaciones en sus creencias en el trascurso de la licenciatura. Las creencias iniciales experimentan un declive significativo cuando los estudiantes se encuentran en el último año de la profesión (Gutiérrez-Medina et al., 2008; Toso, Ayala, Brunner, Rodríguez, Hernández, Urquidi, y Mericq, 2012). Toso y colaboradores observaron una reducción del interés por la ciencia y por ayudar a los demás, otros seguían estudiando por presión familiar (Toso et al., 2012). No obstante, a pesar de las variaciones que sufrió el deseo de ayudar a los demás, éste continuó colocándose como la principal pretensión (Gutiérrez-Medina et al., 2008; Toso et al., 2012).

Por otro lado, en un estudio realizado en seis facultades de Latinoamérica, se llegó a la conclusión que el tener padres médicos ofrece mayor certeza en la elección de medicina: el 62% de los estudiantes con padres médicos desde antes de los 16 años ya estaban decididos a estudiar medicina, en comparación al 49% de los estudiantes que tenían otros parientes médicos y el 41% de sujetos que no contaban con parientes médicos. (García, 1970).

En contraste, autores han investigado las motivaciones en otras disciplinas, y los resultados demuestran que las motivaciones son diferentes en comparación con medicina. Las creencias de los estudiantes de periodismo es que su profesión les brindará autonomía y reconocimiento (Alonso, 2010) y la de los futbolistas profesionales es que al dedicarse al balompié les dará la posibilidad de tener un buen salario, reconocimiento y requisición (Reyes, Muñoz, Molano, y Montoya, 2009).

Por lo tanto, una de las premisas que fundamentan la elección de medicina es el “deber de servicio”, empero, de acuerdo a Caballero las premisas se van construyendo desde que el individuo es consciente de su entorno. El despertar de la conciencia se da a partir de los 36 meses de vida, lo que implica que las creencias y premisas estarán cimentadas en su mayoría por las experiencias vividas en el entorno familiar. (Caballero, 2014; Guido, 1996). Desde esta concepción el estudio de García toma otra connotación, al confirmar que el tener padres médicos contribuye en la construcción de determinada estructura mental en los hijos. (García, 1970)

Entonces, la pregunta obligada es ¿cómo se aprende la necesidad de ayudar a los demás? De acuerdo a Álvarez, la ayuda puede entenderse desde varios enfoques: la ayuda como consecuencia de las normas sociales, la ayuda como resultado de un análisis de costes-beneficios y la ayuda como resultado de un proceso de aprendizaje (Álvarez-Valdés y Gordillo, 1996). Sin embargo, todas las posibles opciones pueden llevarse a cabo en el seno familiar: en primera porque es la familia el primer grupo social al que el niño está expuesto, en segunda, porque los costes-beneficios siempre están vigentes en toda interacción, y en tercera, porque el conocimiento empírico es inherente a la mente humana (Luhmann, 1998).

Así pues, el “*deber de servicio*” es posible que constituya una pieza importante del rompecabezas idiosincrático familiar, que incline a la persona a optar por profesiones en las que la premisa encaje con el perfil necesario para pertenecer a la comunidad médica (P. Minuchin, 1985; S. Minuchin, Baker, Rosman, Liebman, Milman, y Todd, 1975; Toso et al., 2012)

El gremio médico ha sido definido como una microcultura que posee códigos, normas y valores, que como cualquier otro contexto influirá en la concepción que tiene el individuo de la realidad. En particular, los hospitales presentan una estructura jerárquica tradicional con el consiguiente establecimiento de relaciones de poder (Consejo y Chapela y Viesca Treviño, 2005; Foucault, Álvarez-Uría, y Varela, 1992). De forma inevitable, el entorno hospitalario ejercerá retroalimentación en el interno de pregrado y en el residente médico, y en casi todos los casos será absorbido por el sistema y terminará por apropiarse de las creencias y premisas intrahospitalarias (adoctrinamiento jerárquico) (Consejo y Chapela y Viesca Treviño, 2005; López y Nuño, 2009; Luhmann, 1998; Selvini Palazzoli, Boscolo, Cechin, y Prata, 1982).

El adoctrinamiento jerárquico se hace evidente en diversas investigaciones que toman como eje de referencia la salud mental de los médicos en formación, al ser el propio par quien ejerce el maltrato la mayoría de las veces (Acosta-Fernández et al., 2017; Consejo y Chapela y Viesca Treviño, 2005; Derive et al., 2018; Vargas-Terrez et al., 2015). Por ejemplo, Derive y colaboradores encontraron en una muestra de 143 residentes que el 73.2% sufrían maltrato psicológico, el 50.2% maltrato académico y el 30.1% maltrato físico. El maltrato era ejercido la mayoría de las veces por el residente de mayor jerarquía (57%), seguro del médico de base (41%) y en tercer lugar por el jefe de servicio (32%). El dato más revelador fue que para la investigación se convocó a todos los residentes del Estado de México y hubo un índice de participación del 8% (Derive et al., 2018).

La sobrevivencia del médico dentro del sistema hospitalario obedece a continuar firme a su premisa fundamental el “*deber de servicio*”, sobre todo al iniciar su internado y su primer año de residencia, dado que la estructura jerárquica hospitalaria, lo coloca en el escalafón más bajo (Martín, María de los Ángeles, y Blanca Elizabeth, 2017). En consecuencia, tiene que servir a todos, ignorando muchas de las veces sus necesidades básicas (el sueño, la alimentación, etc.), el coste de esta decisión se manifiesta con diversos problemas de salud. De modo que, la disciplina médica favorece el endurecimiento de la premisa fundante, la expresión de este proceso se evidencia con la presencia de síntomas psicológicos y psiquiátricos (Martín et al., 2017).

Hasta el momento, no existen investigaciones clínicas que relacionen el fenómeno del suicidio en médicos con sus creencias y premisas. Empero, existen compilaciones de casos de médicos que consumaron el suicidio; en los que se encontró una nota suicida y se entrevistó a sus familiares directos con la intención de conocer que los llevo a la conducta mortal (Myers, 2017; Wible, 2016, 2018).

Aunque estas investigaciones tienen limitaciones propias del tipo de metodología utilizada, la intención de citarlas es remarcar algunas de las creencias que tenían estos médicos, con fines de contribuir a la creación de futuras investigaciones dirigidas intencionalmente hacia las creencias y premisas de los médicos con conductas suicidas (Wible, 2016, 2018).

Tabla 1: Casos de suicidio en médicos, estructurados por nota de suicidio y entrevista con familiares

Caso	Razón del suicidio	Psicopatología	Creencia (C) y premisa (P)
KD	Temor de perder su carrera y ser estigmatizado por recibir atención psiquiátrica	Depresión severa con suicidio	C: La atención psiquiátrica afectará mi historial académico C: La depresión es normal en los estudiantes de medicina C: Primero debo de cumplir con responsabilidades escolares y después preocuparme por mi salud P: Deber de servicio
JM	Desilusión por la profesión médica; al observar la pobre empatía de muchos médicos hacia los enfermos	Depresión severa con suicidio	C: A los médicos realmente no les importan los pacientes C: Los pacientes no reciben la atención que merecen P: Deber de servicio
VU	Acoso hospitalario	Depresión severa con suicidio	C: Sí no sé lo que me preguntan, soy mal médico C: Debo cumplir con todas mis responsabilidades antes de dormir y comer C: Merezco que me maltraten por no hacer las cosas bien P: Deber de servicio
SO	Desilusión por el ejercicio de la profesión; al observar la poca ética hospitalaria.	Depresión severa con suicidio	C: Los pacientes son lo más importante, no importa que me levante de madrugada o regrese antes de mis vacaciones por brindarles atención. C: El hospital debe de ofrecer la mejor atención a todos los pacientes C: El hospital no debe de realizar cirugías solo para sacarle dinero a los pacientes. P: Deber de servicio
AR	Error médico	Depresión severa con suicidio Ansiedad intensa	C: La salud del paciente es mi responsabilidad C: Un buen médico nunca se equivoca P: Deber de servicio

Los casos fueron estructurados de la información obtenida de: (Wible, 2016, 2018)

El común denominador de todos los casos es que estos médicos se viven como un instrumento que tiene una función inflexible determinada (premisa) y que, al no llevarse a cabo de acuerdo a sus creencias, “ya no sirven”. En una encuesta realizada por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) en el año 2000, se encontró que 49.2% de los médicos no tienen médico de cabecera, solo el 47.7% siguen las recomendaciones del médico, 98.4% nunca ha faltado al trabajo por una enfermedad de poca gravedad, el 81.6% se automedica y el 91.3% se considera expuesto a estrés, pero solo el 2.2% ha buscado ayuda. (“Mesa redonda 1. La salud de los médicos. El médico enfermo,” 2003; Myers, 2017).

3. CONCLUSIÓN

Los futuros médicos presentan como creencia fundamental que la medicina será el instrumento para ayudar a los demás. La formación de esta creencia corresponde a las interacciones familiares vividas durante el proceso de infancia. Empero, el estilo de educación a lo largo de la formación contribuye a que muchos médicos y estudiantes tengan riesgo de padecer alteraciones psicológicas y trastornos psiquiátricos.

El papel de la familia en esta desafortunada realidad radica en la formación de determinadas creencias y premisas, que es posible inclinen al estudiante de preparatoria a elegir como carrera la medicina. En especial, porque los adolescentes con padres médicos eligen desde edades más tempranas la profesión y manifiesta mayor seguridad en su elección. El conocimiento de las reglas del juego familiar facilita la adaptación en contextos donde existe una dinámica similar.

Por otra parte, la retroalimentación negativa que ejerce la microcultura médica es innegable, desde la universidad se inicia a dar un valor a cada estudiante, buenos o malos médicos, de acuerdo a su desempeño académico. El reconocimiento se brinda al estudiante que muestra mayor capacidad de renuncia a sus necesidades básicas para dedicarlo al estudio. En consecuencia, se premia la excelencia académica sin tomar en cuenta la salud mental del estudiante, cuando indudablemente influirá en su desempeño como profesional.

No obstante, el nivel de agresión hacia el estudiante aumenta cuando inicia su internado y la residencia médica en vías de buscar una especialidad. La agresión se expresa mediante jornadas laborales de 36 horas, guardias de castigo, maltrato psicológico y físico, entre otras. El mensaje implícito es que solo “debes de servir” premisa que pocos cuestionan porque ya se encuentra integrada en su estructura mental.

En adición, el grupo social cercano al estudiante muchas veces no logra ejercer la suficiente retroalimentación positiva para contribuir a la desacreditación de las creencias, porque el sistema social cuenta con creencias superiores de las implicaciones que tiene el estudio de la medicina. La mayoría de las veces ésta es vista como una profesión difícil y absorbente, simplificada con la frase “los que estudian medicina no tienen vida”, situación que normaliza el desgaste mental, las alteraciones psicológicas y la presencia de trastornos psiquiátricos en estos profesionales.

Sin embargo, el verdadero problema no reside en la forma en que funcionan los hospitales sino en la premisa “*deber de servicio*”. La premisa expone al médico a aceptar sin cuestionar las agresiones que recibe dentro del contexto hospitalario porque es parte de su realidad mental.

La premisa “*deber de servicio*” sufre un proceso de rigidez, mismo que es variable en cada caso, confiriéndole diferentes expresiones clínicas. Esto en referencia, a que los médicos tienen las tasas más altas de suicidio como profesionales, pero no todos se suicidan.

Aunque el término rigidez se empezó a utilizar para definir pautas familiares insolubles que se asociaban a patología mental, en este caso, la rigidez de una premisa se traduce como el grado de lealtad que le tiene una persona a su premisa (no consciente), a pesar de, que le genera sufrimiento.

En particular, la rigidización de la premisa “*deber de servicio*” se traduce en el grado de renuncia de la persona a sus necesidades básicas y psicológicas para el servicio de los demás. Entre mayor sea el grado de rigidez mayor será el riesgo de presentar síntomas psicológicos y/o psiquiátricos.

La rigidez de la premisa “*deber de servicio*” podemos graficarla en tres niveles de menor a mayor severidad: 1) La persona que ayuda por ayudar, 2) La persona que ayuda para ser reconocida, 3) La persona que ayuda para mantener su propia identidad “valgo por lo que doy”.

La identificación de una premisa revela parte de la estructura mental de la persona, y ofrece capacidad predictiva. En el caso de la persona que tiene una premisa “*deber de servicio*” en un estadio 3, se puede entender porque su tendencia a la perfección y el sufrimiento que puede llegar a causarle el vivirse como una carga para los otros. Muchos médicos que consuman el suicidio son brillantes profesionales y muestran rasgos perfeccionistas, y las mayorías de las veces las personas cercanas a ellos no logran encontrar una explicación clara de la conducta.

En conclusión, la calidad de la atención médica mejorará no con mejores programas educativos sino con el reconocimiento de la importancia de la salud mental en todos los profesionales, en especial, de los médicos por el grado de vulnerabilidad que muestran de presentar conductas suicidas. El reconocimiento de la propia humanidad del médico ofrece la posibilidad de que sea sensible a la humanidad de sus pacientes, viviendo su ejercicio profesional no como una necesidad de reconocimiento insatisfecha ni de identidad, sino como parte de su salud mental al disfrutar el ejercicio de su profesión.

El modelo de psicoterapia de premisas permite comprender de forma alterna y complementaria las investigaciones que abordan la conducta suicida en médicos. Además, ofrece la posibilidad de teorizar en una teoría de la mente, al señalar algunas aristas que contribuyen en el entendimiento del proceso salud-enfermedad mental al que estamos expuestos todo el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta-Fernández, M., Aguilera-Velasco, M. d. I. Á., Pozos-Radillo, B. E., Torres-López, T. M., y Parra Osorio, L. (2017). Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Investigación en educación médica*, 6(23), 169-179.
- Alonso, M. Á. P. (2010). Quiero ser periodista: tras las motivaciones de la profesión periodística. *Comunicar: Revista científica iberoamericana de comunicación y educación*(34), 191-200.
- Álvarez-Valdés, M. V. G., y Gordillo, M. V. (1996). *Desarrollo del altruismo en la infancia y la adolescencia: una alternativa al modelo de Kohlberg* (Vol. 118): Ministerio de Educación.
- Bateson, G., y Alcalde, R. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*: Lohlé-Lumen Buenos Aires.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., y Elena Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 13.
- Brent, D. A. (1995). Risk Factors for Adolescent Suicide and Suicidal Behavior: Mental and Substance Abuse Disorders, Family Environmental Factors, and Life Stress. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(s1), 52-63. doi: 10.1111/j.1943-278X.1995.tb00490.x
- Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein, C. E., Kolko, D. J., Allan, M. J., Allman, C. J., y Zelenak, J. P. (1988). Risk Factors for Adolescent Suicide: A Comparison of Adolescent Suicide Victims With Suicidal Inpatients. *JAMA Psychiatry*, 45(6), 581-588. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800300079011
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A. M. Y., Roth, C., Schweers, J. O. Y., Balach, L., y Baugher, M. (1993). Psychiatric Risk Factors for Adolescent Suicide: A Case-Control Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 521-529. doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-199305000-00006>
- Caballero, E. (2014). *Estructura mental de la patología* (Primera ed.): Psicoterapia de Premisas.
- Consejo y Chapela, C., y Viesca Treviño, C. (2005). Ética y poder: formación de residentes e internos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 43(1), 1-3.

- Cortés Alfaro, A., Aguilar Valdés, J., Suárez Medina, R., Rodríguez Dávila, E., y Durán Rivero, J. S. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27, 33-41.
- Derive, S., Casas Martínez, M., Vera, O., Gregorio, T., Villa, A. R., y Contreras, D. (2018). Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Investigación en educación médica*, 7(26), 35-44.
- Engelberg, H. (1992). Low serum cholesterol and suicide. *The Lancet*, 339(8795), 727-729. doi: [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(92\)90609-7](https://doi.org/10.1016/0140-6736(92)90609-7)
- Flores Meléndez, M., Góngora Cortés, J. J., López Cabrera, M. V., y Eraña Rojas, I. E. (2019). ¿Por qué convertirse en médico?: la motivación de los estudiantes para elegir medicina como carrera profesional. *Educación Médica*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.01.002>
- Foucault, M., Álvarez-Uría, F., y Varela, J. (1992). *Microfísica del poder*: La Piqueta.
- García, J. C. (1970). La decisión de estudiar medicina. *Educación médica y Salud*, 277-294.
- Guibert Reyes, W., y Alonso Roldán, A. P. (2001). Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(2), 155-163.
- Guido, M.-V. T. (1996). *Desarrollo infantil*: Trillas.
- Gutiérrez-Medina, S., Cuenca-Gómez, D., y Álvarez-De Toledo, O. (2008). ¿Por qué quiero ser médico? *Educación Médica*, 11, 1-6.
- Hawton, K., Cowen, P., Owens, D., Bond, A., y Elliott, M. (2018). Low Serum Cholesterol and Suicide. *British Journal of Psychiatry*, 162(6), 818-825. doi: 10.1192/bjp.162.6.818
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., y Harriss, L. (2005). Suicide and Attempted Suicide in Bipolar Disorder: A Systematic Review of Risk Factors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(6), 693-704. doi: 10.4088/JCP.v66n0604
- Kessler, R. C., Borges, G., y Walters, E. E. (1999). Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *JAMA Psychiatry*, 56(7), 617-626. doi: 10.1001/archpsyc.56.7.617
- Kunugi, H., Takei, N., Aoki, H., y Nanko, S. (1997). Low serum cholesterol in suicide attempters. *Biological Psychiatry*, 41(2), 196-200. doi: [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(95\)00672-9](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(95)00672-9)
- López, B., y Nuño, B. (2009). Entre el aglutinamiento y la rigidez; estructura familiar de dos generaciones de jóvenes con anorexia o bulimia: Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/ims091i.pdf>.
- Luhmann, N. (1998). *Sistemas sociales: lineamientos para una teoría general* (Vol. 15): Anthropos editorial.
- Martín, A.-F., María de los Ángeles, A.-V., y Blanca Elizabeth, P.-R. (2017). *Determinaciones sociales en el sistema de salud mexicano. Repercusiones y afectaciones en la salud de médicos residentes*.
- Medina, M. E. A., Pérez, R. E. G., y Mejía, D. Z. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 32(4), 341-356.
- Mesa redonda 1. La salud de los médicos. El médico enfermo. (2003). *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 29, 17-28.
- Mingote Adán, J. C., Crespo Hervás, D., Hernández Álvarez, M., Navío, M., y Rodrigo García-Pando, C. (2013). Prevención del suicidio en médicos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 176-204.
- Minuchin, P. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child development*, 289-302.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., y Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Archives of general psychiatry*, 32(8), 1031-1038.

- Myers, M. F. (2017). *Why physicians die by suicide: lessons learned from their families and others who cared*: Michael F. Myers.
- Phinder-Puente, M. E., Sánchez-Cardel, A., Romero-Castellanos, F., Vizcarra-García, J., y Sánchez-Valdivieso, E. A. (2014). Percepción sobre factores estresantes en estudiantes de Medicina de primer semestre, sus padres y sus maestros. *Investigación en educación médica*, 3(11), 139-146.
- Reyes, M. M. V., Muñoz, J. F. A., Molano, J. G. C., y Montoya, J. C. (2009). Factores motivacionales de los futbolistas profesionales, como deportistas y clientes internos en Boyacá, Colombia. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 148-157.
- Romo Nava, F., Tafoya, S. A., y Heinze, G. (2013). Estudio comparativo sobre depresión y los factores asociados en alumnos del primer año de la Facultad de Medicina y del Internado. *Salud mental*, 36(5), 375-379.
- Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., Sen, S., y Mata, D. A. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 316(21), 2214-2236.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cechin, G., y Prata, G. (1982). Paradoja y Contraparadoja: Un nuevo Modelo en la Terapia de la Familia a Transaccion Esquizofrenica. *Buenos Aires: ACE (original book published in 1975)*.
- T'Sarumi, O., Hicks, A., Tanwar, D., Ashraf, A. y Rubin, E. (2018). Physician Suicide: A Silent Epidemic. Literature Review. In C. U. College (Ed.), *Reunion Annual de la American Psychiatric Association (APA)* 2018. Nueva York, Estados Unidos.
- Toso, A., Ayala, M. J., Brunner, V., Rodríguez, J., Hernández, M. I., Urquidi, C., y Mericq, V. (2012). Intereses y perspectiva sobre la carrera de medicina: un contraste entre estudiantes de medicina de primero y séptimo año. *Revista médica de Chile*, 140, 609-615.
- Troncoso Pantoja, C., Garay Lara, B., y Sanhueza Muñoz, P. (2016). Percepción de las motivaciones en el ingreso a una carrera del área de la salud. *Horizonte Médico (Lima)*, 16, 55-61.
- Vargas-Terrez, B. E., Moheno-Klee, V., Cortés-Sotres, J. F., y Heinze-Martin, G. (2015). Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Investigación en educación médica*, 4(16), 229-235.
- Wible, P. (2016). *Physician Suicide Letters: Answered*: Pamela Wible, MD, Publishing.
- Wible, P. (2018). 1103 doctor suicides & 13 reasons why. 2019, from <https://www.idealmedicalcare.org/1103-doctor-suicides-13-reasons-why/>

**Matherhood, feminism and the Systemic Therapy Pioneers:
Relationship and Validity in XXI Century**

Maricel Solodovsky^a

^aEscuela Sistémica Argentina, Universidad de Morón, Equipo de Psicología Sistémica (EPS),
marysky_solo@hotmail.com.

Historia editorial

Recibido: 28-08-2019

Primera revisión: 11-02-2020

Aceptado: 29-01-2020

Palabras clave

maternidad- terapia sistémica
familiar- feminismo- pioneros

Resumen

En el presente artículo se realizará una revisión histórica breve del concepto de mujer = madre. Se tratará de descubrir cómo afecta esto en la vida familiar cotidiana desde la circularidad del poder, la definición de roles y funciones y cómo todo esto influye en las mujeres que desean no ser madres. Se buscará abordar algunos interrogantes que son inherentes a la temática (como el instinto materno) y nuevos conceptos que se hacen presentes como lo son el maternaje y la mapaternidad. En relación al feminismo, se indagará sobre su función, objetivo e influencia en hombres y mujeres en la Argentina. Además, se plantearán algunos de los resultados de un sondeo (inédito) que se realizó en la Argentina en 2019 con mujeres que desean no ser madres. Por último, se analizará la vigencia de los pioneros de la Terapia Sistémica y sus aportes, se buscará encontrar isomorfismos y diferencias entre la época en que surgen los aportes sistémicos y la actualidad en relación a la temática desarrollada más arriba.

Abstract

This article makes a brief historical review of the woman=mother concept. It attempts to unveil how this affects ordinary family life from the perspective of the circularity of power, the definition of roles and functions and how is it that all of these influence women who desire not to be mothers. It approaches some thematic inherent questions (like mother instinct) and new concepts that come to life such as “maternaje” and “mapaternidad”. In relation to feminism, this article inquires its function, objective and influence on men and women in Argentina. Besides, it will develop some of the results of a probing (unedited) made in Argentina in 2019 with women who desire not to be mothers. At last, this article analyzes the Systemic Therapy pioneers’ contributions and validation, it tries to find isomorphism and differences between the periods in which these systemic contributions birth and present days in relation to the previously developed thematic.

Keywords

motherhood- systemic family
therapy- feminism- pioneers

LA MUJER, EL FEMINISMO Y LOS NUEVOS CONCEPTOS LA MUJER EN LA HISTORIA

Para poder comprender el rol de la mujer en las sociedades, la construcción de la maternidad y la sexualidad a lo largo de la historia, Fernández (1993) indaga en los textos antiguos de medicina, teniendo en cuenta que aquí se pone en juego el cuerpo y la concepción de las personas. Los egipcios explican en los textos más antiguos sobre el tratamiento de dolores varios que toda dolencia o malestar no visible en las mujeres se refería a una mala posición del útero, la mujer sufría por aquí. Dichos movimientos se producían por presencia de seres misteriosos que se alojaban en ellas. La solución: excremento de hombre disecado e incienso que era introducido en la vagina de la mujer. La autora, Fernández, plantea que aquí se visualiza claramente cómo el problema es el útero y la solución tiene que ver con un hombre.

Por otro lado, en Grecia, los textos hipocráticos (Hipócrates- 460 a. C.- 365 a. C.) presentan una imagen bastante completa del cuerpo de la mujer de acuerdo a cómo los médicos creían que era, ya que no tocaban a sus pacientes femeninas, ellas describían y ellos interpretaban lo que sucedía. El cuerpo de la mujer era tocado por la partera en contadas ocasiones. Los médicos hipocráticos basándose en la hipótesis de los cuatro humores, lograban explicar la menstruación y consideraban la frecuencia de relaciones sexuales algo sano y necesario para mantener el equilibrio femenino. Con respecto a este último punto, es importante resaltar que para ellos tanto los hombres como las mujeres aportaban por igual en la concepción, postura que veremos más adelante, a diferencia de otros médicos y filósofos. Continuando con la concepción del útero, los hipocráticos lo consideraban el causante de diferentes malestares y que muchos de ellos se generaban a partir de la falta de relaciones sexuales. Esto explica los múltiples embarazos de las mujeres y las uniones con niñas antes de su primera menstruación, buscando evitar malestares varios por no haber dado salida a tiempo a la sangre. Esto es mejor explicado si pensamos en la necesidad de las familias griegas en mantener la economía familiar en orden, de este modo la medicina no sólo está relacionada con el arte de curar sino también con el disciplinamiento de los cuerpos.

Platón (387 a.C.-347 a.C.) mantiene la concepción del útero como receptáculo de todos los malestares femeninos, teorizando, además, que, así como el hombre tiene dos testículos, la mujer posee dos úteros. Es él quien introduce el concepto de “superior” e “inferior” refiriéndose a lo masculino y a lo femenino, explicando que el hombre poseía un alma racional e inmortal alojada en la cabeza, compuesta de dos partes, una de ellas en el pecho, que daba el coraje militar y la otra en el vientre que era el lugar del deseo. Teniendo en cuenta que las mujeres para él se definían por su útero, la mujer de esta manera comienza a ser relacionada con el concepto de “inferior”. Es de resaltar también que en el Mito de los Orígenes explica que las mujeres eran hombres castigados. Tanto él como Aristóteles (384 a. C.- 322 a. C.) refutan la importancia de la mujer en la procreación que le había brindado Hipócrates tiempo atrás.

Más adelante Galeno (129 a. C.- 216 a. C.) plantea que los cuerpos de los hombres son cálidos y secos (lo que los convierte en seres inteligentes y racionales) mientras que los cuerpos de las mujeres son fríos y húmedos (lo que les da la característica de necias); de este modo explica que los genitales femeninos no han podido descender por su frialdad, motivo por el cual estaban mutiladas, siendo éstas imperfectas e inferiores al hombre. La frialdad también explica la existencia de los senos: estaban en el cuerpo para proteger al corazón de la frialdad del cuerpo. Como corolario a su pensamiento considera que la mujer es un hombre invertido, ya que en las disecciones consideró que los genitales femeninos eran iguales que los masculinos sólo que dados vuelta.

En la Edad Media (entre el Siglo V y el XV) la Iglesia logra hegemonizar su poder y unirse a la medicina de la mano de San Agustín y Santo Tomás. Es así como podemos observar una prevalencia de las ideas Platónicas, Aristotélicas y de Galeno. En pocas palabras, el sexo femenino es considerado una réplica imperfecta del prototipo del varón. La sexualidad femenina comienza a ser

considerada demoníaca y tentadora de la castidad de los hombres del clero. El hombre (racional), debe controlar a la mujer (irracional) que se deja llevar por sus impulsos. El matrimonio era funcional a las alianzas entre familias por lo que el matrimonio por amor era considerado un adulterio, por eso una mujer que amara pasionalmente a su marido también podía ser considerada una mujer poseída. Así, la sexualidad se corre del espacio del placer para concebirse en relación exclusiva con los fines procreativos. Lo que luego Freud llamará “histeria”; para esta época era la clara prueba de que la mujer había pactado con el diablo, por este motivo fueron variadas las técnicas para demostrarlo, cuando no, la hoguera era su final. Las mujeres pobres, al estar excluidas del sistema matrimonial muchas veces poseían conductas sexuales inadecuadas para la época y roles que no eran los esperados para ellas: sanadoras, con conocimientos en hierbas y plantas, en resumidas cuentas, eran mujeres portadoras de conocimientos. Es por este motivo que se las persiguió a partir del siglo XIII cuando se comenzó a buscar centrar la educación médica a la universidad. Es en el siglo XVII cuando el discurso médico comienza a denominarlas “enfermas mentales”.

LA MUJER: DE SÚCUBO A MADRE

Fernández (1993) sigue el rastro a los textos médicos, mostrando que durante el Renacimiento, si bien se mantienen las creencias instauradas antaño, hay un lento proceso de laicización de la medicina. Sin embargo, el campo de la obstetricia continúa recluido al rol de las comadronas (persona con títulos legales que asiste a la parturienta). Casi no hay reflexión sobre el cuerpo femenino y las mujeres no forman parte de la población que puede acceder a una visita médica. Esta misma situación se replica en los niños (mujeres=niños=esclavos en la antigüedad). Lo más destacado en este aspecto es la discusión del rol de la mujer en la procreación.

Como vimos anteriormente, en la Edad Media primaba la idea aristotélica de que la mujer era un contenedor de los fluidos del hombre, topándonos de esta manera con lo que la autora denomina, el *isomorfismo de mujer=vaso*. En el 1550 la teoría del doble semen esgrimida por Hipócrates y Galeno explica el motivo por el cual los niños son parecidos a sus madres, lo cual se reafirma en las disecciones por ellos realizadas donde consideran encontrar los órganos masculinos pero invertidos en la mujer. Hasta que en 1650 Harvey descubre que los embriones se desarrollan en un huevo. De este modo se confirma la teoría de que ambos sexos eran importantes y se complementaban mutuamente a la hora de la reproducción. Así, el sexo femenino se valorizó y comenzó el proceso de veneración de la maternidad. Este proceso puede verse claramente en el culto a la Virgen María; se venera entonces a la mujer en tanto posible madre.

Este último proceso da lugar al otro isomorfismo, la de mujer=útero, permitiendo que el mito antes desarrollado en el que todos los males eran atribuidos a un malestar del útero prime. La anteriormente mencionada “histeria”, será el mal de las mujeres solteras ya que la contención del semen femenino es el que daba origen a los malestares físicos, de acuerdo a la teoría de Galeno. Por lo que se afirma la dependencia de las mujeres a los hombres para poder mantener la estabilidad física y emocional. Los médicos en esta época cumplen una segunda función: la de instruir en la moral del matrimonio y la familia, dando nacimiento en el siglo XIX al “médico familiar”.

Durante el Siglo de las Luces (mediados de Siglo XVIII), la mujer se va a caracterizar como frágil, emotiva, dependiente, sexualmente pasiva y predestinada a la maternidad de acuerdo a los movimientos sociales antes descritos. Sin embargo, en paralelo a esta conceptualización, mujeres y niños de los estratos sociales más desposeídos comienzan a ingresar a las fábricas para trabajar extensas horas laborales, en lo que sería la incipiente sociedad industrial.

En la sociedad industrial se ancla la sexualidad a la familia conyugal reproductora; se inicia la persecución de la prostitución y se penaliza la cohabitación prenupcial, el concubinato, los hijos ilegítimos y los infanticidios, acciones que hasta el momento estaban permitidos socialmente.

Los médicos comienzan grandes campañas moralistas para que las madres amamanten a sus hijos, hasta el momento eran las nodrizas quienes ejecutaban esta fundamental tarea. Este último

punto es el que relativiza el mito del instinto materno, ya que las mujeres europeas tardaron más de dos siglos en aceptar su papel como “organizadoras del hogar y la crianza de los niños”.

De este modo la familia se convierte en el lugar de los afectos, se acentúa la virtud del pudor y la obediencia femenina, se posterga el casamiento de las niñas, surgiendo, junto con otros movimientos, la adolescencia. De pronto, los seres humanos se convierten en la principal riqueza de la nación, por lo que es necesario favorecer el nacimiento de niños sanos y asegurar su supervivencia. La educación hace foco en las recientes adolescentes de la mano de médicos, pedagogos y la propia madre, buscando que lleguen vírgenes al matrimonio y preparándolas para ser esposas sumisas. Se evitan ciertos alimentos para ellas no sólo por ser afrodisíacos sino también por ser estimulantes intelectuales. Las mujeres quedan excluidas del ámbito académico, se busca que no despierten su imaginación, para ello se desaconseja la lectura de novelas, el teatro, la música y los bailes. La inocencia de estas niñas estará dada por su ignorancia. Con todo esto se busca que la futura esposa sea fiel y no demandante en el área sexual; la máxima aspiración de éstas será la realización de sus hijos y la mantención de la monogamia; su paga será el don del amor, dejándola relegada al ámbito doméstico. De este modo se llega al último isomorfismo, el de mujer=madre.

En esta época la histeria pasa a ser una enfermedad nerviosa por su fragilidad en el sistema nervioso de la mujer (aunque también será una enfermedad que se le diagnosticará a algunos hombres) y para evitarla será necesario una vida higiénica: renunciar a las comidas pesadas, los bailes, novelas y la ociosidad. Ya no es la continencia sexual el causante del malestar sino los conflictos familiares, las emociones violentas y los amores frustrados.

LA MUJER, EL HOMBRE Y EL PODER EN LA FAMILIA: LA ILUSIÓN COMPARTIDA

Como demuestra lo que se describe y desarrolla a lo largo de los párrafos anteriores, el rol de la mujer y la maternidad en la sociedad fue mutando respondiendo a las diferentes necesidades de las sociedades. Éstas construyen mitos, discursos, prácticas sociales para satisfacer dichas necesidades marcando lo permitido y lo no permitido para la época. La mujer luego de siglos comienza a tener su realización y adultez a través de la maternidad, la esencia de la mujer es ser madre, resumiendo: para ser mujer es necesario ser madre, o como lo explicita Clara Coria (1986, p. 74): “(...) Las alternativas para una mujer serán ser buena o mala madre (...) Pero siempre madre”. De este modo se deberá pensar a la maternidad más como una construcción social que como un fenómeno del orden del instinto, inherente al comportamiento del sexo femenino.

La autora Ana María Fernández (1993) plantea la existencia de tres ilusiones que sostienen el mito de mujer=madre y lo hacen eficaz, ellos son:

- La ilusión de naturalidad: Se concibe como natural que una mujer sea madre, relacionando esta función con algo de índole natural y no social. Se lo considera natural porque la mujer posee un aparato reproductor “privilegiado” e instinto maternal. Con respecto a este último, se dirá que la mujer-madre posee un saber-hacer innato, instintivo que le permite entender mejor que nadie lo que sus hijos necesitan, es una capacidad infalible, que se une a su otra característica, la de incondicional.
- La ilusión de atemporalidad: Plantea que la función materna siempre fue así y lo seguirá siendo. Obtura la posibilidad de pensar en cambios a lo largo de la historia (ya vimos que esto es muy posible que suceda analizando brevemente lo sucedido con la mujer a lo largo del tiempo).
- La relación a menos hijos más mitos: este mito hace referencia a la definición de la mujer a través de la maternidad y solamente a través de ella. Hay que mencionar que en la actualidad estamos presenciando la prolongación de la crianza y los cuidados de los hijos hasta límites sorprendentes, estructurándose con mayor fuerza en algunos casos, la figura de la MADRE: todo lo da, lo puede, se dedica plenamente a sus hijos. Esto significa que a menos hijos más madre que cuida y vele por la vida de los hijos. Esta configuración da lugar a nuevas patologías que muchos terapeutas de niños reciben en su consultorio: niños

sobreprotegidos (con “exceso de amor”), junto con mujeres nerviosas y exhaustas en los consultorios de psicólogos de adultos. Fernández (1993), con respecto a este punto hipotetiza sobre la posibilidad de que esta sobreprotección sea fruto de una función reactiva al no deseo de tener al niño.

Hay que tener en cuenta que al resaltar de manera tan exagerada la función de la madre en la crianza de los hijos hay un rol que se pierde y queda relegado a un costado: el de padre. Todo el peso en la mujer en referencia a los hijos genera todo tipo de sintomatología que se ve muy a menudo en el consultorio: disfunciones sexuales, patologías de embarazos, partos, puerperios, amamantamientos y maternajes junto a la presencia de angustia, estrés, ansiedad, depresión, son entre las más comunes.

Según la autora Clara Coria (1986) otras de las características que afectan fuertemente a la mujer es la división entre el ámbito público y el privado. El primero es reino de los hombres: salen a trabajar y le pagan por ello; se toman decisiones políticas, entre otras actividades, es un ámbito en donde los proyectos trascienden la inmediatez e influyen en numerosos individuos. Aquí se origina, aprehende y se ejerce el poder. En cambio, el ámbito privado es un espacio limitado por el espacio familiar, prima el tiempo inmediato en el cual circulan los afectos esencialmente regido por la crianza de los hijos, donde el trabajo se vuelve invisible. Está de más aclarar que el ámbito público es habitado más usualmente por los hombres y el privado por las mujeres. El hombre sería algo así como el “rey del mundo” y la mujer “la reina del hogar” (como muchas campañas publicitarias lo explicitan). Este posicionamiento y división de acuerdo al sexo, mayormente extendido a través de la Iglesia es considerado natural para evitar la sospecha de autoritarismo social. Siguiendo la línea de lo explicado anteriormente, se puede pensar a esta división como una herramienta utilizada por el patriarcado que es una forma de organización social, política y económica que se basa en la autoridad y liderazgo del varón, en la que se da el predominio de los hombres por sobre las mujeres (Varela, 2013) para continuar reproduciendo su modelo a lo largo del tiempo.

Junto con esto aparece la idea de que la mujer no puede desear nada que sea impropio a su sexo, por lo cual, si una mujer expresa ambición, puede despertar recelo y comportamientos defensivos; mientras que un hombre ambicioso es considerado un individuo que cumple con su destino, logrando llevar adelante proyectos de expansión y buscando el bienestar de la comunidad. De aquí se infiere que si una mujer ve obturada su posibilidad de poseer poder y satisfacer ciertas necesidades, entonces este deseo busca caminos no tradicionales a través de dispositivos no genuinos. La mujer es poderosa en tanto participa de la trama afectiva de su familia, utilizando los mismos elementos que el patriarcado utilizó para inmovilizarla en su jaula dorada: los afectos y los hijos. A esto último la autora Clara Coria (1986) lo denomina el mito del poder oculto de las mujeres, explica que se las considera a las mujeres como poseedoras de un poder de alcances “inconmensurables y de acción devastadora” al tener la posibilidad de manejar a los hijos. En este punto se considera a los hijos como propiedad de las mujeres y pueden llegar a ejercer el poder sobre ellos o a través de ellos, siendo éstos utilizados como medios para influir sobre otros o de obtener a través de ellos la satisfacción de ciertas necesidades personales.

Sin embargo, los hijos no son un equivalente del dinero, ya que el dinero es un objeto poseíble, inespecífico, acumulativo, imperecedero, transferible, ilimitado y está a merced de la voluntad de quien lo posee. Los hijos, muy por el contrario, son específicos, limitados, intransferibles, no acumulativos y con posibilidad de autonomía. Esto hace pensar en la “ilusión” de este supuesto poder que poseen las mujeres. Es que a través de los hijos se satisfacen ciertas ilusiones de poder que poco tienen que ver con el ámbito público (esto es influenciar en la naturaleza y en la cultura). Esta ilusión favorece la reclusión y la dependencia de las mujeres y la expansión del hombre, manteniendo apartadas a las mujeres del ámbito público. Las mujeres creen poseer a los hijos y los hombres se convencen de esto, contribuyendo a darles la ilusión de poder que compensa el hecho de estar excluidas del poder político, económico y social. Es una ilusión compartida. Cabe aclarar que los hombres ante este supuesto poder invisible y devastador de las mujeres se sienten desprotegidos,

desconfiados del mundo interno y siendo poco hábiles en relación al mundo afectivo, sintiéndose a merced de las mujeres en el ámbito privado y muchas veces desarrollando actitudes defensivas y aumentando las inquietudes persecutorias.

En esta lucha de poderes se observa lo que los terapeutas sistémicos denominamos alianzas y coaliciones (Serebrinsky y Rodriguez, 2014). La primera es la unión de dos o más personas de un mismo sistema (en este caso familiar) para un fin común, en cambio las coaliciones consisten en la unión de dos o más miembros de la familia contra los otros excluidos. En ambos hay miembros de la familia segregados, pero sólo en la coalición se observa el daño hacia el otro. Esto último es lo que parece suceder con la mujer y los hijos frente al padre. Sin embargo, no debemos olvidar que estos movimientos sistémicos se dan a raíz de una jerarquía (Serebrinsky y Rodriguez, 2014) no compartida, rígida y sumamente marcada: el hombre fuera de la casa ganando su dinero y haciendo de sus hábitos virtudes y la mujer dentro de la casa, sin una paga fija por su trabajo invisible. Pensado de este modo y teniendo en cuenta que los sistemas vivos necesitan de movimientos dinámicos y flexibilidad, no es sorprendente toparnos con el sentimiento de inutilidad, o indefensión, en palabras de Coria (1986), que sienten los hombres en el mundo privado, los hijos sobreprotegidos y las mujeres nerviosas desbordadas por la ansiedad, la preocupación, la culpa o la depresión.

Por suerte, poco a poco esto está cambiando y cada vez observamos mayor presencia de mujeres en el trabajo, en las universidades y terciarios organizando sus vidas en un proyecto vital no directamente o no solamente relacionado con la maternidad. Sin embargo, muchas veces, aún hoy en día, son consideradas acciones transgresoras, entonces cabe preguntarse: ¿Qué le espera a la mujer que desea no ser madre en este contexto planteado?

Toda esta recopilación histórica cala en lo más profundo de la cultura y por ende en la constitución de los roles favoreciendo la construcción de prejuicios y de estereotipos de género. Entendiendo al prejuicio como la actitud (usualmente negativa) hacia los miembros de algún grupo, que se basa exclusivamente en la pertenencia a dicho grupo y a los estereotipos de género como las creencias referidas a características que supuestamente poseen hombres y mujeres, son para ambos sexos y poseen rasgos positivos y negativos (Baron y Byrne, 2005).

INSTINTO MATERNO Y NUEVOS CONCEPTOS: MATERNAJE Y MAPATERNIDAD

Algo que queda sumamente expuesto luego de lo desarrollado es la creencia social de que el deseo inherente a todas mujeres de ser madres y el tan famoso instinto materno existen. Este concepto es considerado históricamente propio e incuestionable de la mujer. Esto se refleja en el hecho de que muchas de nuestras madres y abuelas nunca se cuestionaron su maternidad por considerar que la misma era un destino, y no una opción. Sin embargo, se conocen casos de mujeres que eligen no ser madres e historias extremas donde abandonan o asesinan a sus hijos, éstos contradicen la noción de universalidad del instinto. Si existiera éste, todas las mujeres sin excepción deberían querer ser madres. Y sabemos que esto no es lo que sucede (Hendel, 2017). Además, si entendemos el deseo de ser madre como algo instintivo, implicaría para las mujeres que no desean serlo, salirse de la normalidad, de lo natural, ser rara o diferente en comparación al resto y pertenecer a una minoría. En cambio, si suplantamos la palabra “instinto” por “amor” maternal, como plantea Elisabeth Badinter (citada por Hendel, 2017), obtenemos la descripción de un sentimiento más y, como tal, nos da la idea de ambivalente, frágil e imperfecto. Es por esto que en la actualidad se habla de “maternaje” definido como “el conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan e integran en la mujer en ocasión de su maternidad.” (Oberman, 2001: 89) lo que nos hace pensar al accionar materno como un concepto social, cultural, histórico y psicológico. Ya que se considera la acción del cuidado del recién nacido en el contexto social en el que están ambos interactuando y aprendiendo uno del otro a comunicarse. Creemos que este planteamiento puede colaborar para dar lugar a una nueva concepción de la mujer: mujer=persona de derecho.

Sumado a esto y relacionado con lo que se viene desarrollando encontramos que, como plantea Drach y Solodovsky (2019) la paternidad, al igual que el concepto de maternidad, es un proceso

sociocultural y subjetivo que se construye social e históricamente y se reproduce al interior de las familias, lo cual implica un conjunto de significaciones, habilidades y comportamientos que se pueden aprender y que varían en el tiempo. La vivencia y el desarrollo de la paternidad (al igual que la maternidad) incluyen necesariamente un sistema de vínculos entre el padre, sus hijos, el cónyuge y otros miembros e instituciones de la sociedad. Los padres necesitan ser incluidos, convocados, respetados y revalorizados como pieza esencial del entramado familiar.

Hoy, en el comienzo del siglo XXI, cuando hablamos de paternidad, hablamos de aquel hombre que no “ayuda”, sino que se ocupa y comparte la crianza, ya que está ejerciendo su paternidad, tal como lo señala Valeria Sabater (2017). Teniendo en cuenta el contexto en el que se desarrolla esta nueva conducta, los hombres aprenden nuevas costumbres, hábitos y actitudes. Es muy frecuente que se sientan raros, diferentes y con cierto temor por no saber cómo será esta nueva etapa. Hablar y compartir lo que sienten ayudará a ir construyendo esta nueva etapa juntos, les permitirá ir formando su propia familia (Drach y Solodovsky, 2019).

La mirada social ejerce presión sobre el hombre que debe ser proveedor del hogar, desde una perspectiva económica, no teniendo en cuenta la importancia del vínculo papá-bebé y papá-bebé-mamá. Es por eso que la aparición del concepto mapaternidad (o materpater) colabora a valorizar el rol del varón en la vida cotidiana del hogar y ubicar en un lugar mucho más realista a la mujer, equilibrando el poder para cada uno de los roles.

FEMINISMO

El feminismo es un movimiento político y social que implica la toma de conciencia de las mujeres como colectivo, de la opresión, dominación y explotación de la que han sido y son objeto por parte del colectivo de varones, en el seno del patriarcado (Varela, 2013). Esto lleva a la acción para liberarse de esta dominación, “trabajando día a día para conseguir que los seres humanos sean lo que quieran ser y vivan como quieran vivir, sin un destino marcado por el sexo con el que hayan nacido.” (Varela, 2013)

Este movimiento no sólo busca favorecer a las mujeres, sino que también, como se deduce de la explicación de Varela, busca que los hombres tengan acceso a cuestiones que antes estaban más relegadas a las mujeres como expresar sus emociones, tener licencia por paternidad, elegir con libertad su profesión o hobby sin ser calificados por ello de “raros”, poder hacer una denuncia por violencia sin ser foco de burlas, entre otras cuestiones. Éste es el modo por el cual se considera que se llegará a un real equilibrio entre los sexos.

Una de las palabras que se popularizó en este tiempo es el de “deconstrucción”. Éste concepto, proveniente de la filosofía, traducido por Derrida de un texto de Heidegger, hace referencia a la des-sedimentación de conceptos y discursos (en este caso, puntualmente filosófico, pero se podría aplicar a los conceptos sociales). Si entendemos los conceptos como partículas que circulan en el devenir social, podemos entender que pronto estas partículas precipitarán hacia el fondo del tejido social, solidificándose, y comenzaran a ser cuestiones naturalizadas, normalizadas, no cuestionadas y estáticas. Entonces, en este punto es donde la deconstrucción hace su aparición retomando estas partículas para “des-sedimentarlas”, para que recuperen su pluri-significado y su poder crítico. Este proceso no es una acción determinada que se da en un momento dado, sino un proceso que viene a modificar y a abrir la posibilidad a nuevos discursos. De esto se desprende que en muchas ocasiones se hace un mal uso de este concepto. Una persona que ejerce la deconstrucción, puede ver a qué estereotipos o ideas socialmente aceptadas y naturalizadas corresponden sus pensamientos y acciones en relación a diferentes temas, en este caso, podríamos hablar de ejercicio de roles y decidir qué hacer con eso de manera consciente.

Es relevante mostrar que esto sólo puede ser logrado si esta postura comienza ejerciéndose desde las casas, ya que, si bien es un movimiento social, la familia es la primera organización social que habitamos y donde se deben mostrar los cambios en relación a esto si queremos un futuro con los sexos en un estado más equitativo.

En relación a nuestra función de terapeutas y luego de todo lo visto anteriormente cabría preguntarnos entonces ¿Cuánta relación encontramos entre estas definiciones y los prejuicios a lo largo del tiempo con cada uno de los sexos?, ¿Cómo sesga esto nuestra mirada y nuestro modo de abordaje?

RESULTADOS DEL SONDEO (2019)

En un trabajo inédito (D'Ovidio, Solodovsky, 2019) nos propusimos entrevistar a 10 mujeres de Buenos Aires, mayores de 18 años que hayan decidido no ser madres. El estudio fue de tipo observacional-descriptivo y la entrevista fue semi-estructurada. A continuación, adelantaré algunos de nuestros hallazgos sobre la temática.

Nuestras entrevistadas, que definieron su decisión entre los 21 y los 27 años, poseen motivos variados por los cuales no ser madres, aunque coinciden en muchos aspectos: la idea de que la maternidad es una responsabilidad constante que consume tiempo y dinero dificultando su disfrute en otros aspectos y ámbitos como viajar, estudiar, tener una carrera profesional, cumplir sueños y hacer uso de la libertad personal; ya que consideran a un hijo como una atadura que les quitaría esta posibilidad (respuestas que coinciden con las respuestas planteadas en el trabajo de Barimboim, Bonelli y Calero, 2013). Así mismo, pero en menor medida, aparece el temor a los peligros sociales (como el sufrimiento, la estigmatización, la discriminación y la pobreza), preocupaciones en relación al cuerpo y su estado durante el embarazo, la posibilidad de transmitir algún conflicto de tipo emocional al niño.

Todas manifiestan haberlo hablado con alguien, la madre fue la persona más mencionada a la hora de expresar esta decisión. Estas referentes, en general, les expresaron a sus hijas que con el tiempo iban a cambiar de opinión por lo cual sus hijas consideran que no las toman en serio.

En segundo lugar, a la hora de hablar del tema, se encuentran las parejas de estas mujeres que en su totalidad expresaron no querer ser padres por lo menos, en el corto plazo (en parejas heterosexuales).

Las mujeres entrevistadas expresan no haber perdido ningún tipo de vínculo afectivo en relación a su decisión. Creemos que esto está relacionado con el concepto de complementariedad rígida (Watzlawick, 1985), ya que frente a la insistencia del entorno en que pronto cambiarán de opinión y las mujeres pensar que no lo harán, afloran sentimientos de enojo, incomprensión y angustia al sentir que su punto de vista no es aceptado y que la perspectiva de ese otro significativo se mantiene firme en “ya vas a cambiar de opinión”. Relacionado a esto, encontramos que estas mujeres necesitan que su entorno significativo valide la definición que dan ellas de su self (es decir “no quiero ser madre”), más allá de lo que ellos puedan pensar de lo que sucederá a futuro. La solución a esta dificultad parece sencilla, aunque implica que el entorno deponga sus ideas y prejuizgos sobre esta temática.

A pesar de la firmeza de su decisión, algunas mujeres manifestaron que, ante la reacción de su entorno, llegaron a pensar que no servían o qué dificultades de pareja podrían tener en caso de que la otra persona quisiera tener hijos a futuro. Sin embargo, afianzaron su deseo pensando “esta es mi decisión”, “es la correcta”, “no voy a cambiar de opinión”, “soy libre de decidir” lo que también implicó la posibilidad de cambiar de opinión si eso responde al propio deseo. Al expresar su decisión y ser apoyadas y comprendidas reafirmaron lo decidido, fomentándose en algunas de ellas el autoconocimiento y la seguridad en sí mismas.

Estas mujeres han podido percibir la presencia de mandatos familiares explícitos e implícitos que hacen al rol y la función de la mujer en la familia, donde predomina y se actualiza el isomorfismo de mujer=madre. Lo han podido percibir en la concepción de mujer que tiene cada una de las familias (manifestando que es una manera de estar en el mundo para algunos grupos de su familia extensa); reacción del entorno (mayormente las madres, como dijimos antes) donde no se las valida ni acompaña en la decisión, sino que predomina el recelo y la resistencia a creer que esta opinión perdurará en el tiempo. Generando angustia e inestabilidad (manifestada por la duda) en algunas entrevistadas al poner en cuestionamiento algunas creencias nucleares que ellas poseen en el centro

de su identidad.

Algo llamativo fue una palabra mencionada con cierta frecuencia “egoísmo”, palabra que utiliza el entorno de estas mujeres para calificar su decisión y de la que se auto-inculpan las entrevistadas al hablar de su decisión de no tener hijos, como también haciendo referencia a las mujeres.

Otros de los interrogantes devienen del posible efecto paradójico que se podría producir si el entorno dejara de insistirles a estas mujeres sobre el posible cambio de opinión en referencia al tema: hemos notado que a mayor presión del entorno mayor afianzamiento en la decisión, ¿qué sucedería si el entorno aceptara esta decisión desde el primer momento sin ningún tipo de señalamiento o comentario al respecto? ¿Habría cambio a futuro en referencia a la decisión sobre la maternidad?

LA IDEA DE FAMILIA, LOS PIONEROS Y LA ACTUALIDAD

LA DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE FAMILIA

Para poder estudiar o abordar un objeto o situación siempre es preferible, de ante mano, definirlo y tomar una postura sobre el mismo para realizar la tarea de mejor manera (aunque como han demostrado los Pioneros esto puede darse al revés, o sea, entrar en contacto con el objeto a conocer y luego poder definirlo). Por esto es que se recopila a continuación diferentes definiciones del concepto familia.

Según el diccionario online de la R.A.E. familia es:

1. f. Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas.
2. f. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.
3. f. Hijos o descendencia. Está casado, pero no tiene familia.
4. f. Conjunto de personas que comparten alguna condición, opinión o tendencia. Toda la familia universitaria está de enhorabuena.
5. f. Conjunto de objetos que presentan características comunes que lo diferencian de otros. La familia de los instrumentos de cuerda.
6. f. Cuerpo de una orden o de una comunidad religiosa. La familia carmelita.
7. f. coloq. Grupo de personas relacionadas por amistad o trato.
8. f. Biol. Taxón constituido por varios géneros naturales que poseen gran número de caracteres comunes. La familia de las rosáceas.
9. f. Chile. Enjambre de abejas.
10. f. p. us. Conjunto de criados de alguien, aunque no vivan dentro de su casa.

La R.A.E. nos trae definiciones socialmente aceptadas y culturalmente construidas, al ser la familia nuestro objeto de estudio y de observación es importante hacer un recorrido por definiciones más técnicas.

Desde el MRI, Watzlawick citando a Hall y Fagen propone que la familia se comporta como un sistema, definiendo a éste como:

Un conjunto de objetos, así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos. En el que los objetos son los componentes o partes del sistema y los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones “mantienen unidos al sistema”. Los “objetos” pueden ser seres humanos y sus atributos son sus conductas comunicacionales (1986, p. 117).

Siguiendo esta línea, para Nardone, desde la Escuela Estratégica, nos define a la familia como un “Sistema de relaciones fundamentalmente afectivas, presente en todas las culturas, en el que el ser humano permanece largo tiempo, y no es un tiempo cualquiera de su vida, sino el formado por sus fases evolutivas cruciales” (2005, p.05). Es un sistema gobernado por reglas, en el interior del cual los miembros tienden a comportarse de forma organizada y repetitiva.

Por otro lado, Ceberio (2015) expresa que la familia es la célula fundante de la sociedad, a través de ella se enseñan y reproducen pautas socioculturales, reglas familiares, códigos comunicacionales, creencias, significados, funciones, escala de valores que luego favorecen el desarrollo

individual y que se verán reproducidos en otras instituciones en mayor o menor medida a lo largo de la vida de la persona.

Finalmente, desde la Terapia Estructural, Minuchin, define a la familia como:

Una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales. Este aspecto común de las situaciones de la familia fue expresado en forma ilustrativa por Giovanni Guareschi:

¿Por qué hablo tanto acerca de mí, de Margherita, de Albertino y de la Pasionaria? En verdad, en nosotros no hay nada “excepcional”: Margherita no es una mujer “poco común”, ni tampoco Albertino y la Pasionaria son niños “extraordinarios”. Existen cien variedades diferentes de la uva, de la blanca a la negra, de la dulce a la amarga, de la pequeña a la grande. Pero si se le extrae el jugo a cien racimos de uva de variedades diferentes, lo que se obtiene es siempre jugo de uva. Si se exprimen uvas, nunca se obtiene nafta, leche o limonada. Y lo que importa es el jugo, en todas las cosas. Y el jugo de mi familia es el mismo que el jugo de millones de familias “ordinarias”, puesto que los problemas básicos de mi familia son los mismos que los de millones de familias: se originan en una situación familiar basada en la necesidad de adherir a los principios que constituyen la base de todos los hogares “corrientes”. (Minuchin, 1974, p. 39)

En esta cita cabe preguntarse a qué se refiere Minuchin con hogares “corrientes” y si hace referencia al ciclo vital de la familia cuando menciona que la familia debe enfrentar diferentes tareas para su desarrollo. Es posible preguntarse si este autor considera a los novios/pareja/esposos como una familia constituida.

Relaciones entre objetos y sus atributos, afecto, cultura, comportamiento repetitivo, momento crucial de la vida, reproducción de pautas sociales. Todo esto es, según los autores mencionados los aspectos que definen a la familia como tal sin tener en cuenta la cantidad, sino la calidad de sus relaciones. Entonces, ¿Por qué nosotros, terapeutas familiares, seguimos pensando en la familia como un lugar de más de dos personas? ¿Cómo afecta nuestra mirada del mundo la construcción social de lo que es la familia a la hora de abordar diferentes configuraciones familiares?

LOS PIONEROS Y LA MIRADA DEL TERAPEUTA SOBRE EL SISTEMA FAMILIAR

Para continuar reflexionando y relacionando lo visto antes, desde la Terapia Narrativa, White y Epston (1993) plantean que el significado que los miembros de una familia atribuyen a los acontecimientos es lo que determina su comportamiento, por lo que él se ocupa de observar cómo las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados, lo que contribuye al sostenimiento de los problemas. Sostienen:

En su esfuerzo por dar un sentido a su vida, las personas se enfrentan con la tarea de organizar su experiencia de los acontecimientos en secuencias temporales, a fin de obtener un relato coherente de sí mismas y del mundo que las rodea. (...) Se puede decir que esta narración es un relato, o un autonarración. El éxito de esta narración de la experiencia da a las personas un sentido de continuidad y significado en sus vidas, y se apoyan en ella para ordenar la cotidianidad e interpretar las experiencias posteriores. (White y Epston, 1993, p.27)

Para explicar esto, recurren a Bruner, quien explica la importancia de los relatos dominantes como generadores de acciones concretas. Observan que la interpretación de los relatos no sólo permite comprender el mundo, sino que produce efectos reales. En todo momento histórico, hay un relato dominante que organiza las experiencias vividas, permite dar significado a nuestras vidas y nos dice cómo comportarnos.

En el proceso de la construcción de una narración, solemos dar preponderancia a los hechos que encajan con el relato dominante que nosotros y los demás estructuramos acerca de nosotros mismos, y dejamos de lado los que no lo hacen. Teniendo esto en cuenta:

Si aceptamos que las personas organizan su experiencia y le dan sentido por medio del relato, y que en la cons-

trucción de estos relatos expresan aspectos escogidos de su experiencia vivida, se deduce que estos relatos son constitutivos: modelan la vida y las relaciones. (White y Epston, 1993, p. 29).

Podemos decir entonces, que cuando una persona considera problemática una situación, esto tiene que ver con que se la relaciona con relatos que otros tienen de ella y de sus relaciones, por lo que estos relatos se vuelven dominantes en la medida en que no dejan lugar suficiente para los relatos preferidos por la misma persona. O que puede suceder que una persona participe y se haga cargo de relatos que encuentra inútiles y cerrados, o que estos relatos se contradicen con la experiencia vivida de la persona, o con aspectos importantes para la misma.

Entonces será un trabajo importante (los autores lo relacionan con el objetivo terapéutico) la construcción de relatos alternativos que le permitan a la persona construir o percibir nuevos significados, que aporten a la persona nuevas posibilidades más satisfactorias y deseadas por ella.

El mito planteado de mujer=madre podríamos leerlo como un relato dominante, una mujer que decide no ser madre es una “excepción a la regla”. Y que el cuestionamiento familiar relacionado con esa decisión, o a veces tan solo con una duda que cuestiona la universalidad de esa idea, las mujeres se encuentran interpeladas de diferentes maneras por sus vínculos más cercanos, reflejándose en sus interacciones y relaciones.

A su vez, la auto-narración por ellas mismas creada implica una identidad que no se define por ser madre, y (en casi todas ellas) sí se define por estudiar y realizarse profesionalmente. Ellas dan sentido a sus vidas mediante narraciones de ellas mismas que implican una multiplicidad de metas y objetivos, que consideran que pueden ser postergados, obstaculizados o impedidos si eligen ser madres. Teniendo en cuenta que la auto narración se basa en experiencias propias y nos permite explicar experiencias posteriores, podemos pensar que en los auto relatos de las demás mujeres en las familias de las entrevistadas se encuentra el ejercicio de la propia maternidad, con lo cual es lógico que no puedan comprender o dar importancia a un relato que no es similar al de todas ellas, que podrán tener diferencias, pero tienen la maternidad en común.

Por otra parte, teniendo en cuenta lo que los autores antes mencionados toman de Foucault, podemos decir que todas las personas estamos sujetas a “verdades” normalizadoras que modelan nuestra vida y nuestras relaciones. Estas “verdades”, a su vez, se producen en el funcionamiento del poder, ya que son ideas construidas que son normalizadoras, en tanto construyen normas o reglas en relación a las cuales se motiva a las personas a construir y moldear sus vidas. Este poder del que habla Foucault, dicen White y Epston (1993), contribuye a la propagación de conocimientos “globales” y “unitarios”. Son conocimientos que pretenden instalar verdades unitarias y globales, pretendidos como “conocimientos objetivos”, a través de las cuales somos “juzgados, condenados, clasificados, determinados en nuestras decisiones, destinados a un cierto modo de vivir y de morir, en función de los verdaderos discursos que son los agentes de los efectos específicos de poder (White y Epston, 1993).

Como consecuencia del sistema de poder al que llamamos patriarcado, se reproducen ideas que sustentan la relación inseparable entre mujer y maternidad, como algo relacionado a lo natural, por lo tanto, determinante y sin cuestionamientos. De esta manera se pretendió y se pretende dominar los cuerpos, la sexualidad y la reproducción de las mujeres. Así, podemos entender, por ejemplo, la persecución y criminalización que han sufrido las primeras mujeres que empezaron a querer hacer extensivo el uso de métodos anticonceptivos.

Desde el M.R.I., Haley (1973) aclara de manera brillante y explícita en su libro *Terapia no convencional*, que frente al estudio de los sistemas familiares se encuentra con lo que él llama un “problema adicional” que son los avances rápidos de los cambios culturales y aparición de nuevas formas de familia, lo que deja desactualizada la teoría que él plantea en dicho texto. A su vez, menciona la necesidad de que el terapeuta desarrolle la tolerancia a las diferentes formas de vivir que presentan los pacientes, siendo que el objetivo de la terapia no es adaptar al sujeto a su familia o a la sociedad frente a lo que se perdería de vista la libertad y el crecimiento del individuo.

Cabe destacar que este autor menciona siempre familias constituidas por parejas heterosexuales, lo cual nos presenta un sesgo ante la situación actual de la familia. A su vez, compara al animal y al ser humano con visión claramente “varoncéntrica”:

La especie humana, compleja en sus posibilidades, puede seguir cualquiera de los hábitos de apareamiento de los demás animales. Algunos hombres pueden copular con cualquier mujer que se le presente, cuanto más anónima mejor. Los hombres también pueden tener asuntos clandestinos, encontrarse con una mujer específica solo en ocasiones sexuales y no verla nunca en otros momentos [...] Lo más habitual es que los hombres elijan una única pareja para toda la vida y estén constantemente con ella; al menos este es el mito de la monogamia en la clase media norteamericana, que constituye el foco de nuestro análisis (Haley, 1973, p. 27).

También menciona que el ser humano posee metas claras y concisas: ponerse en pareja, tener hijos, formar familia. Algo que en la actualidad estaría comenzando a variar más notoriamente que antes, como lo vimos previamente. Y explica que los síntomas aparecen cuando el ciclo de vida de una familia o grupo natural se disloca o interrumpe. Es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital. ¿Qué sucede en el caso de las mujeres que desean no ser madres? ¿Es la angustia que expresan, un síntoma de la falta de adaptación a lo esperado o a no continuar con el ciclo vital? Frente a este punto cabe reflexionar sobre qué sucede con las parejas DINKS (*Double Income No Kids*), las mujeres solteras por elección, las mujeres que han decidido no ser madres y por ende no continuar el desenlace del ciclo vital planteado.

Así como se explicitan estas cuestiones a la luz de los avances del feminismo hoy, cabe destacar que el texto mencionado de Haley data de 1973, siendo un trabajo de 20 años junto a Erickson, lo que nos da pauta de que el trabajo se desarrolló en las décadas del ‘50 y el ‘60 y que el texto más fuerte del movimiento feminista es de 1949, este texto es “El segundo sexo” de Simón de Beauvoir. Lo que explicaría de algún modo el sesgo del autor a la hora de desarrollar algunos de los conceptos y planteos teóricos, aunque, como se dijo al principio, nunca dejó de lado el contexto en el que se desarrolla la familia y la cultura que la envuelve.

Por otro lado, como todo terapeuta sistémico sabe, y Nardone lo hace explícito en su libro, al mencionar que “la pérdida de flexibilidad es siempre dañina” (2005, p. 46), la rigidez, ya sea en pautas comunicacionales, como en los roles, genera patologías varias en el vínculo y por ende en el sistema familiar, entonces ¿los roles definidos por el sexo, podrían ser considerados un modo de rigidez? Si ese fuese el caso, ¿si se flexibilizan las tareas, haciéndolas intercambiables entre hombres y mujeres, podría llegarse a un estado de mayor bienestar para ambos sexos? Creo que la respuesta a este interrogante no vamos a tenerlo hasta que no tengamos acceso a experiencias cercanas donde esto se dé con naturalidad.

LA TERAPIA FAMILIAR Y EL FEMINISMO

En relación a todo esto que estamos abordando y preguntándonos, las autoras de *Terapia Familiar Feminista* (Goodrich, Rampage, Ellan, y Halstead, 1988) explicitan que lo que se define como la familia “normal” está basado en estereotipos de los roles de género. Y que muchas de las organizaciones familiares que se consideran “alternativas” son mayores que las “normales” (¿o “corrientes” al decir de Minuchin?), con alternativas se refieren a las familias de un solo progenitor, homoparentales, etc.

En referencia al interrogante planteado al final del apartado anterior, manifiestan que lo que se define como roles en terapia sistémica muchas veces están relacionados con los roles adjudicados por la cultura y la sociedad a los miembros de ella de acuerdo a su sexo o a su género (en el mejor de los casos).

Como individuos que habitamos una sociedad y vivimos inmersos en una cultura sabemos que, muchas veces, hacer cosas que supuestamente le corresponde al otro sexo es ir contra la naturaleza. Es por esto que es perjudicial para la familia, ya que esta estricta delimitación oprime, limita

deseos, expectativas, conductas y desarrollo de los individuos.

Goodrich, Rampage, Ellan, y Halstead (1988) también llaman la atención sobre cómo al estar la madre relacionada con los cuidados y el hombre con el trabajo, esta delimitación excluye al hombre de la vida cotidiana familiar, como vimos que menciona Coria en párrafos anteriores. Esto también produce que la mujer siempre se encuentre en desigualdad de condiciones porque no tiene poder ni recursos para igualarse al marido en cuanto a influencia que puede ejercer en lo que sucede en la vida familiar y del entorno en el que vive (la mujer suele encontrarse en múltiples tareas mientras que el hombre usualmente se ocupa de salir a trabajar, por ejemplo).

En relación a esto, Goodrich et al. (1988) proponen buscar conexión y mantenimiento en la pareja, no solo la independencia de cada uno de los cónyuges, sino también que las buenas relaciones se caractericen por la mutualidad, reciprocidad e interdependencia y no por la rigidez en los roles y la diferencia. Proponen una estructura familiar democrática, sensible y consensual; donde predomine la búsqueda de igual conexión y autonomía; y capacidad e influencia propias para lograr el bienestar de los demás, del mismo modo que se hace para lograr el propio, evitando la circulación del poder. Ya que este último es el que favorece la rigidización de los roles y la existencia de asimetrías en la dinámica familiar.

Cómo ya se mencionó antes, la familia es el primer lugar donde estas cuestiones toman forma y se reproducen, por esto es sumamente importante tomar noción de los propios valores con respecto al género y analizar los estereotipos sexistas, hacer explícitas las cuestiones relativas al género que como personas y terapeuta poseemos.

A la hora de llevarlo al trabajo en un sistema familiar es fundamental hacerlo explícito en el momento adecuado, teniendo previamente una relación confiable y respetuosa con cada uno de los miembros de dicha familia.

Goodrich, et al. (1988) proponen múltiples preguntas para pensar como terapeuta al realizar las hipótesis de trabajo y junto a la familia misma, entre las que destaco las siguientes:

- ¿Cómo afectan los estereotipos de los géneros en la distribución del poder, del trabajo y las recompensas en la familia?
- ¿Qué piensan los miembros de la familia sobre el trabajo del hombre y de la mujer? ¿Qué hace que el trabajo esté distribuido de determinada manera e impida que se distribuya de cualquier otra forma?
- ¿Qué piensan los miembros de la familia sobre el poder propio del hombre y mujer que hace que el poder esté distribuido de determinada manera e impida que se distribuya de cualquier otra forma?
- ¿Qué soluciones han estado vedadas a la familia debido a su aceptación acrítica de los valores sexistas?

COMENTARIO FINAL

Como se puede percibir en este artículo, el pasado está latente en nuestro presente, lejos de ser un trampolín para el cambio, éste nos sesga la mirada y limita nuestro accionar en referencia a las conceptualizaciones de mujer y de madre, dejando de lado funciones y roles de lado e invisibilizados, como el de padre. Es por esto que, para que el pasado se convierta en ese trampolín para el cambio, creo fundamental la posibilidad de visibilizar para luego deconstruir y revisar teorías, estructuras y modos de pensamiento (propios primero y ajenos después) que limitan nuestro modo de abordaje en la terapia familiar y que tanto daño que le hacen a la estructura familiar que tenemos delante.

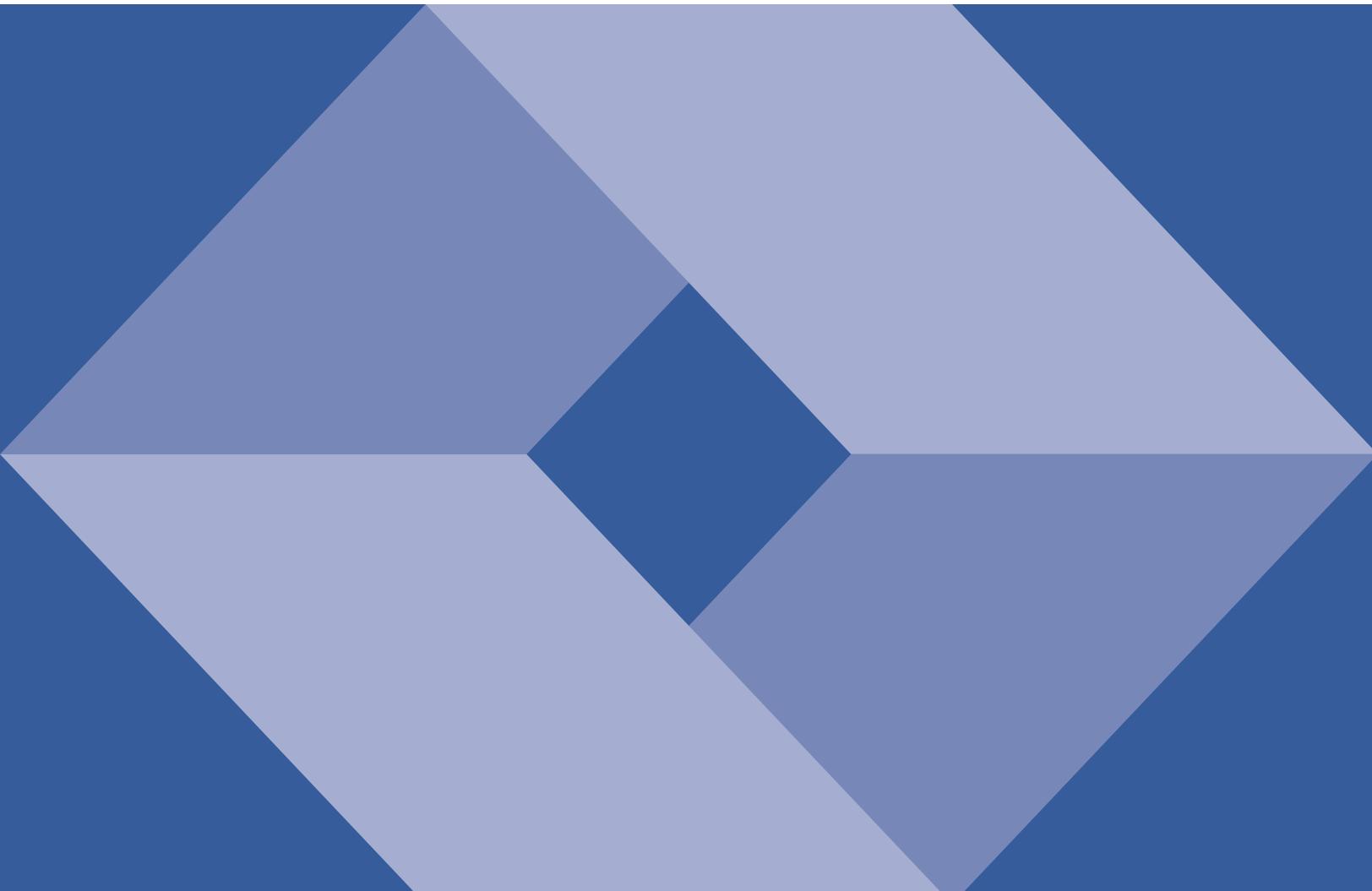
Somos seres sumamente complejos que ocupamos muchos roles a lo largo de nuestro día, sin contar los múltiples roles que ocupamos a lo largo de toda nuestra vida en el seno familiar y social; es por esto que reflexionar sobre éstos, cuando tenemos la oportunidad, nos produce esa sensación

de inestabilidad, incertidumbre y crisis a la que muchas veces luego sobreviene la sensación de un nuevo equilibrio, un nuevo aprendizaje. Poder exponernos a esto nos permite continuar creciendo, continuar experimentando nuevas conductas, valores y sentimientos que antes no poseíamos. El objetivo de este trabajo es ese, no sólo desarrollar desde lo teórico algunas cuestiones referidas a nuevos estilos de vida y al rol de la mujer en la familia y en la sociedad, sino también movilizar nuestras estructuras, sentimientos y prejuicios para lograr encontrar una nueva mirada sobre nosotros mismos y el mundo en el que vivimos. No solo para enriquecernos a nosotros mismos sino también para mejorar como terapeutas individuales y familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barimboim, D., Bonelli, A. y Calero, A. (2013). El lugar del hijo en la sociedad posmoderna: parejas “dinks”. *Revista Borrromeo*, 4, 27-45.
- Baron, R. A., Byrne, D. (2005). Prejuicio: Causas, efectos y formas de contrarrestarlo. En A. Baron y D. Byrne, *Psicología Social*. Madrid, Pearson.
- Ceberio, M. (2015). *Guía para padres de adolescentes, cómo las hormonas y los neurotransmisores revolucionan a nuestros hijos*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones B.
- Coria, C. (1986). *El sexo oculto del dinero, formas de la dependencia femenina*. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editor Latinoamericano
- D’Ovidio, D., Solodovsky, M. (2019, inédito), *Mujeres no madres: Experiencias y dificultades de mujeres que han decidido* (Trabajo monográfico final inédito) Escuela Sistémica Argentina, Argentina.
- Drach, C. y Solodovsky, M. (2019). *La mapaternidad en el siglo XXI*. En libro en edición. Familia. (2019). Diccionario de la lengua española. Recuperado de <https://dle.rae.es/>
- Fernández, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión, pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Goodrich, T. J., Rampage, C., Ellan, B. y Halstead (1988). *Terapia Familiar Feminista*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Haley, J. (1973), *Terapia no convencional*, versión digital.
- Hendel L. (2017) *Violencia de género. Las mentiras del patriarcado*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*, México: Gedisa.
- Nardone, G., Giannotti, E. y Rocchi, R. (2005). *Modelos de familia, Conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. España: Herder.
- Oberman, A. (2001). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. *Psicodebate*, 1, 87-91.
- Sabater, V. (2017). *El papá que cuida al bebé no «ayuda», ejerce la paternidad*. Recuperado de <https://lamenteesmaravillosa.com/papa-cuida-al-bebe-ejerce-paternidad/>
- Serebrinsky, H. y Rodriguez, S. (2014). *Diagnóstico sistémico, el diagnóstico de los sistemas humanos*. Buenos Aires, Argentina: Psicolibro Ediciones.
- Varela, N. (2013). *Feminismo para principiantes*. Barcelona, España: Ediciones B.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. y Jackson D. D. (1985). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona, España: Editorial Herder.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.

Intervención



Psychological intervention for the relatives of terminally ill patients: a case study

Alberto Royo^a y Bernat Carrera^a

^aEquipo de Atención Psicosocial (EAPS), Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España. * Correo electrónico: a.royo@pssjd.org

Historia editorial

Recibido: 15-06-2019

Primera revisión: 05-12-2019

Aceptado: 12-12-2019

Palabras clave

flexibilidad terapéutica, cuidados paliativos, cuidador primario, estudio de caso

Resumen

Se presenta el caso clínico de una paciente con múltiples afecciones médicas y en una situación de sobrecarga como cuidadora primaria de su padre con una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en seguimiento por el equipo de Cuidados Paliativos. Se realizó una evaluación que situó el foco de la intervención en el afrontamiento de múltiples estresores en los últimos meses. Se presenta el proceso terapéutico completo en el contexto de un hospital público en España, con la adecuación pertinente del terapeuta a los recursos sanitarios y el momento vital de la paciente. El enfoque terapéutico de base es la Terapia Familiar Sistémica, mientras que las distintas intervenciones combinan técnicas de Terapia breve estratégica, Terapia narrativa, ejercicios psicodramáticos y técnicas conductuales. Los resultados muestran una mejoría importante en los aspectos clínicos en que se puso el foco: la adaptación a las enfermedades, la sintomatología depresiva y su posicionamiento en su familia de origen. La terapia familiar sistémica permite abordar tanto las necesidades de los pacientes en situación paliativa, como la de sus familiares.

Abstract

We present a case study of a patient with multiple medical conditions in a situation of overload as a primary caregiver of her father, suffering from a Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and being followed up by a Palliative Care team. An evaluation of the patient was carried out, placing the focus of the intervention on the need to cope with the multiple stressors that had risen in the last months. The complete therapeutic intervention is presented in the context of a public hospital in Spain, highlighting the appropriate adaptation of the therapist to the health resources available and the patient's life moment. The core therapeutic approach used was Systemic Family Therapy, though different interventions including Strategic Brief Therapy and Narrative Therapy techniques, Psychodramatic exercises and Behavioural techniques were also applied. The results show a significant improvement in the clinical aspects in which the focus was placed: adaptation to diseases, depressive symptomatology and her positioning in her family of origin. A Systemic Family Therapy approach will be able to address both the needs of palliative patients as well as those of their relatives.

Keywords

therapeutic flexibility, palliative care, primary caregiver, case study

Las enfermedades en fase avanzada/terminal se definen como aquellas enfermedades incurables, avanzadas, progresivas con pronóstico de vida limitado y escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos. Presentan una evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades, y provocan un intenso impacto emocional y familiar con repercusiones sobre la estructura cuidadora que condicionan una alta demanda y uso de recursos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002). Por su parte, los cuidados paliativos se definen según la Organización Mundial de la Salud como:

Un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. (WHO, 2018)

Desafortunadamente, no todos los países tienen acceso a los cuidados paliativos, y no en todos aquellos con acceso, éstos se distribuyen de manera equitativa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta que, actualmente, a nivel mundial, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben (WHO, 2018). Según un estudio de 234 países, territorios y regiones (Lynch, Connor y Clark, 2013), los servicios de asistencia paliativa sólo estaban adecuadamente integrados en 20 países, en tanto que el 42% de los países carecía de ese tipo de servicios, y un 32% adicional solo contaba con servicios de asistencia paliativa aislados.

Todas las definiciones incorporan la idea de atender tanto al paciente como a sus allegados, así como la conveniencia de hacerlo a través de un enfoque interdisciplinar. En el libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la *European Association for Palliative Care* (Sociedad Europea de Cuidados Paliativos; EAPC) se destaca la necesidad de abordar los aspectos psicológicos del paciente y su familia mediante un enfoque interdisciplinario y multiprofesional (SECPAL, 2011).

Ante la noticia de una enfermedad incurable y la dificultad de aceptar la noticia e incorporarla a la vida personal y familiar, un objetivo básico es facilitar el ajuste a paciente y familia a la nueva situación. Al intervenir en la práctica profesional, existen dos conceptos que nos resultan de utilidad para acercarnos a las reacciones habituales que observamos en cuidados paliativos. Nos referimos a los conceptos de pena anticipatoria y pérdida anticipatoria. Mientras que la pena anticipatoria se refiere a las emociones individuales en la fase terminal, la experiencia de la pérdida anticipatoria comprende una gama de respuestas emocionales e interaccionales intensificadas durante el curso de la enfermedad incluyendo la angustia por la separación, la negación, la tristeza, la decepción, la ira, la culpa o la desesperanza (Rolland, 2000). Como psicólogos clínicos, deberemos centrar todos nuestros esfuerzos en atender toda la gama de emociones que surjan en el paciente y sus familiares, así como favorecer la comunicación entre ellos.

En los miembros de la familia, la enfermedad terminal suele provocar sensaciones de pérdida de control, sienten que su realidad se hunde y el enfermo se convierte en objeto de cuidado intensivo de los familiares más próximos. La angustia frente a la muerte es probablemente la reacción más habitual, el enfermo puede reaccionar con tristeza y ansiedad, mientras que los familiares tienden a imaginar cómo será el futuro sin esa persona. Las familias suelen reaccionar a la pérdida anticipatoria en fase terminal de la enfermedad dando prioridad a la cantidad de tiempo que comparten con el enfermo. En este punto, el terapeuta deberá redirigir también la atención hacia la calidad de ese tiempo, de manera que familia y enfermo puedan comunicarse de manera libre, fortaleciendo su capacidad de poder afrontar la nueva situación vital mediante la creación de una atmósfera de expresión emocional y de transmisión libre de sus temores. En este sentido, Rolland (2000) postula que:

La previsión de una intensificación del dolor y el sufrimiento suele provocar más preocupación que la muerte. Esto es común en las afecciones progresivas prolongadas en las que la vivencia anticipada de la muerte ha sido ensayada muchas veces. Tranquilizar desde el principio a la familia en el sentido de que existen medios eficaces para controlar el dolor y una discusión informada de los deseos del familiar enfermo con respecto a hasta dónde hacer llegar los esfuerzos para prolongarle la vida pueden aliviar una importante fuente de angustia (pág. 234).

Las visitas de psicología clínica en las unidades de cuidados paliativos suelen caracterizarse por ser muy flexibles en cuanto al encuadre. Es habitual intervenir a nivel hospitalario, proseguir las intervenciones en un contexto ambulatorio tras el alta, complementar las mismas en un contexto domiciliario (en casos en los que el paciente no puede acudir al centro sanitario por causas médicas) y en muchos casos finalizar la intervención de nuevo en el ámbito hospitalario, interviniendo en situación de últimos días. La duración de las visitas, la extensión del proceso terapéutico y los miembros de la familia que se incluyen en la intervención también son elementos muy variables. Por todo ello, la posibilidad de intervenir a nivel individual y familiar, la versatilidad del terapeuta en cuanto a técnicas y estrategias terapéuticas, y la posibilidad de intervenir desde un enfoque familiar sistémico, aportan al proceso terapéutico y a los psicólogos clínicos del ámbito de los cuidados paliativos, unas herramientas clave en la intervención.

A continuación, se presenta un caso clínico que ilustra el abordaje de los cuidados paliativos en España, poniendo especial énfasis en la atención a los familiares. La intervención fue llevada a cabo por dos psicólogos clínicos, uno de ellos se centró en el acompañamiento en el proceso de final de vida del padre, mientras que el otro inició un trabajo terapéutico con una de las hijas, quien ejerce, en parte, de cuidadora principal.

Se narrará el caso desde el punto de vista de la hija, quien además de ejercer como cuidadora principal de su padre, presenta a su vez múltiples afecciones médicas, haciendo de este caso, y como no podría ser de otro modo, un caso único.

2. MÉTODO

DATOS DEL PACIENTE

Se trata de una mujer de 34 años de edad, hija de un paciente afecto de una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) grave, por el cual es atendido por profesionales sanitarios del Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES) y recibe además seguimiento psicológico. Durante una visita de seguimiento domiciliaria al padre de la paciente por parte del equipo de Psicología Clínica, observamos signos de sufrimiento en la hija y demanda explícita de atención psicológica. Acordamos derivación a Consultas Externas de Psicología Clínica para intervención psicológica en relación a afrontamiento de múltiples estresores en los últimos meses.

La intervención psicológica con el padre se realizó en un total de 8 sesiones que, si bien no son objeto de atención en este artículo, se resumen a continuación de manera breve: en un primer lugar se realizó una intervención sobre su estado de ánimo, con medidas de activación conductual, prescripción de tareas significativas y terapia centrada en dar sentido a su psicobiografía. Se realizó un trabajo de paulatino ajuste y toma de conciencia sobre el pronóstico de su propia enfermedad, ayudándole en el cierre de asuntos pendientes, entre ellos la finalización de la escritura de su última novela. También desde el prisma de padre, se realizó una intervención con todos los familiares (hijas y esposa), modelando las respuestas familiares a las dudas pronósticas del padre, reduciendo así la protección informativa. Se aportó espacio en forma de visitas individuales y familiares a cada uno de los miembros, creando un clima de abreacción emocional, validando posteriormente la tristeza ante la expectativa de muerte y acompañando desde el sostén emocional, la calidez y la aceptación incondicional.

Desde un marco sistémico, la intervención domiciliaria con el padre y su esposa facilitó el vínculo posterior con el resto de la unidad familiar. Algunas de las tareas pendientes que emergieron en

PROCEDIMIENTO

La intervención psicológica consistió en 10 visitas de frecuencia quincenal, con una duración de 1 hora en contexto ambulatorio, en el hospital general. A continuación, se detalla el contenido y los puntos más relevantes de cada sesión, a partir de los cuales se diseñó la intervención más adecuada en función de la sintomatología y las circunstancias vitales de la paciente.

El marco teórico en el que se encuadra la intervención es ecléctico. Se realiza una comprensión del caso desde el modelo sistémico, a partir de la que se diseña una intervención con predominancia de técnicas de terapia breve estratégica y en menor medida se aplicaron técnicas conductuales, de terapia narrativa y ejercicios psicodramáticos.

La actitud terapéutica empleada es la de la entrevista como intervención (Tomm, 1987), que sugiere que cualquier verbalización o acción del terapeuta influye significativamente en el resultado terapéutico, es decir, considera todo lo que hace el terapeuta durante una entrevista como una intervención. En esta concepción de la entrevista, se entiende que:

El diseño de estrategias podría definirse como la actividad cognitiva del terapeuta (o del equipo) al evaluar los efectos de acciones pasadas, construir nuevos planes de acción, anticipar las posibles consecuencias de diversas alternativas y decidir cómo proceder en cualquier momento dado, a fin de maximizar la utilidad terapéutica (Tomm, 1987, pág. 5).

SESIÓN 1

Como servicio de Psicología Clínica de la unidad de Cuidados Paliativos en un hospital público en España, unas horas de la jornada semanal se destinan a la atención domiciliaria de los pacientes paliativos que se encuentran en su domicilio sin posibilidad de asistir a la consulta hospitalaria.

En la visita de seguimiento a un paciente con un EPOC grave, conocemos en el domicilio a su hija, en la que observamos sobrecarga como cuidadora de su padre y signos evidentes de fatiga. Se une a ello una demanda explícita de ayuda y una petición de poder iniciar un proceso terapéutico tras no haber recibido ayuda por parte de otros dispositivos. Un foco de intervención importante es la atención psicológica a los familiares del enfermo, por lo que se deriva a consultas externas de Psicología Clínica.

SESIÓN 2

En esta visita se realiza un cambio de *setting*, pasando de un contexto domiciliario con presencia del resto de integrantes de la familia de origen de la paciente, al contexto hospitalario con visitas individuales. Se realiza la recogida de datos mediante la entrevista clínica, en la que se exploran los antecedentes médicos personales y la composición de la familia de origen y de la familia creada a partir de la realización de un genograma trigeracional.

Se realiza la exploración psicopatológica y el análisis de la situación actual, tras la cual la intervención psicológica se enmarca en relación al afrontamiento de múltiples estresores en los últimos meses: diagnóstico de esclerosis múltiple hace ocho meses, adenoma de hipófisis pendiente de intervención quirúrgica y en proceso de realización de pruebas médicas por sospecha de enfermedad pulmonar intersticial. Además, se une el impacto emocional y el manejo de la situación médica de su padre, con un pronóstico de vida limitado, siendo ella la cuidadora primaria, aunque compartiendo la responsabilidad con su madre.

SESIÓN 3

En la sesión actual se emplea un estilo terapéutico directivo, aunque poco interventivo y más centrado en la comprensión de los acontecimientos adversos que más repercuten en su sufrimiento. Se observa una gran sobrecarga como cuidadora primaria de su padre, una modificación del estilo de vida en los últimos meses y un estado de ansiedad que repercute en la relación con su familia, especialmente con su marido.

Un aspecto esencial de las primeras sesiones es fomentar un vínculo terapéutico sólido como factor de buen pronóstico terapéutico (Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds, 2011; Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds y Wampold, 2012). Ante acontecimientos adversos y con pacientes con poco control percibido de la situación, es adecuado centrarnos en empoderar al paciente y atender a los recursos propios y, en este caso, el espíritu de lucha ante cualquier adversidad, para así señalarlos como motor principal de cambio.

Mediante la información recogida, acordamos los objetivos terapéuticos sobre los que fundamentar las sesiones:

- Facilitar la adaptación a una vida con las repercusiones que conlleva sufrir esclerosis múltiple y trabajar su postura ante la incertidumbre respecto al pronóstico del adenoma hipofisiario y la enfermedad pulmonar intersticial a estudio.
- Tratamiento de la sintomatología depresiva, con especial atención a los sentimientos de injusticia, frustración y rabia.
- Comprensión e intervención sobre el rol de cuidadora en la familia, que representa la fortaleza y el sustento de todos los miembros, pero genera consecuencias adversas a nivel personal.

SESIÓN 4

La paciente muestra menor labilidad emocional y expone su motivación al cambio mediante un discurso en el que se percibe la introducción de pequeños cambios en su rutina diaria. Verbaliza un progresivo aislamiento durante los últimos años, enfocándose principalmente en su rol de madre y de cuidadora, en detrimento de la autonomía personal y las actividades agradables. Además, expresa su insatisfacción a nivel laboral con un trabajo con el que no se siente realizada y transmite una sensación de frustración y arrepentimiento por el abandono de la carrera universitaria de Bellas Artes hace 12 años. En este momento, la paciente demanda poder recuperar estos aspectos de su vida que ha ido abandonando, en parte debido a la afectación de las patologías médicas.

A partir de este momento, se incorpora a las sesiones la hipótesis de que el contacto progresivo con emociones positivas puede influir de manera indirecta en una relación más adaptativa con los problemas que se consideran incontrolables, como las enfermedades médicas de la paciente y el estado médico del padre.

Se coloca el foco de la intervención psicológica en la relación de la paciente con las distintas enfermedades. White y Epston (1993) hacen uso de las preguntas de influencia relativa con el objetivo de que la persona tome contacto con la influencia del problema sobre su vida y relaciones, así como de la propia influencia de la persona sobre el mantenimiento del problema. En este caso, al hablar de problema no nos referimos a las enfermedades médicas, sino al afrontamiento de las enfermedades de una manera desadaptativa que la encierran en una espiral depresógena. Las preguntas de influencia relativa funcionaron a modo de *insight* y aportaron claridad a enfocarse hacia el objetivo de una vida digna y autónoma a pesar de la limitación funcional provocada por sus enfermedades. La transmisión de responsabilidad en la propia mejoría anímica fue el aspecto clave en esta intervención.

Un aspecto relevante del proceso terapéutico es la prescripción de tareas, entendida por Linares (2012) como una intervención pragmática que consiste en pedir a la persona que realice algo con una finalidad terapéutica y de avance en el proceso. Este espíritu práctico se enfocó hacia el hecho de retomar el contacto con el mundo de la pintura, más concretamente se sugirió realizar un lienzo en el que expresara cómo se sentía en el momento vital actual.

SESIÓN 5

En esta sesión se observa una mejoría importante en el estado anímico, transmite mayor vitalidad y energía. Ha llevado a cabo la tarea prescrita y ha realizado el lienzo de un océano bravo, rodeado de un trasfondo oscuro y una garra roja que simboliza la rabia y la frustración. El motivo

de la tarea fue poder expresar por medio del arte aspectos internos de difícil expresión mediante el lenguaje. Verbaliza que ha sentido de nuevo el disfrute mientras realizaba la tarea y se muestra satisfecha por haber recuperado la ilusión por la pintura. A partir de este momento, en todas las visitas el cuadro estará presente en la consulta con el objetivo de que sea consciente de dónde parte y hacia dónde ha decidido enfocarse.

Su postura corporal, tono y contacto ocular han ido cambiando progresivamente a lo largo de las visitas, y su discurso gira en torno al papel activo a adoptar en su vida con tal de percibir mayor control sobre sí misma. En relación a ello, ha vuelto a realizar actividades de ocio con sus amistades y a organizar una rutina que la sustenta y le satisface. En relación a un papel más activo, se sigue trabajando el rol que ocupa la paciente en su familia y las repercusiones que tiene en su rutina diaria.

SESIÓN 6

Mayor labilidad emocional en relación a la confirmación de la presencia de enfisema pulmonar, a la espera de pronóstico y tratamiento pertinente. Expresa su miedo a enfermarse de manera grave como su padre y se emociona cuando lo relaciona con el sufrimiento que le puede comportar a su hijo si la enfermedad progresa hacia un estadio paliativo en un futuro. Verbaliza que está escribiendo una carta a su hijo que le será entregada si en algún momento su enfermedad progresa rápidamente y tiene un desenlace fatal.

Expresa sentimiento de culpabilidad a raíz del inicio de sus problemas económicos hace años, que los relaciona con un empeoramiento de la sintomatología médica y afectiva de su padre. Se explora en profundidad y se anota para trabajar en las próximas sesiones en la prevención de un futuro duelo patológico cuando el padre fallezca. Echeburúa y Herrán (2007) comprenden el duelo patológico como una serie de manifestaciones a nivel psicológico en forma de autorreproches, de pensamientos de muerte persistentes o de una irritabilidad excesiva hacia los otros, a lo que se le puede unir el aislamiento social y la falta de cuidado personal entre otras posibilidades. Rolland y Walsh (1988) remarcan que “cuestiones sin resolver de culpabilización, vergüenza y culpa pueden afectar su idea acerca de la causa de la enfermedad y los significados asociados a la amenaza de pérdida e impedir así la adaptación” (Rolland, 2000, p. 220). Por este motivo se enfoca la futura intervención en el desbloqueo de la incomunicación padre-hija para eliminar el sentimiento de culpabilidad y así sanear su relación y prevenir toda esta serie de síntomas.

SESIÓN 7

La intervención quirúrgica próxima de adenoma hipofisiario provoca que aflore el miedo a su propia muerte por posibles complicaciones. Ha decidido que no explicará a su padre que va a ser intervenida, influenciada por el elemento de culpa que sobrevuela en la relación paterno-filial. Lo entiende como un acto de cuidado, situándose con un rol protector que tiene muy consolidado. Trabajamos lo que implica posicionarse así con su padre y aparece la necesidad de una relación más próxima y de transmisión de afecto que se está viendo afectada por la incompatibilidad entre el rol de cuidadora/protectora y el rol de hija.

Retomando su propia idea de escribirle una carta a su hijo, se propone la tarea de escribir una carta a su padre como intervención emocional. El objetivo es que pueda expresar todos los elementos que conforman la culpa que siente y así poder reparar y recuperar la nutrición emocional que perdió al abandonar su rol de hija.

SESIÓN 8

Se dedica un espacio a la ventilación emocional, en el que afloran sentimientos de impotencia por la unión de las diversas circunstancias médicas que repercuten directamente en su funcionamiento diario. A nivel de tareas prescritas, refiere dificultad para escribir la carta a su padre, aunque lo valora muy positivamente.

Para facilitar la escritura de la carta y dilucidar los elementos que debe contener para ser efectiva, se realiza la técnica de personificación del tercero, en la cual

se vale del uso de una importante función de las preguntas circulares en la terapia individual, que es la de evocar, para el cliente, a las personas significativas de su vida de relación, a fin de ampliar el horizonte espacial, temporal y relacional del diálogo (Boscolo y Bertrando, 2008, pág.141).

Se utilizó la variante de la personificación del tercero en la que la paciente debía abandonar su *self* y personificarse y sentir como si fuera su padre. A nivel terapéutico, es importante remarcar que el terapeuta se sitúa en el rol de entrevistador, dirigiéndose a ella por el nombre del padre. De este modo se fueron descubriendo los elementos que la paciente en la figura del padre pensaba que serían emocionalmente más potentes para él. De esta manera se consiguen dos objetivos: que la paciente pueda expresar todo lo que mantiene oculto hace años y se desvanezca el sentimiento de culpabilidad tan arraigado, así como a la espera de la reacción del padre, empezar a disminuir las probabilidades de aparición del duelo patológico futuro.

SESIÓN 9

La intervención quirúrgica de adenoma hipofisario ha sido un éxito a nivel médico, lo que ha repercutido en una disminución de la sensación de vulnerabilidad y fragilidad que se había visto incrementada tras los últimos acontecimientos vitales y recientes diagnósticos médicos.

La potencia terapéutica de la carta a su padre ha desbloqueado una situación de incomunicación y de inversión de roles. La paciente describe una escena familiar caracterizada por un acercamiento a nivel afectivo que tanto demandaba desde tiempo atrás y reconoce una disminución del sentimiento de culpabilidad. Así pues, nos encontramos ante un escenario favorable para gestionar las dificultades personales y familiares, con el espíritu de lucha y el autocuidado como herramientas principales.

A lo largo de la intervención terapéutica se observa una mejoría anímica progresiva con disminución de la ansiedad, un aumento de la capacidad de disfrute mediante una toma de conciencia de las actividades agradables ligadas a una forma de autocuidado y un cambio de posicionamiento a nivel familiar, pasando de nuevo de cuidadora a hija. Estos cambios se observan a nivel comunicacional con los distintos miembros de la familia, a través de las nuevas conductas que incorpora la paciente y en su percepción subjetiva de mejoría.

Se prescribe una nueva tarea de pintar un lienzo del estado anímico actual para evidenciar la mejoría y que la paciente tome conciencia de ello. Le agrada la idea y acepta.

SESIÓN 10

Se realiza visita de cierre y alta clínica por consecución de los objetivos terapéuticos propuestos.

La paciente trae consigo la pintura que refleja su estado anímico actual, que en este caso se conforma de un mar tranquilo y un cielo despejado, con unos colores tenues que transmiten calma. Se colocan ambos cuadros juntos y dedicamos un espacio de la visita a detallar las diferencias entre el cuadro anterior y el actual, así como a analizar de qué manera ha conseguido alcanzar lo que representa el cuadro actual, con énfasis en el empoderamiento.

En este momento se observa una mejoría franca en las tres áreas principales en que nos centramos desde las visitas iniciales: un afrontamiento más adaptativo a las enfermedades médicas; el tratamiento psicológico de la sintomatología depresiva, y el cambio de posicionamiento a nivel familiar y de cuidadora de su padre. Mediante la intervención terapéutica también se ha trabajado en el mantenimiento de las estrategias necesarias para disminuir la ansiedad estado producida por las distintas enfermedades médicas, el cambio de rol en la relación con su padre y con ello la disminución de la sensación de culpa. Además, ha recuperado la ilusión por la pintura, que constituía un pilar en su vida.

El caso clínico presentado transmite la idea de Seikkula y Arnkill (2016) respecto a la relevancia de una adaptación flexible a las características personales y contextuales del paciente, así como a sus necesidades específicas y cambiantes, haciendo uso de los abordajes que mejor se ajustan a cada caso. Se debe adaptar el método empleado al lenguaje, estilo de vida y a la posibilidad de duración del tratamiento en función del tipo de problemática y de las posibilidades en función del dispositivo de salud mental. Corsi (2005) sugiere que:

A través de una o más entrevistas con el paciente, trataremos de obtener datos que nos permitan conocer sus pautas culturales, los entornos en los que participa y ha participado, las características de su familia, la estructura de su personalidad, su estilo cognitivo o paradigma personal, sus modalidades interactivas y el repertorio habitual de conductas (pág. 79).

Como terapeutas es fundamental tomar conciencia de la resonancia emocional que nos genera el caso que atendemos. En un contexto paliativo, es de esperar que se vivan momentos del abordaje terapéutico de gran intensidad, y no por ello debemos adoptar una postura de neutralidad terapéutica, como se sugiere desde algunos enfoques. El rol de terapeuta no se pierde por mantener una cercanía emocional con el paciente, de hecho, se espera que esto nos acerque más a su dolor y el vínculo terapéutico se vea reforzado. En consonancia con las ideas de Canevaro (2012), el terapeuta, por la posición asimétrica que adopta en la relación con el paciente, debe tener presente que éste puede tener la tendencia a colocarse en una relación de dependencia con el terapeuta y así ver incrementada su vulnerabilidad y sufrimiento. Pero todo terapeuta crece y aprende a ubicarse en ese estrecho margen entre la cercanía emocional y la sobreimplicación, del que

(...) nacerá la tarea compartida de tratar de resolver los problemas existenciales imperiosos, de mitigar el sufrimiento, de ampliar las estrategias de vida y sobre todo de crear aquellas alternativas, que, en los momentos oscuros y dramáticos, no se encuentran fácilmente (Canevaro, 2012).

Gottlieb (2005) apuesta por buscar las zonas de pérdida y depresión como modo de acercarse de manera empática y fortalecer el vínculo terapéutico, pues considera que todos hemos sufrido pérdidas y experimentado sentimientos de depresión. Le da énfasis al proceso, en lugar de al contenido, ya que es ahí donde cree que el terapeuta fortalece el vínculo interpersonal haciendo una conexión más humana al conectar con la tristeza. En otras palabras, cuando el paciente siente que el terapeuta es una persona competente en la que puede depositar su confianza y comprende su sufrimiento, es cuando se da inicio a los cambios. En el caso que nos compete, la comprensión de la complejidad del sufrimiento con todos los factores intervinientes a nivel personal y contextual y que la mantenían anclada en el presente con un funcionamiento desadaptativo fue clave. Aunque el factor más importante fue el vínculo terapéutico y la transmisión de competencia y confianza en sus propios recursos, así como la convicción de la paciente sobre la involucración del terapeuta en su recuperación.

Desde la Terapia breve estratégica, tras la exploración y la creación del vínculo, se continúa resumiendo para enmarcar todo lo expuesto, lo que ayuda a redefinir los descubrimientos realizados entre paciente y terapeuta respecto al problema y las soluciones, que se plantean como una consecuencia lógica, enfocando desde un inicio al paciente hacia el cambio. El resumir para redefinir, sitúa al paciente en un trabajo conjunto que ya se ha iniciado y no cómo algo aún por realizar, en una realidad que empieza a percibir familiar en lugar de una realidad amenazadora como hasta el momento presente. (Nardone y Salvini, 2011).

Resulta de utilidad el concepto de tiempo individual o fenomenológico (Boscolo y Bertrando, 1996) para tener en cuenta la vivencia del tiempo tanto propia como del paciente para así diseñar la intervención más adecuada en función del momento. En este caso, en las primeras sesiones se

empleó un ritmo más pausado y un estilo terapéutico más cálido y reforzador por los altos niveles de ansiedad y la sintomatología depresiva presentes. Con una alianza terapéutica más sólida y la recuperación anímica y funcional, la paciente podía enfocarse en el momento actual y las estrategias a desarrollar para tener una vivencia futura sin los síntomas actuales.

Desde una perspectiva constructivista, Boscolo y Bertrando (2008) defienden que “el interés se ha dirigido no sólo hacia las relaciones del individuo con su mundo externo sino, sobre todo, hacia la relación del individuo consigo mismo y con su mundo interno” (pág. 95). Cuando un paciente consigue adentrarse en su mundo interno para realizar cambios, el proceso terapéutico cobra la dirección esperada. Satir (2005) defiende que cambiar es aceptar con franqueza nuestros sentimientos. Entiende el cambio como una actitud de apertura hacia los sentimientos que denomina congruencia. Señala que muchas personas optan por cierto grado de deshonestidad emocional ante lo que surge en su vida ya que implica asumir riesgos, como hacer lo que nunca antes se ha hecho o hacer lo mismo de manera diferente. Y tal vez la congruencia como terapeutas pasa por acompañar al paciente dejando paso a la emocionalidad y a permitirnos sentir con el objetivo de realizar una intervención más humana y así más eficaz. Para ello, Greenberg y Paivio (2000) destacan que la alianza con el terapeuta es esencial para que el paciente pueda permitirse sentir o volver a experimentar, y una vez que exista cierta sensación de dominio, empezará a ganar la sensación de poseer recursos internos o habilidades para afrontar los sentimientos y emociones que le desbordan.

No es infrecuente que en casos con elementos de alta complejidad como el que nos ocupa, una estrategia usual, especialmente en los terapeutas inexpertos, sea realizar un abordaje basado en el soporte o la ventilación emocional dejando de lado la intervención. El resultado suele ser una terapia con un gran número de sesiones, pero con pocos elementos de cambio. Por este motivo, estamos de acuerdo con Beyebach (2006) respecto a que la exploración de la demanda y focalizarse en ella disminuye el número de sesiones y con ello el sufrimiento, y facilita la recuperación de la competencia personal y el funcionamiento autónomo sin la figura del terapeuta.

La atención a los recursos permite orientar la terapia hacia el futuro, relacionando las competencias de la persona con el dominio de la situación y a largo plazo con el éxito terapéutico. El terapeuta acepta los problemas y los relaciona con recursos para superarlos para alcanzar los objetivos terapéuticos acordados (Castronovo, Hirsch y Hirsch, s.f.). De hecho, Canevaro (2012) defiende que el primer objetivo de las sesiones individuales es conocer los recursos del paciente para poder diseñar la intervención más adecuada y tener seguridad de que la persona puede hacer un cambio en sí mismo. En el caso clínico, se utilizó el señalamiento de los recursos y el espíritu de lucha como elementos disposicionales y actitudinales mediante los que dotar de capacidad e infundir motivación para el cambio.

A lo largo de nuestra vida, los seres humanos desarrollamos una serie de roles ante los que podemos responder de manera adaptativa o con mayores dificultades por incompatibilidades de rol o por sobrecarga en función del momento vital. En el caso clínico presentado, la paciente cumple en su familia creada con el rol de esposa y rol de madre con un buen desempeño y satisfacción personal. Pero en su familia de origen, el rol de hija en el momento inicial del proceso terapéutico está diluido y se ha producido una inversión de roles, especialmente con su padre al convertirse en su cuidadora principal desde el inicio de la enfermedad. Esta implicación afecta a su estado anímico, a la rutina diaria, a su idiosincrasia y al funcionamiento propio. Whitaker (1992) describe de manera muy ilustrativa la relación entre los roles y la personalidad:

Yo puedo ser un rol, pero si estoy integrado también constituyo una persona, con una vida como tal. Esta personalidad, esta presencia, este centramiento, es muy difícil de lograr y tiene sólo un alcance, porque los roles siempre están incidiendo en nuestra vida, pero ello no anula su existencia. Simplemente saca a la luz el problema de resolver la lucha entre la personalidad y el rol (pág. 130).

Cuando un rol genera malestar y limita al paciente en otras áreas de su vida que no están impregnadas de ese rol, es cuando Whitaker lo relaciona con el choque con la personalidad. Como

terapeutas, nuestro trabajo consiste en que la persona tome conciencia de las repercusiones de este funcionamiento y diseñar una estrategia terapéutica adecuada, como en este caso el uso de la personificación del tercero. En las técnicas psicodramáticas como la personificación, el terapeuta tiene un papel especialmente activo al situarse como parte del sistema familiar del paciente, un papel en el que la resonancia emocional en el terapeuta es fundamental para el buen desarrollo de la técnica. Según Linares (1996):

(...) requieren una franca participación afectiva del terapeuta. Éste ha de permitirse a sí mismo emocionarse con la familia sin mistificar sus sentimientos, aunque sin renunciar a un grado razonable de control que le permita mantener la conducción de la sesión y la terapia (pág. 146).

Para concluir, Whitaker y Bumberry (1990) afirman que la tarea básica de todo terapeuta consiste en potenciar el crecimiento de todos los participantes del proceso terapéutico, incluido el propio terapeuta. Es central considerar el hecho de dar impulso como clave en terapia y enfatizar la capacidad de cambio del individuo o familia. Adoptando una fórmula propia en el rol de terapeutas y manteniendo la autenticidad, se potencia de manera recíproca el crecimiento en contra del agotamiento, con el objetivo de seguir siendo útiles en el contexto de intervención. Como señalan Norcross y Wampold (2018), resulta esencial el ajuste del tratamiento a las características individuales únicas y a la situación particular del paciente para así incrementar su efectividad, aludiendo al reto de crear una nueva terapia con cada paciente. Como terapeutas, el abanico de técnicas, conocimientos teóricos y trabajo personal propio resultan inabarcables, por lo que resulta de suma importancia saber en qué centrarse para evolucionar en el rol profesional, lo que repercutirá en una mejora en la calidad asistencial. Por último, Ceberio (2009) entiende el estilo terapéutico propio como algo que se va adquiriendo con la experiencia de manera progresiva siendo fundamental el desarrollo de un sello personal con el que identificarse, para capitalizar los recursos que el terapeuta posee y respetar y valorar el estilo propio. Así, el objetivo final, como lo describe Prado-Abril (2019) es llegar a tener las habilidades terapéuticas que permitan aplicar efectivamente el tratamiento adecuado en función del paciente, el contexto asistencial y los determinantes socio-culturales.

4. CONCLUSIONES

La presencia de una enfermedad incurable y progresiva, un pronóstico de vida limitado, la incertidumbre y el impacto emocional sobre el paciente, su familia y el equipo, son los elementos que definen las situaciones terminales y el campo de los cuidados paliativos. La intervención en estas situaciones requiere de un abordaje multidisciplinar, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, la promoción de la autonomía y la adaptación a una situación de un elevado impacto emocional. En este contexto y en el caso particular que nos atañe, el objetivo principal tanto con el padre en contexto paliativo como con su hija fue disminuir su grado de sufrimiento, prevenir un posible duelo complejo y promover los que se podría denominar una buena muerte.

Las necesidades que afloran al final de la vida son sumamente variadas y el acercamiento al paciente paliativo y a su familia requiere de sensibilidad, calidez, autenticidad y respeto. Cuando esos factores posibilitan el encuentro entre paciente, familia y terapeuta, es cuando se abre la puerta al uso de técnicas y estrategias, que, desde los enfoques más eclécticos, nos permiten adaptar la intervención a las necesidades concretas de cada individuo. Por este motivo defendemos que el ajuste del terapeuta a las características individuales del paciente, no solo potencia, sino que incluso debe ser considerado requisito para todo proceso terapéutico. Además, en el campo que nos ocupa, la adaptación a las necesidades del paciente es, si cabe, aún más necesaria debido a su estado de elevada fragilidad.

La riqueza de estas intervenciones presenta la limitación de no poder ser aplicable en otros contextos de asistencia pública, tanto por el número de sesiones como por la ausencia, en muchos

casos, de diagnósticos psiquiátricos que justifiquen intervenciones prolongadas. Desde una mirada puramente centrada en criterios de eficiencia, promover una buena muerte, solucionar asuntos pendientes y prevenir duelos complejos, puede no ser un criterio de intervención suficientemente sólido y por ello no ser tributario de intervenir desde la sanidad pública en nuestro territorio.

Hemos tratado de exponer y justificar la importancia de la familia en las intervenciones al final de la vida y el impacto que la muerte de uno de sus miembros genera en todo el sistema familiar, por ello nos ha sorprendido el escaso desarrollo de los enfoques familiares- sistémicos en el ámbito de los cuidados paliativos.

Nos encontramos en un momento histórico caracterizado por el individualismo de la sociedad post-moderna, que deriva en una responsabilidad y una interdependencia con nuestros seres queridos cada vez más diluida. La sociedad occidental omite la muerte como parte de la propia vida, ignorándola hasta sus puertas. En este complejo contexto, los cuidados paliativos emergen como una fuerza antagónica, permitiéndonos restaurar relaciones familiares, resituando la importancia real de los hechos que nos rodean y arraigándonos al momento presente. Así, se desvela una parte de la realidad humana desatendida y nos confronta tanto con la muerte de nuestros seres queridos como con la propia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Boscolo, L., y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L., y Bertrando, P. (2008). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Canevaro, A. (2012). *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Castronovo, M., Hirsch, H. y Hirsch, P. (s.f.). *Guía y esquema gráfico para el uso de los recursos del consultante en terapia estratégica*. Recuperado 6 junio, 2019, de <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=14yidtt=39>
- Ceberio, M.R. (2009). *Cuerpo, espacio y movimiento en psicoterapia: el cuerpo del terapeuta como herramienta de intervención*. Buenos Aires: Teseo.
- Corsi, J. (2005). *Psicoterapia integrativa multidimensional*. Buenos Aires: Paidós.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D. y Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642–649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>
- Echeburúa, E. y Herrán, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147), 31-50.
- Gottlieb, F. (2005). Continuidad y cambio. En H. Ch. Fishman y B. Rosman, *El cambio familiar: desarrollos de modelos*. Barcelona: Gedisa.
- Greenberg, L. y Paivio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Linares, J. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. (2012). *Terapia familiar ultramoderna*. Barcelona: Herder.
- Lynch T., Connor, S. y Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 1094-106
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2002). *Guía de criterios de calidad en cuidados paliativos*. Madrid.
- Nardone, G. y Salvini, A. (2011). *El diálogo estratégico*. Barcelona: Herder.

- Norcross, J.C. y Wampold, B.E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1889-1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F. y Sánchez-Reales, S. (2019). Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada: el ciclo de la excelencia. *Papeles del psicólogo*, doi: 10.23923/pap.psicol2019.2888
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa.
- Satir, V. (2005). *Vivir para amar*. México, D.F.: Editorial Pax México.
- SECPAL (2011). Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. *Monografías SECPAL*, 0. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2011.
- Seikkula., J. y Arnkill., T. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder Editorial.
- Tomm, K. (1988). *La entrevista como intervención. Parte I: el diseño de estrategias como una cuarta directriz para el terapeuta* (Mark Beyebach, trad.). Terapia Familiar. Lecturas I. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, 37-52. (Obra original publicada en 1987)
- Whitaker, C. (1992). *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Barcelona: Paidós.
- Whitaker, C.A. y Bumberry, W. M. (1990). *Danzando con la familia: un enfoque simbólico-existencial*. Barcelona: Paidós.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- WHO. (2018). *Cuidados paliativos*. Recuperado 9 Junio, 2019, de <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/palliative-care>

Modelo para la práctica en psicoterapia de estudiantes en psicología

Model for the practice on psychotherapy by Psychology students

Germán Ríos Morfín^{ab}

^aUniversidad Marista de Guadalajara; Instituto Tzapopan.

^bAgradezco el apoyo para la elaboración del presente trabajo a Esteban Laso. De igual forma los comentarios sugerencias de Emmanuel Garibay y a los estudiantes de la Universidad Marista de Guadalajara que han cursado la materia de experiencia profesionalizante, por sus comentarios, retroalimentaciones e interés en el curso y cuidado de sus consultantes.

Historia editorial

Recibido: 14-03-2018

Primera revisión: 12-02-2019

Aceptado: 30-12-2019

Palabras clave

psicoterapia, prácticas profesionales, estudiantes de licenciatura, enfoques

Resumen

El presente trabajo surge de la necesidad de dar acompañamiento a los estudiantes de los últimos semestres en la licenciatura de psicología, en su primer acercamiento a la práctica de la psicoterapia. Se desarrollan cuatro ámbitos para lograr un buen desempeño en las asesorías psicológicas que ellos ofrecen, desde diferentes enfoques, elegidos según su interés, basados en la psicoterapia, que son: “trabajo psicoterapéutico”, sistematización, aspectos personales del estudiante y supervisión. En el primero se describen tres etapas para las sesiones (socialización, intervención y cierre). En el segundo se busca seguir un formato basado en la descripción de una hipótesis compleja junto con intervenciones coherentes y observaciones del trabajo con los pacientes, donde cabe la experiencia del estudiante. En el tercero se reflexiona sobre el quehacer del mismo estudiante en formación, se cuida una actitud de “experto” confiando en el proceso del otro, humildad y trabajo personal. Y en el cuarto ámbito, la supervisión, se reflexiona sobre los tres ámbitos previos y la decisión sobre esta actividad como una propuesta de desarrollo profesional, en un ganar-ganar, usuarios y estudiantes. Para terminar, se reflexiona sobre las ventajas de tener un esquema genérico para las prácticas clínicas, así como los retos que quedan para la enseñanza y práctica en estudiantes de psicología.

Abstract

The present work arises from the need to accompany students in their final semesters in the Psychology degree program, in their first approach to the practice of psychotherapy. Four areas are developed to achieve a good performance in the psychological counseling they offer, from different approaches, chosen according to their interest and based on psychotherapy, which are: “psychotherapeutic work”, systematization, personal aspects of the student and supervision. In the first one, three stages are described for the sessions (socialization, intervention and closure). In the second one, we try to follow a format based on the description of a complex hypothesis together with coherent interventions and observations of the work with the patients, where the student’s experience fits in. In the third one, the work of the student in training is reflected on, an attitude of “expert” is taken care of trusting in the process of the other, humility and personal work. And in the fourth area, supervision, we reflect on the three previous areas and the decision on this activity as a proposal for professional development, in a win-win approach, users and students. Finally, we reflect on the advantages of having a generic scheme for clinical practices, as well as the challenges that remain for teaching and practice in psychology students.

Keywords

psychotherapy, professional practice, undergraduate students, approaches

El presente trabajo surge de la necesidad de dar acompañamiento a los estudiantes de Licenciatura de Psicología en su primer acercamiento a la práctica clínica. La intervención la realizan desde diversos enfoques que son elegidos a partir del interés de ellos mismos.

En este contexto, la enseñanza de la psicoterapia tiene el reto de balancear la teoría y la técnica que se utiliza para acompañar a los “terapeutas”¹ que atienden a las personas que solicitan ayuda. Con la necesidad de adaptar algunos contenidos del trabajo de otros profesionales y enfoques teóricos a la estructura y orden en la formación de los mismos, se ha creado esta propuesta que se describe a continuación.

Un punto importante de inicio es mencionar que las diferentes perspectivas teóricas tienen puntos en común al buscar el bienestar de la persona. No por esto los estudiantes deben de dar prioridad a la técnica y al eclecticismo pensando en la solución, sino generar la apertura entre las diferentes teorías con intervenciones consistentes, ubicando los principios comunes de la psicoterapia (Moreno y Zhon 2013; Campagne 2004).

En concreto, una característica común en las diferentes perspectivas psicoterapéuticas es la importancia de la relación que el *terapeuta* genera con el consultante; se basa en el respeto y confianza en el proceso de la persona y se procura conocer el contexto a partir de diferentes temas de su vida, donde se incluyen situaciones, actores, lugares, tiempos, entre otras características importantes. Se procura una conversación abierta para la obtención de datos generales, que más adelante pueden ser la base para la construcción de hipótesis junto con intervenciones pertinentes (Medina 2011; Cozolino 2011; Campagne 2004).

Además, desde la visión de Raúl Medina (2011), es importante cuidar una actitud de respeto y reconocimiento del otro, es decir, procuramos legitimar a la persona frente a la cual estamos, como un ser que está buscando posibilidades a su vida con sus respectivos límites. Esto no implica dejar que al consultante se le justifiquen todos sus actos, sino que es primordial entender la complejidad en la queja de la persona.

Para lograr lo mencionado anteriormente, esta propuesta incluye cuatro ámbitos (trabajo psicoterapéutico, sistematización, aspectos personales del estudiante y supervisión) y cada uno se subdivide en diferentes etapas o subtemas según sea el caso.

Para el trabajo psicoterapéutico “en vivo”, qué es un ámbito de este modelo, se incluyen tres etapas: socialización, intervención y cierre de la sesión.

En la socialización es necesario tener una conversación al margen del problema que favorezca una relación de confianza a partir de temas coloquiales como el clima o el entretenimiento. La conversación se enfoca en tener cercanía afectiva antes de hacer interpretaciones de los hechos.

En la intervención se realizan acciones específicas para la mejora del consultante con base en una explicación compleja del problema o queja. Conforme avanzan las consultas se da más tiempo a este aspecto y se ajustan las intervenciones de acuerdo a la demanda construida o el esquema de acción planteado (Villegas, S/N).

Además, durante la sesión, el Asesor Psicológico, que funge como terapeuta, elabora una hipótesis del problema desde el enfoque que se haya elegido al inicio de sus prácticas profesionales en este escenario. Es un proceso que puede iniciar en la primera entrevista y se ajusta según se vayan conociendo más datos o se especifique la información de algún tema en las sesiones siguientes.

El cierre está centrado en los avances en el proceso de la persona; se confirma el cuidado a la dignidad del otro, evitando la aplicación de la teoría o la técnica a *priori* (Duncan, Hubble y Miller 2003). Con esto hay reflexión y evaluación del consultante sobre el proceso de terapia y se busca tener claridad de los logros en este espacio, de acuerdo con las metas planteadas y el proceso de cada una de las sesiones a modo colaborativo (Villegas, S/N).

1 De aquí en adelante cuando se hace referencia al *terapeuta* o *trabajo psicoterapéutico*, es a la acción del estudiante al dar asesoría psicológica basado en los esquemas y propuestas de la psicoterapia.

Con relación al segundo ámbito del modelo que es sistematización, el estudiante llena un formato por sesión donde describe lo ocurrido. Se redacta una hipótesis procurando hacer referencia a varios factores o elementos de la consulta (aunque de inicio pudiera ser sencilla o general). En el escrito también, se anotan las principales intervenciones junto con el efecto que se tiene y temas que se trataron durante la sesión.

En la última parte de este formato se describen observaciones al respecto de lo vivido; un espacio para hacerse preguntas sobre el caso, plantearse metas para la siguiente sesión y describir su estado emocional o necesidades de supervisión.

El tercer ámbito del modelo, los aspectos personales del estudiante, tiene que ver con el autocuidado y la reflexión sobre su proceso, así como la actitud con la que interviene. Se busca humildad (que el estudiante asuma sus capacidades, compromiso, dudas y que está en proceso de aprendizaje) y respeto frente al otro.

Por último, el cuarto ámbito del modelo, la supervisión, influye en los tres ámbitos ya mencionados (trabajo psicoterapéutico, sistematización y aspectos personales del estudiante). Mediante una asesoría se van ajustando para lograr un desarrollo óptimo de las habilidades de los asesores psicológicos.

Como conclusión podemos decir que la teoría aprendida por el estudiante es en estos espacios donde puede ser una herramienta para poder explicar un problema y dar algunas propuestas de solución. Se va logrando un esquema general que ordene las intervenciones, cuide al paciente y al terapeuta, favoreciendo un esquema de pensamiento que se pueda diferenciar del sentido común y siente las bases de un trabajo profesional en psicoterapia.

2. “TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO”

PREPARACIÓN DEL ESPACIO

Un contexto cómodo, como lo dice Cozolino (2011) ayuda al trabajo psicoterapéutico. En otros términos, da confianza al *terapeuta* y es una atención para el paciente. Enmarca la terapia y favorece un clima para conversar. Varias pláticas trascendentes se ven favorecidas por el espacio adecuado.

Si seguimos esta línea, el lugar deberá contar con ciertas características: cálido, que tenga privacidad, con material necesario, ventilación, etc.

En el caso de las asesorías psicológicas que llevan a cabo los estudiantes el trabajo se realiza en un consultorio, dentro de un centro comunitario auspiciado por el gobierno municipal, o un cuarto adaptado dentro de una casa en la colonia o barrio. Ambos espacios cuentan con sillas y algunos materiales para el juego con niños, además de ventilación e iluminación adecuada. No se trabaja en espacios abiertos o de pie.

FACTORES COMUNES DE LA PSICOTERAPIA

La literatura sobre la investigación en la alianza terapéutica nos indica que el 30 % del éxito pertenece a la calidez, el trato y la confianza que tiene el terapeuta (en este caso el estudiante en formación), la teoría es tan solo el 15% del éxito. El otro 65%, depende un 40% de los cambios situacionales en la vida diaria de la persona, así como sus recursos, y el 15 % al efecto placebo (Campagne, 2004).

Para facilitar ese 30%, se marca un esquema de ordenamiento de la información y se subraya la referencia al proceso del consultante (Campagne, 2004). Junto con esto se tiene presente la evolución y mejora constante por parte del terapeuta, evitando una postura de expertos sin errores que aplican la teoría *a priori* de la persona o la familia (Cozolino, 2011).

Se propone que los estudiantes hagan con autenticidad su labor, ubicando su persona, con sus reacciones emocionales, creencias y costumbres, procurando preguntar lo que no se entiende y cuidando dar el espacio al otro para explicarse antes que juzgarlo de acuerdo con esquemas personales

o teóricos (Medina, 2011; Cozolino, 2011). Campagne (2004) lo describe de la siguiente manera: “Los terapeutas más eficaces muestran más conductas positivas y menos negativas. Positivas son: afecto o cariño, entendimiento y afirmación. Negativas son: desprecio o desconsideración, culpar, ignorar o negar, atacar y rechazar” (Campagne, p.81).

Además, para favorecer un cambio exitoso se trabaja en la construcción de la demanda (la traducción de la queja en un diagnóstico o esquema de trabajo psicoterapéutico) en términos que permitan encontrar una solución a partir de una construcción social y evitar aquellas peticiones que no serán atendidas por su definición relacionada con otras disciplinas como la medicina o el derecho (Villegas, S/N). Se buscan métodos sencillos para dar importancia a la delimitación de la misma, que serán descritos más adelante.

Cuando los *terapeutas* construyen la demanda como una parte dentro del proceso de intervención, las primeras acciones serán ubicar la necesidad y recursos de la misma persona (Laso 2014a)². Deberán describir el problema y situaciones relacionadas, los diferentes actores, la temporalidad y otras características. Si no se lleva a cabo este ejercicio, los estudiantes suelen seguir solo la queja, trabajan con ansiedad y presión transferida del consultante para resolver de manera inmediata el problema.

ETAPAS DE LA SESIÓN

Durante el trabajo en la consulta se proponen tres etapas que deben cubrir los terapeutas (desde un esquema abierto a los diferentes enfoques sin querer abarcarlos a todos de manera detallada): socialización, intervención y cierre.

La primera (socialización) se describe de manera sencilla. En esta se busca tener una plática coloquial que abarca desde un saludo simple hasta una plática sobre un evento relacionado con la persona sin necesidad de que esté vinculado al problema (Linares y Ortega, 2008). Por ejemplo, si la persona llega vestida con una playera del algún equipo de fútbol soccer, se pudiera hablar por su gusto a ese deporte o si afuera hay juegos o algún festejo de la gente, se puede comentar sobre el evento.

En la segunda etapa (intervención) está la hipótesis sobre la problemática que presenta el consultante, las acciones para lograr el cambio y la definición de una demanda con metas claras. Las técnicas o prácticas para generar algún cambio no deben ser desde algún enfoque en específico, depende del que hayan elegido al inicio de su trabajo en las asesorías psicológicas.

Para terminar la entrevista, que es la tercera etapa (el cierre), el *terapeuta* busca definir un cambio modesto o ayudar a que la persona pueda reconocer sus logros durante la sesión, deja el poder y la destreza en el consultante (en su problema) y él o ella mantiene una escucha activa y confirma o anota lo que se logró a partir de sus intervenciones (actitud de “experto”). Cuida aspectos importantes como evitar propuestas mecanicistas o diagnósticos dormitivos³. (Linares y Ortega 2008; Mahoney 2005; Fortes de Leff y otros 2009).

Dentro de la segunda etapa, la elección de la problemática a resolver, es un tema medular en el proceso de cambio. Aunque hay una relación entre los diferentes temas que presenta la familia, el ideal es escoger alguno por el cual empezar. Tan solo esta acción puede implicar un esfuerzo, y ser un reto el lograrla (Villegas, 1996).

Para esto se presentan imágenes que simbolizan el trabajo que se realiza. Se intenta facilitar la idea de que un problema tiene relación con muchos otros, donde lo importante es elegir uno sobre el cual trabajar, ya sea durante una o varias sesiones, con una meta o un objetivo a seguir (Mahoney,

2 El esquema de la terapia familiar en clave emocional, que hace referencia al trabajo con las necesidades de la persona, incluye un método más específico y complejo. En esta propuesta sería una habilidad que pudieran desarrollar los estudiantes más adelante durante su entrenamiento (Laso 2014a).

3 De manera sencilla este término se refiere al hecho de explicar el problema por el posible diagnóstico en sí mismo. Por ejemplo, si la persona tiene depresión esa es la causa de sus problemas y no se indaga sobre otros factores que influyan en su malestar como las dinámicas o puntos negros en su vida que se relacionan con ello (Linares y Campo 2000)

2005). La figura 1 señala lo que se intenta evitar, la idea de que son temas totalmente ajenos entre sí y habrá que elegir uno de ellos, produciendo tensión y confusión en el terapeuta.

En la figura 2 se pretende dejar claro que existe una relación entre los diferentes temas a elegir para trabajar (es necesario detectar los patrones que subyacen los problemas) (Mahoney, 2005). Con ello disminuye la necesidad de cerrar la conversación a una sola queja o intentar trabajar con varias a la vez, se favorece el acuerdo y la definición clara de cambio a partir de una sola como la principal, asumiendo que pudiera conjuntar otras.

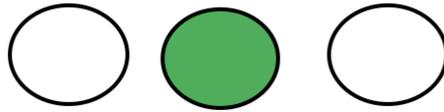


Figura 1 Ejemplo que indica quejas que no tienen una relación entre sí (fuente: Mahoney 2005)

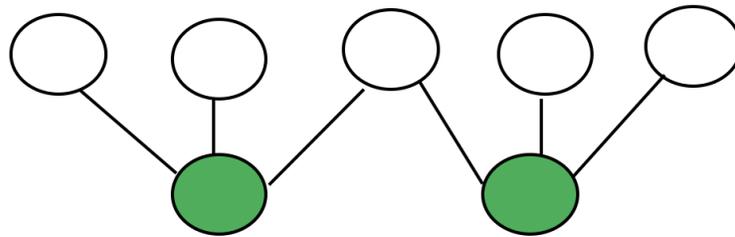


Figura 2 Ejemplos que muestran quejas que tienen una relación común (Fuente: Mahoney 2005).

Una vez que se tienen las bases anteriores, con datos a partir del lenguaje hablado y observando las pautas alrededor de la conversación o presentes en el comportamiento de la persona, o la persona y su familia, se pueden hacer tres diferentes ejercicios para dar solidez a la construcción de la demanda:

1. Definir una lista de los temas que causan ansiedad o preocupación. Imaginar que se ponen delante de la persona o la familia y se busca cual es el más importante a atender en este inicio. El *terapeuta* anota todas las ideas planteadas. Luego lee las opciones de la familia o el consultante y les pide que elijan la más importante en ese momento. Por ejemplo, Juan quiere tener una nueva pareja, mejorar en su trabajo, mejorar la relación con sus hijos y atender la ansiedad que vive. Se anotan estas preocupaciones y se le pregunta cual le parece más importante en este momento, pudiendo ser el manejo de la ansiedad su elección (Laso, 2014b).
2. Buscar un común denominador o, en otras palabras, se intenta ubicar a los factores comunes (pautas) que mantienen el problema en las diferentes situaciones que se plantean o de acuerdo con la descripción de todos los integrantes. Por ejemplo, se intenta definir que hay en común entre lo que le pasa a la señora con sus hijos, en su trabajo y con su pareja que, puede ser la sensación de cansancio (Mahoney, 2005).
3. Por último, se define y se acota lo más posible la problemática planteada y se busca una más cercana o más sencilla de alcanzar. Se mantiene el tema problemático como un horizonte, contemplando pequeños pasos. Por ejemplo, si quiere tener mejor autoestima, se hacen preguntas sobre qué significa eso para la persona, pudiendo concluir después de una sesión que quisiera aprender a cantar como una primera opción para sentirse mejor (Payne 2002; Medina 2011).

Estas opciones se combinan en la sesión o se utilizan otras pertinentes con base en sus enfoques que han estudiado. En el fondo, a pesar de la complejidad en la intervención y la vida del otro o de los otros, se busca tener una variable dependiente o un factor de medida viable de cambio y a

ELABORACION DE LA HIPÓTESIS

Al elaborar la demanda, para el entendimiento del caso, se incluye la construcción de una hipótesis. El *terapeuta*, además de ir integrando la información a partir de la queja, buscará ordenar los datos de acuerdo con los conceptos que haya aprendido, sin hacerlo explícito al consultante, sino como un ejercicio “interno” (Linares y Ortega, 2008; Fortes de Leff y otros 2009).

En las primeras sesiones lo importante será tener datos claros sobre la queja y datos alternos al problema, no se tendrá una explicación definitiva de lo que sucede (Linares y Ortega, 2008). Para señalar esto de manera metafórica se muestran dos figuras en forma de tablas para indicar lo esperado.

En la figura 3, se ejemplifica de manera gráfica que es lo que no se debe de hacer. Básicamente es señalar pocas situaciones y a partir de ellas intervenir, en búsqueda de la causa única del problema, centrado en la necesidad de tener resultados inmediatos por parte del terapeuta y dejando de lado el entendimiento de la complejidad del consultante.

Por otro lado, en la figura 4 se propone una búsqueda de varios datos, referentes a personas, situaciones o emociones (pueden ser reacciones del estudiante ante las narraciones de la queja planteada) y se relacionan para tener una hipótesis o un entendimiento más completo, con relación a un problema definido (Linares y Ortega, 2008; Laso 2014). Esto último es lo que se sugiere, la elaboración a partir de varias situaciones y personas para la explicación de la queja y no solo una opción como la única explicación del problema.

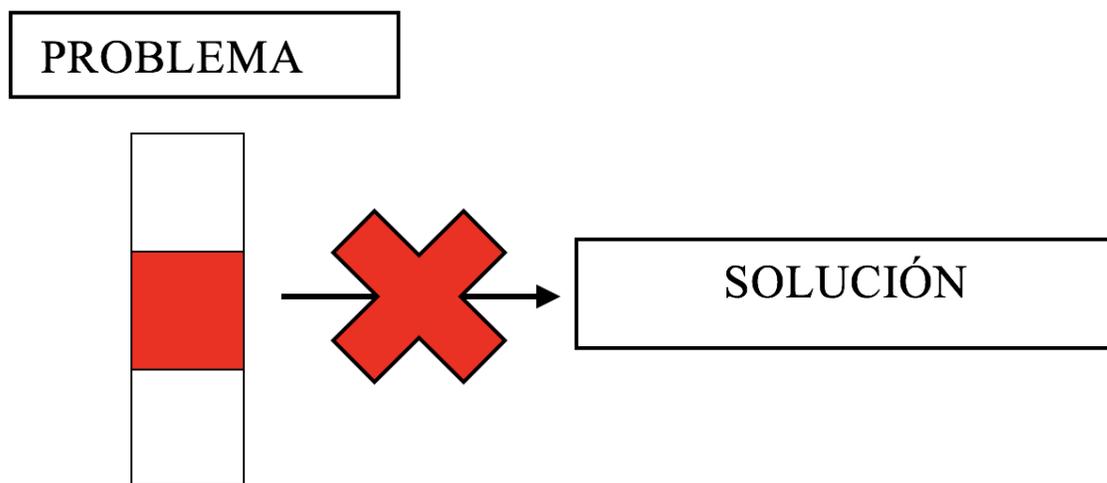
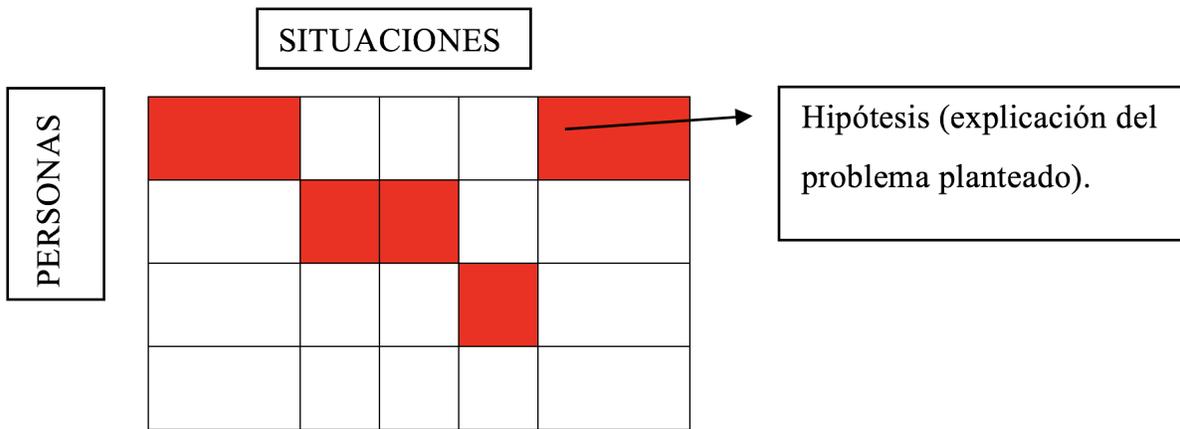


Figura 5. Análisis uni-causal (Fuente: elaboración del autor)*

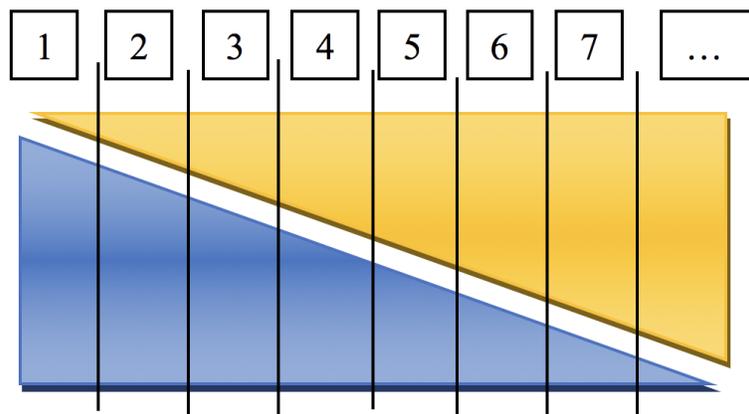
4 Aquí se señala una sola situación como la causa de la problemática del consultante, con otras dos opciones diferentes. Por ejemplo: el mal comportamiento del niño es por falta de límites, lenguaje emocional o agresión de la mamá, posiblemente se elige el segundo y con eso se explica el caso.



En las primeras sesiones la hipótesis se genera como base para plantear preguntas o para abrir temas y conocer mejor el contexto. Conforme avanza el caso la explicación planteada sobre el problema suma lo encontrado en el proceso, y lo añade cuidando la congruencia con las intervenciones y coherencia entre las ideas o conceptos (Linares y Ortega, 2008).

Como se dijo anteriormente, el ir construyendo el caso en las prácticas clínicas se da paulatinamente. La siguiente imagen (figura 5) muestra la relación entre los datos no ordenados y la conceptualización para las intervenciones. Los números son la entrevista en la que se está trabajando, el triángulo inferior es el espacio que se le da al conocimiento general de la persona o la familia y el triángulo superior a la integración teórica, donde está la hipótesis, la demanda e intervenciones específicas.

Al inicio, es poco el papel de la hipótesis y es mayor el interés en solo entender y hablar de diferentes temas. Conforme se avanza, será más sencillo tener algunas pautas que puedan tomarse para intervenir, hasta establecer en su mayoría un esquema de trabajo ordenado con una explicación e intervenciones consistentes.



(Fuente: Elaboración del autor)⁶

5 En esta tabla se señalan varias situaciones que se relacionan entre sí para explicar la problemática del paciente. Por ejemplo: el mal comportamiento del niño se debe al abandono de su padre junto con el exceso de horas de trabajo de su mamá, así como la falta de atención por parte de la escuela, debido a la gran cantidad de estudiantes.

6 Se muestra la relación entre el conocimiento no sistematizado del caso en las primeras sesiones (triángulo inferior) en comparación con la sistematización que se va logrando conforme avanzan las sesiones (triángulo superior).

Al indicar las primeras sesiones para conocer el contexto y definir el proceso psicoterapéutico como un proceso en evolución, se contienen las intervenciones apresuradas de los estudiantes con “nerviosismo” o la necesidad de dar una respuesta impulsiva que calme la ansiedad de la sesión por la falta de experiencia (Cozolino 2011; Linares y Ortega 2008). Por ejemplo:

La mamá se siente estresada, conforme avanza la sesión se puede ubicar que uno de los temas es el tener acuerdos en la limpieza de la casa. Una hipótesis sencilla puede ser la falta de claridad en las consecuencias y la poca escucha de los hijos al respecto. Los hijos se revelan porque no tiene sentido para ellos tanta exigencia, además se les dan órdenes contradictorias simultáneas, que dejan sin participación al hijo, centrando la petición en la desesperación de la mamá.

La intervención, relacionada con la hipótesis anterior, puede estar basada en hacer acuerdos e incluir la validación entre ellos, ya que la falta de escucha desde los modos de comunicación, es un indicador de problemas o síntomas (Ceberio, 2006). Se piensa que los acuerdos permitirán tener una mejor noción de la estructura familiar que influye en una mejor pauta de convivencia (Minuchin, 1974) y se buscará generar una forma diferente de atender la necesidad de la mamá (Medina, 2011), hablando de posibilidades más que de frustraciones.

Además, el terapeuta procurará enfocarse en intervenciones pragmáticas (Linares, 1996). Al papá se le podrá incluir pensando en cómo le gustaría compartirle la sesión, la idea es que estén presentes los integrantes o la mayor parte de la familia (Minuchin, 1974)⁷.

Contrario a lo anterior, sería que el terapeuta buscaría hacer que los hijos obedecieran y entonces le recomendaría a la mamá diferentes formas de aplicar premios o castigos. Probablemente la mamá seguiría insistiendo en la falta de obediencia de los hijos y seguiría con la queja de sentirse estresada. Esta forma de actuar uni-causal aumenta la ansiedad, mantiene el problema y evita tener un marco más amplio para entender el problema y el contexto, donde también participan los hijos y la pareja u otros adultos cercanos (Fishman, 1990).

EL CIERRE DE LA SESIÓN

Por último en este ámbito que es el *trabajo psicoterapéutico*, se integra un ciclo de acción donde constantemente se regresa a la opinión de la persona respecto a lo vivido al terminar la consulta. Aun habiendo diferentes estilos de cierre en las sesiones, todos buscan confirmar avances o escuchar su inquietud para entenderla mejor. Para ello se propone lo siguiente:

1. El primer tipo de cierre es una pregunta abierta donde se le pide al consultante que comente los efectos en él o en ella de la sesión. Se pueden incluir preguntas como: ¿qué te llevas de la sesión? ¿cómo te quedas después de esta plática? ¿cuáles fueron tus avances con relación a tu problema? ¿entendiste o notaste algo que no habías notado?
2. El segundo tipo de cierre incluye una dirección o sugerencia por parte del terapeuta y la aclaración queda como parte del consultante. Por ejemplo: hoy trabajamos con el tema de la relación de tu mamá, y reconociste que su ansiedad afecta en cómo te percibes a ti mismo, cómo retroalimenta tu miedo cuando estás con los demás, ¿qué opinas de esto? ¿hay algo importante que también trabajamos con relación a tu mamá? ¿notaste algún otro punto importante que se trabajó?
3. Por último, se puede trabajar con un cierre directivo. Aquí la idea es determinar el marco y el contexto de trabajo desde el terapeuta a pesar de las múltiples demandas del consultante. Por ejemplo⁸:
 - Terapeuta: ... hoy trabajamos con la comunicación de sus hijos al momento de pedirles apoyo en el aseo de su cuarto,

7 Este es un resumen de un caso que se trabajó en una sesión de terapia ultra breve, en OXYGEN A.C. Aunque no es un trabajo que han elaborado los terapeutas, es un ejemplo que se puede tomar y es común en la práctica del centro donde se acompaña.

8 Esta descripción no es un caso real, sino la construcción de una situación similar a un hecho real para clarificar el tipo de cierre que se menciona.

- Consultante: ...sí, pero creo que mi esposo no cooperará y además me gustaría trabajar con la limpieza de la cocina o que dejen de pelear, puede ser que también trabaje en su actitud en casa de su abuela...

Se insiste en el tema que se ha trabajado,

- Terapeuta: ...sí, creo que hay muchos temas relacionados que se pueden trabajar, es parte del proceso de buscar una vida mejor. Aun así, vamos avanzando poco a poco, por ejemplo, hoy se trató el tema de comunicación con sus hijos y me parece importante el nuevo modo que se encontró para pedir apoyo como un primer paso en este cambio que están buscando...

La falta de destreza se contiene con un cierre centrado en el otro. Lo importante es que se conozcan varias formas de terminar la sesión y sobre todo tener presente que lo importante es definir la sesión desde temas específicos relacionados con la meta que acordaron con los consultantes (Villegas, 1996) o en su defecto regresar al proceso de la persona y evitar asumir o interpretar acciones sobre lo que debería suceder.

VALORAR LOS PEQUEÑOS CAMBIOS

Como parte de este contexto, la noción de cambio desde lo pequeño o lo sencillo es una herramienta útil (Medina, 2011), mantiene la esperanza en el consultante y la confianza en el terapeuta. Las demandas pueden surgir juntas y cuando todavía no se resuelve una, ya está presente otra. Este planteamiento se refuerza desde una supervisión que facilite el encontrar nuevos caminos desde nociones modestas, es una propuesta que cuida al estudiante en formación y a las familias o la persona que se atiende (Linares y Ortega 2008).

No se piensa aminorar la realidad, sino seguir un camino de pequeños pasos en un proceso de aprendizaje de los *terapeutas* y atención de las personas y sus familias, procurando un ganar - ganar. Los consultantes pueden acercarse a un servicio de salud mental al que es complicado acceder en algunas ocasiones y los estudiantes pueden compartir sus conocimientos, adaptando lo que han aprendido a mejorar una realidad específica, con respeto, cuidado y dignidad, desde la propuesta del otro relacionado con su idiosincrasia (Freire, 1975).

LOS NIVELES DE INTERVENCIÓN

Cuando se trabaja en “el entrenamiento en psicoterapia” con estudiantes de licenciatura, no es el objetivo tener grandes cambios en las sesiones, sino ir desarrollando habilidades a partir de diferentes niveles de acción. Esta idea se apoya en los modelos evolutivos de supervisión mencionados por Daskal (2008)

...creados por Stoltenberg y Delworth, 1987; Willutzky, 1995; Frank Rzepka y Vaitl, 1996 y se apoyan en la idea de que los psicoterapeutas pasan por diferentes etapas en su desarrollo profesional y que por lo tanto, deben de ser tenidas en cuenta para adecuar las metodologías al momento de los supervisados (Daskal 2008, p.217).

La intervención básica consiste en llevar la entrevista solo para conocer a la familia o el consultante, a partir de preguntas sencillas de un formato que utilizan los terapeutas en el centro donde dan las asesorías psicológicas, una entrevista estructurada o una guía de acción planteada en supervisión. Las competencias que deben estar presentes son preguntas de indagación pertinentes y las acciones de cambio serán paráfrasis de lo que dicen o en otras palabras confirmar lo que se está entendiendo que dice el otro (Cozolino, 2011). Los *terapeutas* “requieren tener un modelo, estructura y claridad respecto del camino a seguir...” (Daskal, 2008, p. 217).

El siguiente nivel es la elaboración de una hipótesis e ir haciendo preguntas para confirmarla, con algunas intervenciones sencillas. Las competencias deben ser categorizar y ordenar la información presentada, así como la posibilidad de construir intervenciones a partir de sus explicaciones (González, 2009), “...las perspectivas teóricas se van haciendo más integrativas” (Daskal, 2008, p.

217). Por ejemplo, en este nivel suelen apoyarse en psicoeducación, validación de la persona u otros. Son esquemas sencillos, no por ello poco trascendentes.

El tercer nivel consiste en tener una estrategia definida, una conversación enfocada en cambios y procurar generar el mayor posible de acuerdo con un marco teórico. La técnica es más variada, pueden ser devoluciones con un fin en específico, una serie de confrontaciones sobre un tema u otro tipo de acciones que tengan una base compleja. Las competencias necesarias son de una abstracción mayor, así como un bagaje más amplio de técnicas y su uso pertinente. Se espera un manejo consistente de la teoría elegida que le permitan ser flexible a los cambios en la sesión: “Los terapeutas tienen posibilidades de conceptualizar sobre los pacientes y prácticamente no existen generalizaciones u estereotipias acerca de ellos” (Daskal, 2008, p.217)

El último nivel son intervenciones que permiten exploración de la vida del otro. Aquí sería similar al desarrollo personal profundo, parecido al acompañamiento en los ejercicios espirituales de San Ignacio de Loyola⁹, permitiendo trabajar con el flujo de conciencia (Mahoney, 2005). Los jesuitas mediante el silencio permiten que la persona experimente su mundo interno y una “voz profunda” responda ante su vida. Aquí no hay una respuesta, sino que lo que se cuida son conversaciones abiertas, señalando aspectos que llaman la atención o resaltan en el diálogo, para que la persona asimile de otra forma su experiencia.

2. SISTEMATIZACIÓN

DESCRIPCIÓN COMO BASE DEL PROCESO DEL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO

Cyrułnik (2005) reflexiona sobre la necesidad de ser etólogos en el trabajo de psicoterapia, que en este artículo se plasma en dar importancia a la descripción de lo observado, evitando interpretaciones de inicio.

Duncan, Hubble y Miller (2003) y Cozolino (2011) retoman el cuidado en la contratransferencia teórica. Los primeros ven este hecho como la base para ir al fracaso con los pacientes y el segundo lo nota como una carencia para lograr la alianza terapéutica.

Con relación a lo anterior, en la sistematización es fundamental basarse en la descripción de lo que vivieron los *terapeutas*. Se les pide redactar en el formato lo ocurrido en la sesión, donde puedan especificar lo que se hizo, se puedan ubicar los principales cambios o estrategias que se llevaron a cabo y el supervisor pueda dar seguimiento desde otro punto de vista. Además, su hipótesis debe tener una relación con lo descrito. Esto evita que la teoría se vuelva una realidad inamovible, se tiene que puntualizar lo que observan en un momento de la sesión, como lo organizan y que hacen con respecto a este entendimiento.

Por ejemplo, una *terapeuta* relata una hipótesis donde encuentra que la problemática del comportamiento del hijo está relacionada con la convivencia que tiene con su papá. Durante la descripción en el formato de seguimiento, se menciona que la mamá mantiene la queja del comportamiento del hijo; la terapeuta hace una pregunta al margen de la queja, sobre la relación con el papá, y la respuesta es insistir en la queja¹⁰. Posiblemente hace falta otra forma de intervenir para lograr incluir la relación con el papá o ese no es el tema a trabajar en este momento. Esta observación se comenta en las asesorías sobre el caso, con la terapeuta.

Además, esta acción de ir detallando las actividades revaloriza la visión del paciente o consultante, mantiene una actitud curiosa por parte del terapeuta, centrada en los hechos y narraciones, que genera conversaciones más abiertas a la experiencia del otro e influye en mayor flexibilidad frente a la explicación del problema e intervenciones más adecuadas.

A continuación, se explica cuáles son los principales apartados dentro de la sistematización.

9 Los ejercicios espirituales de San Ignacio de Loyola es una práctica de una congregación religiosa católica donde se busca la vocación y sentido de vida mediante la reflexión, en el silencio y a través de la persona de Jesús.

10 Este extracto es una síntesis de un caso supervisado.

Se incluyen en un formato sencillo, junto con datos generales como nombre del paciente, fecha y número de sesión.

LAS HIPÓTESIS Y MARCO TEÓRICO EN LA TERAPIA

En la psicoterapia es común que se hable de hipótesis del problema en diferentes lenguajes, desde la comunicación (Ceberio, 2006), mapas diagnósticos (Linares, 1996), o hipótesis sobre la estructura de la familia (Minuchin, 1974), entre otros. Se asumen perspectivas teóricas para explicar el problema como la visión psicodinámica, las bases psicoanalíticas o las bases de la Gestalt que dan razón del síntoma (González, 2009).

Primero, el terapeuta debe conocer la teoría del problema del paciente. Todo juicio sobre un posible diagnóstico queda como una posibilidad al margen de la conversación con el consultante o la familia (Fortes de Leff y otros, 2009), pasando por tener un conocimiento general, respondiendo a la pregunta ¿quién o quiénes son las personas con las que estoy presente? Las estructuras teóricas y su uso coherente y congruente, tienen mayor impacto desde esta perspectiva (González, 2009; Moreno y Zhon, 2013).

De manera concreta, los estudiantes, al momento de sistematizar los hechos que se vivieron en la sesión, incluyen al menos tres enunciados que expliquen el problema en el apartado que esta designado para la hipótesis, preferentemente relacionado con alguna teoría; evitando los prejuicios o la contratransferencia y la simplificación en el entendimiento del problema, que puede generar incomodidad en el consultante y disminuye la probabilidad de encontrar un cambio. Esto se relaciona con la figura 4 que ejemplificaba como el terapeuta debe de encontrar información para entender el contexto y no dejarse llevar solo por la necesidad del consultante o paciente de tener un resultado inmediato de mejora, a partir de una sola causa. Por ejemplo:

La madre rechaza a M y tiene preferencias por su hermano menor, 2) M se porta mal en su casa para que su mamá le haga caso, 3) los papás de M pelean mucho y eso lo pone triste¹¹.

INTERVENCIONES DURANTE LA SESIÓN

Las intervenciones que se especifican usualmente son las más significativas desde el punto de vista del terapeuta. Pueden ser dos o tres, incluyendo preguntas sobre aspectos de la vida de la persona o la familia que resalten alguna pauta o información importante. Ellos describen lo que estaba pasando durante la conversación, las acciones para favorecer el cambio y lo que sucede después.

En ocasiones, los *terapeutas* hacen una narración amplia, donde establecen de manera más detallada lo sucedido y donde señalan varias intervenciones, sin especificar las más significativas. Es un trabajo posterior, en las evaluaciones durante la supervisión, indican cuáles generaron un efecto profundo y cuáles son una conversación usual.

Lo que no anotan en este espacio son sus procesos internos o reflexiones personales. Si acaso tuvieran alguna duda o inquietud, la describen en el último apartado.

OBSERVACIONES

Al terminar su escrito de la hipótesis e intervenciones de su sesión, los *terapeutas*, anotan las reflexiones o reacciones emocionales durante el tiempo de atención. Pueden plantear temas a conversar en próximas ocasiones o actividades a realizar, algunos rituales o dinámicas que crean necesarios para seguir avanzando en su trabajo con la demanda.

Las dudas sobre la teoría o reflexiones sobre la misma pueden anotarlo en este último espacio. Esto es un ejercicio similar a la post-sesión (ejercicio de conversar sobre lo ocurrido al final de la consulta) que procuran Linares y Ortega (2008), en lugar de generar una discusión con el supervisor justo al terminar la sesión, anotan las ideas que después pueden ser retomadas para la reflexión del caso.

11 Es una hipótesis planteada por una terapeuta en las notas de un caso.

MANTENER UNA ACTITUD DE EXPERTO CON UNA DUDA PRESENTE

Al inicio de la psicoterapia los estudiantes tienen miedo a la experiencia de la “psicoterapia” y son vulnerables a cometer errores, que se toman como parte del proceso (Fortes de Leff, y otros, 2009). En este estado, es una tentación el querer dar respuestas cuando el consultante lo solicita, dar explicaciones y calmar la ansiedad con un discurso amplio sobre lo que está pasando o le está pasando al otro, basado en síntomas o diagnósticos, complicando la atención los terapeutas desde una visión uni-causal (Fortes de Leff, y otros, 2009; Duncan, Hubble y Miller, 2003).

Para evitar esta situación es necesario acompañar a los estudiantes en desarrollar una visión entrenada para ubicar pautas problemáticas y hacer preguntas o intervenciones para aclarar y seguir el discurso que va llevando el paciente, teniendo presente una actitud compasiva (Mahoney, 2005). De esta manera, ser un experto con una duda presente implica el tener en cuenta el proceso, no solo desde la visión teórica de lo que sucede, sino que los *terapeutas* deben permitirse la flexibilidad en los mapas, diagnósticos o esquemas que van formando para intervenir y estar abiertos a las sorpresas durante la conversación o interacción.

HUMILDAD Y TRABAJO PERSONAL

Aunque en las sesiones de terapia no es el objetivo trabajar la vida personal del estudiante (si se hace es una intención que habrá que aclarar), sí es necesario que se detecten las resonancias con la vida del consultante (Cozolino, 2011).

Por ejemplo, en algunas ocasiones sentirán coraje por la forma como se expresa el otro o las descalificaciones hacia la terapia. Con un trabajo personal y una actitud de humildad (el terapeuta es honesto con la experiencia que vive y asume que no tiene todas las respuestas) se puede evitar la lucha de poder para enfocarse de nuevo en la labor del espacio que es procurar atender una demanda que se podrá resolver con los recursos de la psicoterapia (Cozolino, 2011; Villegas, 1996).

En otros momentos, durante el entrenamiento, los *terapeutas* aplican herramientas que les han sido útiles en su vida, sin ser pertinentes para el consultante, y son pautas que señalan temas que se pueden trabajar en su vida (Cozolino, 2011; Fortes de Leff, y otros 2009). Estas respuestas “automáticas” se les indican a los *terapeutas* y se les invita a reflexionar si son temas a incluir en su proceso personal.

Y para atender sus necesidades en el acompañamiento se siguen sus reacciones emocionales durante la descripción del caso (Laso 2014a). El terapeuta puede tomar esta información para una mejor atención del consultante y para la atención de sí mismo.

4. SUPERVISIÓN

Cuando se da la supervisión y se revisan los casos se procura un esquema sencillo. Esta se realiza en dos momentos A) días después de las sesiones o B) Al terminar la sesión con la familia o el consultante.

Cuando es la opción A, en un inicio se les pide dibujen el genograma del caso en el pizarrón, que indica de manera gráfica las relaciones principales de la familia o de la persona respecto a su familia.

Después se les pide describan cuál es la necesidad de supervisión y en seguida se platica sobre el caso, iniciando con la queja o motivo de consulta, luego la demanda construida (si ya se tiene), la descripción de las relaciones o características de los integrantes y algunas situaciones significativas. Además se comparten algunas intervenciones y el efecto que han tenido.

Los compañeros preguntan para aclarar situaciones o hechos que se han mencionado, y luego hacen algunas sugerencias para ayudar a atender la necesidad planteada del supervisado, procurando tener un marco de referencia teórico y comentarios basados en los hechos presentados.

Se discute sobre los puntos de vista de los compañeros, se busca confirmar la utilidad o el sentido de lo que se comentan, para mejorar la situación descrita y el terapeuta supervisado va anotando las sugerencias para resolver el caso.

Durante este esquema de supervisión, se utiliza lo mencionado anteriormente: la tabla (figura 4) que conjunta los datos para elaborar la hipótesis, la relación del número de entrevistas y la importancia de la hipótesis o el conocimiento de la persona, las competencias que se han desarrollado, los estilos de cierre, el entendimiento de la persona antes que la interpretación teórica, etc. Junto con esto, se sugieren técnicas o prácticas específicas según el caso, se les pide investigar sobre el tema para la siguiente sesión o se analizan lecturas de apoyo sugeridas previamente.

Se cuida el contacto con la persona, ya sea a través de darle importancia en el cierre o durante la entrevista. Sobre todo, se hace referencia a su actitud cuando narran el caso, si hay una descripción teórica, lejana al usuario, ansiedad o una alianza que sigue las pautas problemáticas, se les indica para que lo hagan consciente, lo atiendan y modifiquen; ya sea para ser cercano, para atenderse en su proceso psicoterapéutico o para evitar ser parte del síntoma.

Si es la opción B, se retroalimenta al terapeuta justo al terminar la sesión con las bases anteriormente mencionadas, en un trabajo de post-sesión (Linares y Ortega 2008) en un diálogo sobre lo sucedido, buscando los puntos fuertes y reflexionando sobre los aspectos a mejorar.

5. RESULTADOS

Se ha supervisado a más de 30 estudiantes o *terapeutas* durante ocho semestres en más de 60 casos. El tiempo que se ha dedicado en la aplicación de este esquema han sido más de 200 horas, en supervisiones, días después de las sesiones y al terminar la sesión. Debido a la variabilidad en la constancia de los consultantes, y la elección de las prácticas cada período escolar por diferentes circunstancias, estos datos son aproximaciones.

En el ámbito de la intervención (el cual busca generar un esquema que ordene la forma como los *terapeutas* apoyan a las familias y a las personas a partir de una creación de una hipótesis coherente y congruente con las técnicas de cambio) en los primeros semestres, se ha confirmado que es complicado crear una que sea multicausal, los estudiantes suelen elegir solo una condición para resolver la problemática o poner objetivos para la sesión. Se guían por la necesidad de una explicación inmediata (Cozolino, 2010) y en la supervisión solo recuperan algunos contenidos sin poder entender todo el proceso en el que está la persona.

De igual forma, se ha encontrado cuáles son las principales intervenciones que se utilizan en un inicio, relacionadas con los primeros dos niveles que se proponen en la evolución de sus habilidades según Daskal (2008). Por ejemplo, la confrontación junto con el reconocimiento de los avances y recursos de la persona. La psicoeducación es otra de las formas como eligen intervenir, así como el juego con los niños para conocerlos y entender la dinámica que viven.

El desarrollo de la empatía o la relación entre teoría y práctica, es un trabajo constante y en sus inicios apenas alcanzan a comprender la relación que hay entre las mismas (Cozolino, 2011; Daskal, 2008). Después de dos años logran la construcción de conceptualizaciones con una base teórica más consistente, se observan avances en su proceso de aprendizaje al explicar los casos con los que trabajan.

No se alcanzan los niveles de atención más evolucionados, sobre todo el fluir de la conciencia (Mahoney, 2005). Lo que se ha hecho es favorecer a una actitud de respeto frente a lo sagrado que existe al compartir la experiencia en psicoterapia, basado en el trabajo de Juan Carlos Gutiérrez (2014). Probablemente la habilidad de acompañar en el fluir de la conciencia se refiera a un contenido complementario presente en los tres niveles previos y no solo un aspecto a desarrollar.

Con relación a la propuesta inicial de integrar una asesoría desde varios enfoques, se ha podido abrir el diálogo en los estudiantes que eligieron entre cuatro diferentes, el psicoanálisis vincular, la

Terapia Familiar, Gestalt, el Psicoanálisis Relacional y el Cognitivo- Conductual, desde la importancia de una formulación clínica consistente (González, 2009).

La descripción de la problemática desde la narración de los hechos referida por el terapeuta, ayuda a tener claridad para aplica el enfoque elegido (Cyrulnik, 2005). Además este proceso descriptivo evita una transferencia teórica (Duncan, Hubble y Miller, 2003) y subraya la importancia de entender al otro desde su ámbito personal y cultural (Anderson, 1999; Cozolino, 2011; Fortes de Leff y otros, 2009).

Al usar la tabla (Figura 6) donde conjuntan la información del caso y el entendimiento de la problemática, los estudiantes suelen reconocer claridad respecto el problema planteado, generan diferentes explicaciones o completan la que se tenía durante la supervisión, cumpliendo con la condición de tener información descriptiva antes que desarrollar interpretaciones teóricas como se dijo anteriormente (Cyrulnick, 2005; Fortes de Leff y otros, 2009). Más adelante conforme va evolucionando su capacidad, se suele tomar como referencia o como una herramienta para aclarar dudas más complejas.

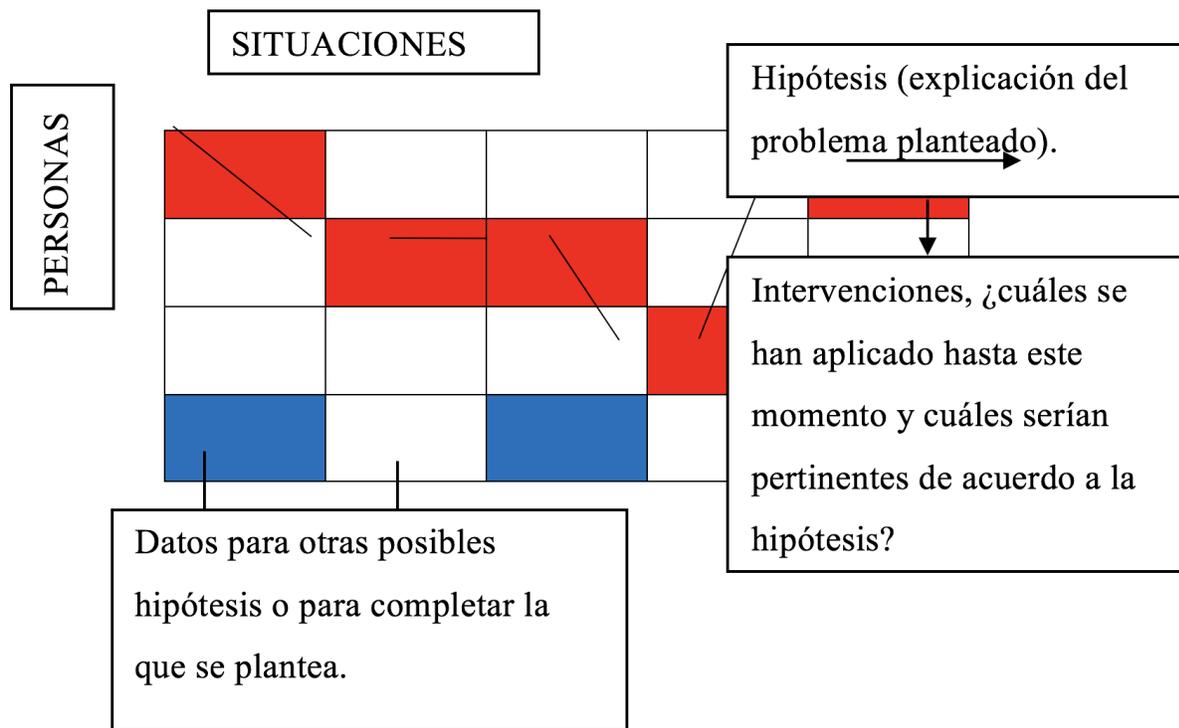


Figura 6. Análisis y síntesis de la información del caso (Fuente: elaboración del autor)¹²

Otra duda que surge en los estudiantes al ver la tabla que conjunta situaciones o personas (figura 6), es cómo definir o elegir las categorías que se plantean o qué se debe de anotar dentro de cada recuadro para organizar la información. Para ello se les sugieren algunas situaciones genéricas, como son: casa, trabajo y escuela y además se les sugiere que anoten a los principales actores en la narración de la persona, que suelen ser papá, mamá y hermanos, y luego describan lo que sucede en cada una de las intersecciones a partir de la narración del actor al que se hace referencia. Por ejemplo: ¿Qué hace la mamá en la casa, en la escuela del hijo o la hija y en el trabajo?, luego se sigue la misma lógica con el papá y con otros actores, como los hermanos.

¹² En esta tabla se especifica que al ir uniendo los temas que se relacionan con la intervención quedan otros fuera que por el momento no se integran del todo en la explicación del problema. Además, se señala la relación que existe entre las personas, las situaciones, la creación de la hipótesis e intervenciones de acuerdo a la hipótesis, como se mencionaba en un inicio.

Se mantiene abierta la posibilidad de organizar la información desde otras situaciones o personas que se pudieran encontrar pertinentes en la descripción del caso, como la casa de la abuela, un viaje, el mismo espacio psicoterapéutico e incluir otros actores como el tío, el vecino la mejor amiga o la abuela; procurando elegir los que tienen más relevancia en la narración de la persona. Lo principal es que relacionen la información a partir de un orden que no es una narrativa continua sino una relación lógica entre los datos, poderlos diferenciar o unir para generar una explicación compleja.

Junto con lo mencionado anteriormente, se ha hecho el análisis incluyendo términos teóricos, no solo situaciones generales, así como cuando se invitó a una profesora de otro enfoque a aplicar este mismo esquema. Pudiera existir un riesgo de una contratransferencia teórica (Duncan, Hubble y Miller, 2003), aun así, se recuperó la posibilidad de observar el análisis del caso bajo un esquema donde caben diferentes enfoques de la psicoterapia (González, 2009).

Asimismo, la elaboración de la demanda se aclara con el uso de la tabla (figura 6). El contenido que va surgiendo en la sesión se anota en las diferentes celdas y es utilizado para elaborar la variable independiente y aclarar el proceso que se relaciona con lo psicológico, no como una solución médica sino como una forma de interacción que implica el actuar del terapeuta y consultante (Villegas, S/N). Usualmente los estudiantes hacen más preguntas o toman en cuenta otros actores o situaciones para explicar el problema.

Por ejemplo, en el caso del niño M se llenan los espacios en la matriz que se ha trabajado (Figura 6), con las situaciones sugeridas (casa, trabajo, escuela) y se añade otra más (apoyo en la familia). Al dar tiempo para observar el resultado del ejercicio, uno de los terapeutas pregunta más por la actuación de la mamá cuando de inicio solo conversaba sobre la problemática del hijo. Al seguir esta duda se completa la pauta que está implicada en el bajo rendimiento del niño en la escuela y se crea una hipótesis compleja, que abona a una elaboración de la demanda más certera e intervenciones más pertinentes.

Además, en este ejercicio de dialogar sobre la relación entre las situaciones y personas, se ubican posibles contratransferencias¹³. En el ejemplo anterior, el terapeuta nota cómo la actitud de la mamá le genera molestia, haciendo referencia a la falta de cuidado y atención hacía el niño, y esta reacción la señala el supervisor para que se atienda como parte de un proceso personal.

Relacionado con el proceso de la elaboración de la demanda como una actividad que no se limita a uno de los enfoques, una terapeuta que llegó a trabajar unos días con esta propuesta comenta:

...Lo más valioso que aprendí fue a tener un objetivo con el paciente. En psicoterapia Gestalt planteamos como objetivos tres pilares que son: consciencia, responsabilidad y libertad...

Esto me da un sentido de orientación en mi práctica de acompañamiento, pues ahora mi acompañamiento tiene un rumbo y me he dado cuenta de que llevar un objetivo específico no limita al cumplimiento de los objetivos que se plantean en la psicoterapia Gestalt.

Por otro lado, es necesaria cierta capacitación sobre el esquema que se trabaja e iniciativa del estudiante en investigar desde su enfoque que ha elegido, para tener una mayor eficacia. La supervisión (Linares y Ortega, 2008) va guiando y reflexionando sobre el proceso que se da en cada caso desde los cuatro ámbitos descritos y sigue siendo una necesidad para los “terapeutas” el aprender a integrar la información de sus clases teóricas previas, la teoría del enfoque elegido y la práctica en la “psicoterapia” dada por ellos. Relacionado con lo anterior se adjunta el comentario de una de las “terapeutas”:

Uno de los mayores retos para mí, fue el no saber cómo explicar de forma teórica lo que yo hacía, es decir, sabía lo que hacía, tenía sentido para mí, era algo que funcionaba y notaba cambios, pero no tenía clara la información para explicarle a alguien lo que yo hacía.

13 Aunque no se especifica algún enfoque y no se pretende profundizar en los términos, se toma este desde Cazolino (2004) cuando reflexiona en los retos que tienen los terapeutas que inician ante sus primeros casos, donde una de las complicaciones puede ser el ver en el paciente las propias necesidades o problemáticas.

Por último, la forma de construir hipótesis no es un tema que asocien con la psicoterapia, por lo que hay que enseñar a integrar información para la construcción del caso y, además, con esta forma de organizar los datos obtenidos, que busca una relación cercana a lo sucedido en sesión (Cyrulnik 2005), se observa de manera más clara la complejidad de los factores relacionados con la queja, cómo construyen sus intervenciones, los cambios logrados o las dudas.

6. CONCLUSIONES

Para terminar, esta estructura procura facilitar el aprendizaje de la psicoterapia desde los factores comunes (Campagne, 2004; Moreno y Zhon, 2013) y dejar clara la necesidad del estudio y preparación para realizar asesorías psicológicas con calidad, basadas en la psicoterapia.

Junto con este objetivo se deberá trabajar en ajustar este esquema, en la medida de lo posible, a diferentes enfoques (González, 2009), sin buscar incluirlos a todos, sino tener una guía donde se puedan aplicar algunas propuestas representativas de las diferentes teorías que abordan la psicoterapia.

Aunque los estudiantes no son expertos, sí pueden ayudar a que las personas logren cambios en su vida, para lo cual es necesaria una estructura que lo facilite, que no se determine por un enfoque teórico (Cozolino, 2011) y que abone a su evolución como profesionales en este ámbito (Daskal, 2008). Por ello, es una herramienta útil tener ciertos puntos como los mencionados anteriormente (*trabajo psicoterapéutico*, sistematización, aspectos personales del estudiante y supervisión) así como los alcances según su etapa o semestre de formación que están cursando.

Además, esta forma de dar atención favorece el cuidado de las personas que solicitan ayuda, al escuchar su opinión sobre el proceso, seguir su ritmo y necesidades (Anderson, 1999; Laso, 2014a), y el terapeuta al cuidar el orden y lógica de su trabajo. Para confirmar esto se comparte el comentario de una terapeuta:

Este modelo me ha ayudado, en primer lugar, a tener una forma estructurada para llegar al objetivo. El tener una lista de pasos o de metas esperadas ayuda a saber a dónde te puedes dirigir. Que el modelo no esté planteado en lenguaje puramente teórico también me permite que lo pueda aplicar y ver en las cosas, ya no es solo buscar lo que dice la teoría o una explicación clara, sino con un modelo existente darle sentido y orden a lo que pasa. También me ayudó a tener un modelo más cercano a mí, ya no solo era la terapeuta experta o la experta, sino un trabajo entre dos personas.

El esquema desarrollado *trabajo psicoterapéutico-sistematización de la información, aspectos personales del estudiante dentro de una supervisión constante*, propone acompañar a las personas; al mismo tiempo permite que el terapeuta dé una atención adecuada, así como experimentar el aprendizaje, la mejora (Linares y Ortega, 2008) y, posiblemente, el interés en tener a la psicoterapia como una de sus principales inquietudes para la profesionalización en el futuro.

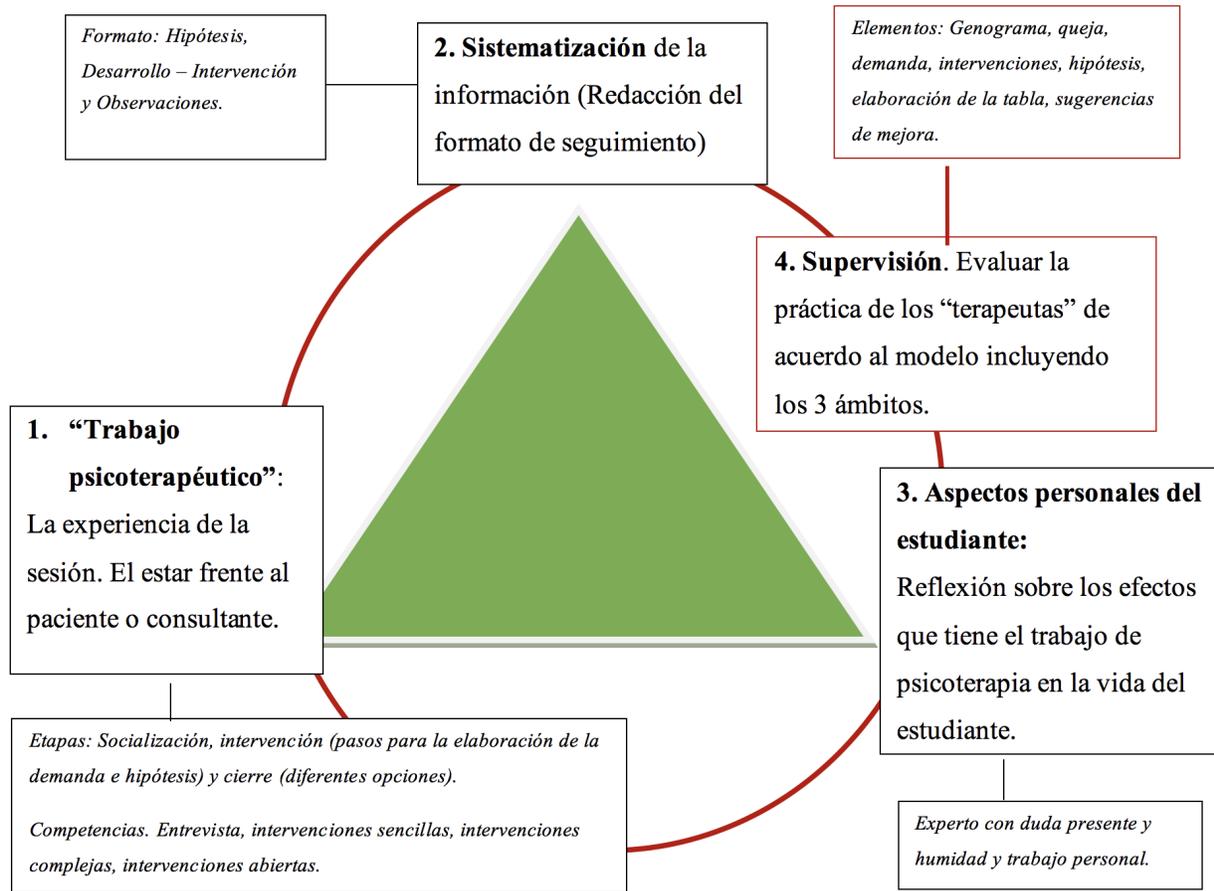


Figura 7. Modelo de intervención (Fuente: elaboración del autor).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Argentina: Amorrortu
- Campagne, M. (2004). *El terapeuta no nace, se hace*. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v34n121/original04.pdf>
- Ceberio, M. (2006). *La buena comunicación*. Buenos Aires: Paidós
- Cozolino L, (2011) Como ser un terapeuta. México: Paidós
- Cyrlunik, B. (2005). *Bajo el signo del vínculo. Una historia natural del apego*. Barcelona: Gedisa.
- Daskal, A. (2008). Poniendo la Lupa en la Supervisión Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, XVII* (3), 215-224.
- Duncan, B., Hubble, M. y Miller S. (2003). *Psicoterapia con casos imposibles*. Barcelona: Paidós.
- Fortes de Leff, J., Auron F., Gómez, M. y Pérez J. (2009). *El terapeuta y sus errores*. México: Trillas.
- Fishman, Ch. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Barcelona: Paidós.
- Freire, P. (1975). *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Ed Siglo XXI
- Gutiérrez, J. (2014). Terapia familiar y espiritualidad. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández, *Pensamiento Sistémico* (pp. 147- 168). México: Litteris.
- González, L. A. (2009). *Formulaciones clínicas en psicoterapia*, recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100009
- Laso, E. (2014a). El trabajo con emociones en terapia familiar: teoría y En R. Medina, E. Laso y E. Hernández, *Pensamiento Sistémico* (pp. 97-123). México: Litteris.
- Laso, E. (2014b). Práctica supervisada y el estilo terapéutico del alumno. Comunicación personal. Zapopan, Jalisco.

- Linares, J. (1996). *Identidad y Narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. y Ortega, J. (2008). *Terapia Familiar. Aprendizaje y Supervisión*. México: Trillas.
- Linares, J.L. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- Mahoney, J. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Barcelona: Paidós.
- Medina, R. (2011). *Cambios modestos, grandes revoluciones. Terapia Familiar Crítica*. México: Red Américas.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa,
- Moreno, S. y Zhon, T. (2013). *Psicoterapia Contemporánea*. México: ITESO.
- Nezu A., Maguth, C. y Lombardo, E. (2004). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales*. México: Ed. Manual Moderno.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Villegas, M. (1996). *El análisis de la demanda. Una doble perspectiva, social y pragmática*. Recuperado de http://centroitaca.com/pdf/biblioteca/Demanda_03.pdf

Questions in psychotherapy: Between Socrates and Karl Tomm

Tania Zohn Muldoon^a

^aDepartamento de Psicología, Educación y Salud Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), México.

Historia editorial

Recibido: 17-01-2020
Primera revisión: 04-02-2020
Aceptado: 04-02-2020

Palabras clave

proceso de psicoterapia,
método socrático, preguntas en
psicoterapia, interdisciplina

Resumen

Las preguntas en psicoterapia son un medio indispensable para lograr dos propósitos fundamentales: la comprensión del caso y la puesta en marcha de estrategias de intervención. A través de este dispositivo de interacción se identifican los pormenores de la problemática que presentan los consultantes, en las distintas dimensiones del vivir y se construye conocimiento complejo de su vivencia y significados. También, las preguntas son herramientas para intervenir, es decir, para promover el cambio que los consultantes buscan. En este artículo se pretende poner en diálogo dos perspectivas emblemáticas en materia de preguntas; el método socrático y la propuesta de Karl Tomm (1988) desde el pensamiento sistémico. Se presentan las tipologías que desde estas perspectivas se han construido y se brindan ejemplos para su uso.

Abstract

Questions in psychotherapy are indispensable tools to achieve two fundamental aspects: the understanding of the case and the implementation of intervention strategies. Through this interaction device, the details of the problems presented by the consultees are identified, in the different dimensions of living and the complex knowledge of their experience and meanings is constructed. Also, questions are tools to intervene, that is, to promote the change that consultees seek. This article intends to build dialogue between two emblematic perspectives about questions, The Socratic method and Karl's Tomm (1988) proposal from systemic thinking. The typologies constructed from these perspectives are presented and some examples are given for their use.

Keywords

psychotherapy process,
Socratic method, questions in
psychotherapy, interdiscipline

En el campo de la psicoterapia, las preguntas son una herramienta indispensable para la construcción de la interacción que favorece el cambio de los consultantes. Las preguntas, como instrumento dialógico, abren el camino de la exploración, la comprensión del otro y la intervención, a través del planteamiento de posibilidades y caminos de acceso a experiencias y significados alternos, que permiten una reconfiguración de las diversas dimensiones del vivir.

Las preguntas asumen distintas formas y matices, supuestos y propósitos. Constituyen un acercamiento inigualable a las problemáticas que presentan los consultantes y un dispositivo de intervención de gran alcance.

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la pregunta es una *interrogación que se hace para que alguien responda lo que sabe de un negocio u otra cosa*. Esta es, a todas luces, una definición que se queda muy corta en lo que a la práctica de la psicoterapia respecta. De entrada, podemos reconocer que, en psicoterapia, muchas de las preguntas que hacemos no tienen la intención de que el otro responda lo que sabe. De hecho, a menudo no estamos preguntando nada, estamos afirmando algo; afirmamos y ponemos signos de interrogación a nuestros mensajes, luego podría parecer que estamos preguntando algo. Podríamos decir que, en muchas ocasiones, afirmando invitamos al consultante a preguntarse algo.

En materia de preguntas, es fundamental comprender el contexto; no puede haber algo así como un mensaje sin contexto, es decir, el mensaje no puede separarse de sus condiciones de producción. En un acto comunicativo, por lo tanto, la intención es lo primordial y origen del mismo. En consecuencia, es imprescindible que al analizar un mensaje analicemos sus condiciones (o sus intenciones). En un proceso de psicoterapia, las preguntas se plantean en términos de una relación de ayuda; esa es la intención fundamental.

Existen diversas categorías y tipos de preguntas que se vinculan con la práctica psicoterapéutica. De entrada, están las preguntas que el psicoterapeuta plantea al consultante, que orientan el ejercicio de conversación para la comprensión del caso y la intervención; otra índole de preguntas, vinculadas de manera directa con las anteriores, son aquellas que se hace el psicoterapeuta acerca del consultante, tanto en términos de la información que requiere para conocerlo, como de las hipótesis que construye en cuanto a la problemática presentada y su posible tratamiento. Por otra parte, están las preguntas que el consultante elabora y plantea al terapeuta, en el marco de los asuntos que busca comprender y trabajar; estas tienen una concomitancia con otras preguntas, las que el consultante se hace a sí mismo, resultado del proceso reflexivo impulsado en la trama de la interacción con el psicoterapeuta. Una última esfera de preguntas en la práctica clínica tiene que ver con aquellas interrogantes que el psicoterapeuta le hace a la teoría, a los enfoques, a los autores. Las distintas categorías de preguntas que se plantean en este contexto suceden de manera simultánea y transversal, unas de modo más explícito, mientras que otras se presentan implícitamente en el curso del proceso psicoterapéutico.

El propósito de este artículo es centrar la atención en el primer tipo de preguntas; las que el psicoterapeuta les plantea a sus consultantes. Para ello, se pretende poner en diálogo dos aportes fundamentales en el terreno de las preguntas y la psicoterapia, en un intento por generar una reflexión de carácter interdisciplinar, que favorezca la integración de estrategias de intervención; el *Método Socrático* (o Diálogo Socrático) y la *categorización propuesta por Karl Tomm* (1988) para la entrevista de intervención en psicoterapia.

2. EL MÉTODO SOCRÁTICO Y SU RELACIÓN CON LA PSICOTERAPIA

Cuando se piensa en el trabajo de un psicoterapeuta, con frecuencia se le asocia al ejercicio de indagación acerca de la problemática que aqueja al consultante. Esta labor implica un proceso de interacción en el que las preguntas tienen un lugar central. Para discernir este tipo de preguntas, pro-

ponemos tomar como punto de partida las aportaciones del método socrático. Estos planteamientos servirán como medios para comprender el propósito y la construcción de preguntas que llevan a la reflexión, al conocimiento de sí mismo y a la generación de posibilidades distintas en el vivir.

El método socrático plantea que el ser humano es capaz de madurar y movilizar sus recursos, así como de reflexionar sobre las problemáticas que le aquejan. El propósito del diálogo socrático no es el de brindar una respuesta a las preguntas de otros, sino el de favorecer la capacidad de la persona para profundizar en su propia *psiqué* y reflexionar, con el fin de desarrollar su propio conocimiento por sí mismo. “La conversación adquiere significado como diálogo, más que como debate enfrentado o discusión informal. El intento de pensar con cuidado, detenimiento y profundidad distingue este método de otras formas de conversación...” (Chicharro, 2016 p. 44).

De la Torre Gómez (2003) sugiere que el propósito de Sócrates (tal como se perfila en los *Diálogos de Platón*), es que “el interlocutor descubra la verdad sobre el concepto que se está debatiendo, sea éste la inmortalidad del alma, la belleza o la virtud” (p.100), mas no como un resultado de la enseñanza del maestro, sino como resultado de su propia reflexión. “El interlocutor debe llegar a decir, por ejemplo, qué es la justicia, dar razón de ella, encontrar el fundamento que explique por qué es como es y no de otro modo” (p.100); en otras palabras, ha de encontrar su propia definición. Esto coincide con lo que señala Chicharro (2016) acerca del rol del facilitador en el diálogo socrático: “Su papel es tradicionalmente antiautoritario... se considera que el facilitador no debe indicar el camino ni intervenir, salvo en contadas ocasiones, en la sustancia del diálogo” (p. 46). Esto no quiere decir que el facilitador tiene una función pasiva, ya que hace todo cuanto puede para vigorizar el análisis crítico del asunto que se intenta discernir; lo hace planteando nuevas interrogantes.

De la Torre Gómez (2003) plantea que el método empleado por Sócrates se constituye de dos partes: una destructiva y otra creativa. En la primera fase, se toma como punto de partida la comprensión del interlocutor acerca del asunto que se conversa, permitiéndole descubrir las contradicciones y los errores de dicha comprensión. En la segunda fase, denominada mayéutica, se trata de favorecer al interlocutor el descubrimiento de la verdad que lleva en sí mismo. Un aspecto central del método es el uso sistemático de la “ironía socrática, que consiste en simular ignorancia sobre la materia de que se trata, con el fin de hacer aparecer la verdad a través del diálogo entre el maestro y el aprendiz” (p. 101).

El fundamento de este método es “la doctrina socrática de la reminiscencia” que implica una concepción racionalista acerca del funcionamiento perceptual; desde esta perspectiva las ideas y los significados “están en el alma de cada hombre, en estado latente, como adormecidas”. La función del maestro radica en alentar este proceso reflexivo de introspección en el aprendiz, a través del cual llega a conocerse. “El acto de conocer se produce cuando las Ideas se despiertan en el alma, reavivadas al contacto con el mundo sensible y mediante el recurso del diálogo” (De la Torre Gómez, 2003 p. 101).

La propuesta del método socrático aporta un insumo relevante de reflexión para el campo de la psicoterapia, en tanto la búsqueda de impulsar un proceso de discernimiento en distintas dimensiones del vivir, con el propósito de reconfigurar significados y vivencias vinculados con una situación problema. De acuerdo con Chicharro (2016) “El método socrático consiste en preguntar de manera reiterada hasta llegar a un punto en que [se] atisba una nueva idea, una nueva forma de concebir el problema” (p.47).

Se favorece este proceso en una espiral de destrucción o deconstrucción y de construcción o reconstrucción o reconfiguración; se hacen preguntas que favorecen la comprensión de la situación, se indaga acerca de la vivencia, la experiencia y los significados que el consultante edifica. Se exploran –y cuestionan- los supuestos que sostienen su pensamiento; se profundiza en la manera que construye su mundo emocional, se confronta la posición relacional que asume en el entorno de sus vínculos significativos.

Para algunos enfoques en psicoterapia, el uso del método socrático ha constituido un acercamiento importante en el trabajo con los consultantes. Específicamente en la terapia cognitiva este

método ha brindado un marco de referencia útil para la práctica clínica, al integrar ideas de la filosofía antigua, con estrategias cognitivas contemporáneas, entre las que sobresalen el interrogatorio sistemático y el razonamiento inductivo, como pilares que orientan el diálogo en la interacción psicoterapéutica (Overholser, 2011). De acuerdo con este autor, otro aporte central del método socrático al proceso de psicoterapia es la focalización de dos aspectos fundamentales: la superación personal y el cultivo de la virtud en la vida de todos los días. A través del método socrático, los consultantes pueden explorar asuntos importantes, clarificar sus metas de vida y esforzarse para mejorar su carácter moral.

Desde la perspectiva de la terapia cognitivo-conductual, James et al. (2010), han descrito las preguntas socráticas como un método que es útil para clarificar significados, provocar la vivencia emocional, promover un proceso de introspección (*insight*) y explorar acciones alternativas. Desde este mismo enfoque, Clark y Egan (2015) definen el método socrático como un proceso de exploración verbal que incorpora preguntas, ejercicios de síntesis y reflexiones (tanto del consultante como del psicoterapeuta), que favorece que los consultantes tomen conciencia, reflexionen y logren introspección en torno a un tema de discusión; con lo cual pueden generar sus propias conclusiones.

Padesky (1993) ha descrito de manera comprehensiva el método socrático desde la terapia cognitivo-conductual; esta autora resalta la importancia de este método como parte del proceso de “descubrimiento guiado” en este enfoque de psicoterapia, en donde el diálogo terapéutico debería buscar ayudar al consultante a considerar información relevante y a explorar explicaciones alternativas, en lugar de que terapeuta trate de convencer al consultante de llegar a ciertas conclusiones. Los temas que se discuten en el contexto clínico se exploran de una manera abierta, con curiosidad y con empatía, con el propósito de favorecer la ampliación de la perspectiva del consultante acerca de su situación problema y de las posibilidades de cambio que visualiza, al respecto de esta.

En el paisaje interdisciplinar que enmarca el campo de la psicoterapia, es relevante incluir un trazo que enlaza la propuesta del método socrático con la disciplina pedagógica. Resulta muy ilustrativo integrar las aportaciones que en pedagogía se han hecho a propósito de la facilitación de nuevos aprendizajes, de la reflexión, del conocimiento de sí mismo; de la transformación personal ¿Qué es la psicoterapia sino una invitación a estos procesos? Por ello, se puede entender un principio o sustrato similar; un profundo proceso de revisión, de reconfiguración de los saberes (de sí mismo, de los otros, del mundo), en el que interviene otro, que posibilita esta reflexión y en el centro de ello; las preguntas.

En el ámbito educativo, las preguntas constituyen un medio por el cual el profesor y sus alumnos, intercambian conocimiento. La manera de interrogar en el aula es clave por la función reguladora, cognitivamente hablando, dentro de los procesos de enseñanza-aprendizaje, especialmente en lo que se refiere a la organización y desarrollo del procesamiento cognitivo y del pensamiento crítico. De acuerdo con Montoya y Monsalve (2008), el método socrático permite generar procesos de aprendizaje basados en el respeto y en la escucha.

Estas nociones resultan de utilidad para el contexto de la psicoterapia, ya que en este también se busca favorecer procesos reflexivos que permitan la incorporación de formas nuevas o diferentes de comprender y vivir las problemáticas. En ese sentido, el pensamiento crítico abre posibilidades de cambio, al cuestionar las premisas que sostienen una narrativa saturada de conflicto.

Algunos autores (como Paul, 1993 y Acosta, 2002), han tomado como base el diálogo Socrático y han puesto a prueba diversas categorías de preguntas que se consideran efectivas para la activación del pensamiento crítico. Acosta (2002) estudió los efectos del diálogo socrático sobre el pensamiento crítico en estudiantes universitarios. Este autor toma como fundamento el trabajo de Paul (1993), quien propone una categorización de criterios y preguntas para activar procesos de pensamiento crítico. Este ejercicio se puede integrar provechosamente en el contexto de una interacción en psicoterapia, ya que permite el trabajo de reflexión acerca de las premisas que sostienen la posición y problemática del consultante en distintas esferas de su vida.

De acuerdo con Elder y Paul (2002), es fundamental aprender a “hacer preguntas sistemáticamente, comprensivamente y con extensión de visión” (p.56). A esta forma de construir preguntas los autores denominan Socrática. “El preguntador socrático indaga al pensamiento profundo” (p.56). Proponen estos autores que para hacer preguntas desde esta perspectiva se ha de practicar un pensamiento socrático: “...pensamiento indagante, analítico, sintético, creativo, que forma conexiones” (p.55).

Estas preguntas abordan prioritariamente como vía de entrada, la dimensión cognitiva de la situación problema. Sin embargo, al favorecer la reflexión movilizan otras facetas de la vida del consultante, y, por consiguiente, el cambio de manera integral. A diferencia del campo educativo, el uso de estas preguntas en psicoterapia exige del profesional un enorme cuidado para no usarlas en la búsqueda del mejor razonamiento; ya que el proceso de interacción en psicoterapia invita al cuestionamiento de los supuestos que sostienen el vivir con sufrimiento, a pesar de que estos supuestos puedan parecer razonables.

Por ello, lo que se presenta a continuación es una adecuación a la propuesta de Paul (1993) y Acosta (2002) del uso del método socrático para impulsar el pensamiento crítico, siempre poniendo en el centro que la búsqueda en psicoterapia es la verdad que el consultante precisa para alcanzar su bienestar integral, lo cual implica un proceso de transformación, ir más allá de sus procesos habituales de configuración cognitiva.

De acuerdo con este planteamiento se analizan una serie de estándares o pautas propuestos originalmente por Paul (1993) y revisados por Acosta (2002) que, aplicados en el entorno de la psicoterapia, permiten evaluar el carácter del razonamiento en torno a los problemas, asuntos o situaciones que el consultante experimenta. Un aspecto particularmente interesante, aplicando estas nociones a la práctica de la psicoterapia, es que se busca que los aprendices se responsabilicen por su pensamiento. Si bien estas preguntas han sido pensadas para favorecer el pensamiento crítico en el contexto educativo, pueden integrarse en el escenario de la práctica clínica, para comprender e intervenir en los significados y vivencias que el consultante construye y experimenta con respecto a las situaciones problema que le aquejan.

Conviene recordar que la sustancia del diálogo socrático -lo mismo que la psicoterapia- es el proceso de interacción. Como se sabe, en el ámbito de la psicoterapia, el vínculo que se construye entre terapeuta y consultante es lo que asegura en gran medida, un resultado favorable, como lo han verificado un sinnúmero de estudios sobre el tema. Las partes implicadas en este intercambio co-construyen la posibilidad del cambio, del aprendizaje.

Los criterios del pensamiento crítico, con base en la adecuación que Acosta (2002) hace de Paul (1993), y colocados en el contexto de la psicoterapia, son los siguientes:

1. Claridad, que refiere a qué tan comprensible es lo que se dice, lo que se plantea. En psicoterapia, es fundamental lograr que los consultantes planteen su situación y su perspectiva claramente; sobre todo es indispensable que el terapeuta capte lo que el consultante expresa y partir de esta comprensión, no de la propia.
2. Precisión, que apunta al detalle y la especificidad de las consideraciones que hace el consultante; en tanto que este conocimiento le brinda al psicoterapeuta la posibilidad de comprender la construcción subjetiva de la persona y los pormenores de su experiencia.
3. Exactitud, que alude a la certeza o veracidad de un pensamiento. Tiene que ver con la reflexión que se favorece en el consultante en torno a los supuestos de verdad que sostiene con relación a una situación o vivencia. Si bien en psicoterapia no se busca lo “verdadero”, es fundamental que tengamos noción de lo que es cierto o real para los consultantes, así como del proceso por medio del cual esto se verifica.
4. Pertinencia, que refiere a la capacidad cognitiva para considerar aquellos elementos que tienen relación directa con el tema que se está enfocando. Las preguntas por la pertinencia ayudan al consultante a enfocarse en el asunto que se busca comprender o elaborar.

5. Profundidad, que implica la destreza cognitiva para considerar e indagar acerca de la complejidad o diversidad de lo que se aborda. En psicoterapia, buscamos tener una comprensión compleja del consultante, al mismo tiempo que pretendemos promover la reflexión y el saber de sí en el consultante.
6. Amplitud, que refiere a la capacidad cognitiva de hacer alusión a diversos puntos de vista o perspectivas de aquello que se busca conocer. En este sentido, podemos plantear la relevancia de que el consultante logre considerar diferentes miradas en torno a sus representaciones y experiencias de su malestar.
7. Lógica, que supone la construcción de un razonamiento como una totalidad integrada de ideas, significados, vivencias y experiencias. En este sentido, se busca comprender la forma en que los consultantes pueden ser consistentes o coherentes en las distintas dimensiones de su vida.

3. PREGUNTAS SOCRÁTICAS Y SU APLICACIÓN EN PSICOTERAPIA

En relación con los criterios revisados, Paul (1992) ha elaborado una propuesta de categorización de preguntas basada en el método socrático, orientadas a la promoción del pensamiento crítico. Estas preguntas, utilizadas en el contexto del encuentro psicoterapéutico, pueden facilitar tanto la comprensión amplia de la situación del consultante, así como la búsqueda de vías para la intervención en la búsqueda del cambio. Con el empleo de estas preguntas se promueve el proceso integral del método socrático; la parte *destruktiva* que implica un cuestionamiento y deconstrucción de las premisas que sostienen el vivir en sus distintas facetas, y la parte *creativa*; en la que se toma como desafío el encuentro con nuevas verdades; se activan los procesos resignificación o reconfiguración, centrales en el trabajo para el cambio personal.

A continuación, se presentan las preguntas socráticas propuestas por Paul; se explica el sentido que cada uno de los tipos de preguntas tiene en el ámbito de la psicoterapia y se exponen ejemplos –generales y particulares– que refieren a situaciones problema que con regularidad se atienden en la práctica clínica.

1. Preguntas Conceptuales Aclaratorias.

Estas preguntas contribuyen a que el consultante desarrolle su capacidad reflexiva con respecto a lo que piensa y vive. Favorecen el dar cuenta de los conceptos o nociones que apoyan los argumentos que sostienen su modo de configurar sus significados.

- ¿Por qué dices eso?
¿Por qué dices que tu madre no te acepta?
- ¿Qué quieres decir con esto? ¿Cómo lo comprendes?
¿Qué quieres decir cuando mencionas que te sientes deprimido?
- ¿Cómo se relaciona esto que me compartes, con lo que hemos conversado antes?
¿Cómo se relaciona esto que vives en tu empleo con lo que hemos hablado de tu historia familiar?
- ¿Cuál es la naturaleza de esto que comentas?
¿Cómo puedes describir este sentimiento de tristeza?
- ¿Qué es lo que sabes con relación a esto?
¿Qué te queda claro con relación a este pensamiento negativo?
- ¿Puedes darme un ejemplo?
¿Me puedes compartir un ejemplo de tu manera de relacionarte con tus compañeros?
- ¿Lo que quieres decir es...o...?
¿Lo que quieres decir es que otros no te aceptan o que tú no te aceptas?

Como se puede apreciar, estas son preguntas que ayudan a profundizar en la comprensión y vivencia del consultante, y que se pueden aprovechar para conocerlo de una manera más precisa, al tiempo que se genera un espacio que posibilita la escucha de sí mismo.

2. Preguntas para comprobar conjeturas o supuestos

Estas preguntas favorecen que el consultante medite acerca de sus presuposiciones y creencias no cuestionadas, en las que apoya sus argumentos, o -podríamos decir- su relato dominante. Esto tiene el propósito de sacudir las bases en las que se sostienen dichos argumentos y con eso lograr avances en la exploración de otros terrenos de posibilidad, tanto en lo que respecta a la configuración cognitiva, como al respecto de otras esferas experienciales, como la vivencia emocional y relacional.

- ¿Qué otras ideas podrías suponer o asumir?
¿Podrías considerar otras razones por las cuales tu esposo no es cariñoso?
- ¿Estás suponiendo que esto es así?
¿Tú asumes que lo que tu hermana plantea es en contra de ti?
- ¿Cómo llegaste a elegir esto supuestos?
¿Cuál es la historia de estas ideas en las que basas tu relación con tu jefe?
- ¿Explicame cómo concluyes esto?
¿Me podrías explicar cómo concluyes que tu esposa no es una buena madre?
- ¿Cómo puedes verificar este supuesto?
¿Qué información tienes para asegurar que no podrías acercarte a tu hermana?
- ¿Qué pasaría si este supuesto no existiera?
¿Cómo te sentirías contigo misma si nunca hubieras aprendido a menospreciarte?
- ¿Estás de acuerdo o en desacuerdo con esta creencia?
¿Estás de acuerdo con la creencia de que la infidelidad significa el fin de una relación?

Con estas preguntas, podemos dar un paso más allá del momento de la comprensión de los significados del consultante, pasando a un modo interventivo más evidente a través de un proceso de cuestionamiento. Con estas preguntas se posibilitan la reconfiguración y el reencuadre.

3. Preguntas que exploran razones y evidencia

Estas preguntas contribuyen a que el consultante profundice en las explicaciones que ha construido con relación a sus pensamientos, acciones, emociones y formas de relacionarse. Permiten trascender lo que dan por hecho, para buscar indicadores distintos o nuevos que les abran la perspectiva a nuevas maneras de vivirse.

- ¿Por qué crees que está sucediendo esto?
¿Cuáles son las razones que tienes para mantener en silencio lo que sientes?
- ¿Son estas razones suficientemente fuertes?
¿Crees que estas razones podrían ser descartadas si encuentras eco y escucha en otros?
- ¿Cómo sabes que esto es así?
¿Qué certeza tienes de que tu pareja busca alejarte?
- ¿Me puedes dar un ejemplo de eso?
¿Podrías compartirme un ejemplo de lo que pasó cuando buscaste expresar tu molestia?
- ¿Qué evidencia existe para sostener esto que dices?
¿Estás cierta de que esta historia entre tus padres sucedió como dice tu padre?

Esta modalidad de preguntas implica una posición de mayor confrontación por parte del psicoterapeuta, al colocarse como el que cuestiona la visión del consultante en torno a diversos ámbitos de su experiencia. Todas estas son preguntas que nos asisten en la indagación de las hipótesis que el consultante ha construido a propósito de su situación. Por consiguiente, nos pueden orientar también en la clarificación de nuestras propias hipótesis.

4. Preguntas sobre puntos de vista y perspectivas

Lo que busca el psicoterapeuta con estas preguntas, es que los consultantes integren otros puntos de vista relacionados con las visiones que hasta ahora han sostenido con relación a sus situaciones problema, los modos de vivirlas y de habitar los diversos ámbitos o dimensiones del vivir.

- ¿De qué otra manera crees que se podría encuadrar esta situación?
¿Habría posibilidad de tener otra explicación acerca de tu enojo con la vida?
- ¿Habría otras alternativas para mirar esto?
¿Has considerado que tu excesiva cercanía con tu madre fue lo que te alejó de tu padre, y no el que tu padre fuera distante?
- ¿Podrías describirme por qué es necesario sostener esta versión de los sucesos?
¿A qué tendrías que renunciar si consideras que mereces ser amada?
- ¿Qué pasa si comparas tu vivencia/tu sentir cuando consideras otras explicaciones?
¿Cómo te sientes si consideras que la razón de su distancia es su miedo a ser lastimado y no así el hecho de que no te quiera?
- ¿Qué contra argumentos podrías encontrar para refutar tu punto de vista?
¿Qué fortalezas ven en ti tus amigos, que contradicen tu visión de ser débil?

Como podemos ver, estas preguntas abren la posibilidad de construir nuevas narrativas; aquellas que el psicoterapeuta ayuda a generar, para deconstruir el modo en que el consultante sostiene y afirma su versión de las cosas, de sí mismo, de los demás. La pesquisa de nuevas explicaciones es un ejercicio fundamental en el trabajo clínico; requiere un ejercicio de destrezas de interacción que permitan la confrontación, la reflexión profunda y el proceso de desprendimiento de posiciones que se atesoran –con un alto costo en términos del bienestar personal- pero que se pueden transformar, para dar paso a comprensiones y vivencias distintas, más sanas.

5. Preguntas para comprobar implicaciones y consecuencias

Los argumentos que brindan los consultantes, para mantener su versión de la situación que viven, tienen derivaciones lógicas que se pueden reflexionar. A través de estas preguntas, el psicoterapeuta fomenta una revisión de lo que conlleva adherirse a ciertas perspectivas de vida que no favorecen el crecimiento personal ni el bienestar emocional de los consultantes.

- ¿Tiene sentido esta manera de pensar/sentir/actuar?
¿Qué implica en tu vida de pareja seguir adherida a tu familia de origen?
- ¿Qué pasaría si haces un movimiento en esta forma de pensar?
¿Qué sucedería contigo si dejas de considerar a tu pareja como tu enemigo?
- ¿Cuáles son las consecuencias de esta suposición en tu relación con los demás?
¿Cómo impacta la relación con tus hijos el peso de consenso social con relación a lo que debe de ser una buena madre?
- ¿De qué manera afecta tu estabilidad esta perspectiva?
¿Te das cuenta el desgaste emocional de vivir atada a las expectativas de tus padres?

Los planteamientos de los consultantes, sus visiones de la realidad tienen implicaciones en diversas dimensiones del existir. Es importante indagarlas y ponerlas a revisión, para reflexionar, favorecer el darse cuenta y la toma de conciencia, así como abrir la posibilidad a caminos distintos a los que la postura actual apunta. Desde luego, estos planteamientos requieren un vínculo sólido

entre psicoterapeuta y consultante, una alianza terapéutica que favorezca la reflexión, la expresión emocional y el soporte psicoterapéutico frente al análisis de las consecuencias, muchas veces dolorosas y desgastantes, de una forma de vivir.

6. Preguntas sobre las preguntas

Esta clase de preguntas tienen como propósito generar un proceso de reflexividad en torno a los asuntos que se abordan en la conversación, volteando las preguntas hacia las preguntas mismas. Se pueden utilizar las preguntas formuladas por el psicoterapeuta y por los consultantes para activar una meta comunicación.

- ¿Cuál era el propósito de formular esta pregunta?
¿Cuál es el sentido de preguntarnos por otras opciones en tu modo de expresar las emociones?
- ¿Cuáles son las razones por las que crees que formulé esa pregunta?
¿Qué supones que estoy buscando con estos cuestionamientos acerca de estas creencias familiares que te mantienen presa de un enojo histórico?
- ¿Qué quiere decir eso que hablamos?
¿Cuál es la importancia de preguntarnos por las consecuencias de tu forma de beber?
- ¿Cómo se puede utilizar esta pregunta en situaciones del diario vivir?
¿Consideras que te puede servir el usar estas preguntas acerca de tu manera de guardar lo que sientes, para revisar por ejemplo, las situaciones que vives en tu empleo?

Estas preguntas resultan provechosas al voltear la mirada al proceso de interacción que se suscita entre el consultante y el psicoterapeuta. También pueden resultar de utilidad en diversas circunstancias de vida del consultante. La metacomunicación aclara dudas y facilita el trabajo a través del vínculo terapéutico.

Como ya se mencionó, un atributo central de las preguntas socráticas es buscar que el consultante genere sus propias respuestas. Este es un tema esencial en un proceso de psicoterapia, que además coincide con las propuestas de diversos enfoques en el campo, incluyendo desde luego la terapia cognitiva. De acuerdo con Beck y colaboradores (1979), en psicoterapia es fundamental centrar el esfuerzo en captar lo que el consultante está pensando y viviendo, en lugar de decirle lo que el terapeuta cree que está pensando o viviendo.

Las preguntas desde el método socrático funcionan como un medio excelente para comprender la situación del consultante y la problemática que este presenta; asimismo, constituyen un modo de intervención útil, al promover la generación de procesos de reconfiguración y reestructuración cognitiva (Froján-Parga, Calero-Elvira y Montaña-Fidalgo, 2011), que a su vez favorecen la activación de movimientos en diversas dimensiones de la vida de los consultantes, como la emocional, la relacional y la conductual. Con todo, su sentido primordial es atender el nivel cognitivo de la experiencia del consultante.

Para ampliar el radio de impacto de las preguntas que utilizamos en psicoterapia, a continuación, se aborda la propuesta de Karl Tomm (1988), intentando un tejido interdisciplinar con el método socrático. El rumbo de este diálogo entre propuestas es la integración de diversas dimensiones en el trabajo del psicoterapeuta y la ampliación de estrategias para la comprensión del caso y la intervención.

4. KARL TOMM Y SUS PREGUNTAS PARA LA INTERVENCIÓN

La propuesta de Karl Tomm (1988), es un planteamiento que tiene vigencia en el ejercicio de la psicoterapia; no solo desde la perspectiva familiar sistémica -dentro de la cual vio la luz- sino,

para distintas aproximaciones del trabajo clínico. Esta propuesta es un acercamiento comprehensivo acerca de la interacción psicoterapéutica, sus propósitos y resultados.

Tomm (1988) formula un marco de referencia para distinguir cuatro categorías de preguntas y nos ofrece un catálogo de implementos relacionales para el quehacer en psicoterapia. Lo hace a partir de la comprensión de dos dimensiones básicas de las preguntas: los propósitos y las suposiciones.

1) Propósitos de las preguntas que plantea el psicoterapeuta: orientación o influencia.

Para el autor, toda pregunta lleva implícita alguna intención. Sea consciente de ello o no, el psicoterapeuta tiene un propósito al preguntar. Esta intención se vincula tanto con la postura conceptual, así como con el diseño de la estrategia de trabajo, lo que orienta la toma de decisiones en cada instante de la conversación. Para Tomm, la intención más habitual de las preguntas es indagar para desarrollar la comprensión del terapeuta acerca de la situación de los consultantes. A través de las preguntas, se convoca al consultante a compartir problemas, experiencias, historias, esperanzas, y expectativas. Se busca "...acoplarse lingüísticamente con los clientes, establecer distinciones relevantes sobre sus experiencias y generar explicaciones clínicamente útiles sobre sus problemas" (p.2)

En una fase inicial del proceso, es natural que los consultantes respondan según la visión que ya tienen. Esto significa que el psicoterapeuta busca *orientarse* respecto a la situación problemática del otro, lo cual le requiere definir, explorar, clarificar, comprender. Así, en la fase inicial de un proceso, el terapeuta plantea, sobre todo *preguntas orientadoras* (Tomm, 1988).

Conforme evoluciona el proceso y se fortalece la alianza de trabajo, emergen ocasiones especialmente oportunas –aperturas– para realizar alguna intervención, para influenciar. Al tomar estas coyunturas, se busca favorecer en el consultante el cuestionamiento o la modificación de sus puntos de vista, maneras de interactuar, la vivencia emocional, así como su conducta. Resulta provechoso tomar estas oportunidades planteando intervenciones en forma de preguntas; de esta manera el psicoterapeuta no está indicando al consultante lo que es o debería ser, sino que está averiguando –junto con este– lo que puede ser, lo que se alcanza a atisbar como posibilidad. El psicoterapeuta comparte de esta manera, sus hipótesis, conservando el carácter tentativo de las mismas. Entonces el terapeuta formula preguntas de influencia (Tomm, 1988), el tipo de preguntas capaces de desencadenar un cambio terapéutico.

Desde luego, cualquier pregunta que se plantea puede implicar propósitos mezclados; lo que es crucial es que el psicoterapeuta tenga conciencia y claridad de sus intenciones durante el proceso en el que va decidiendo qué preguntar.

2) Suposiciones que fundamentan las preguntas del psicoterapeuta: lineales o circulares

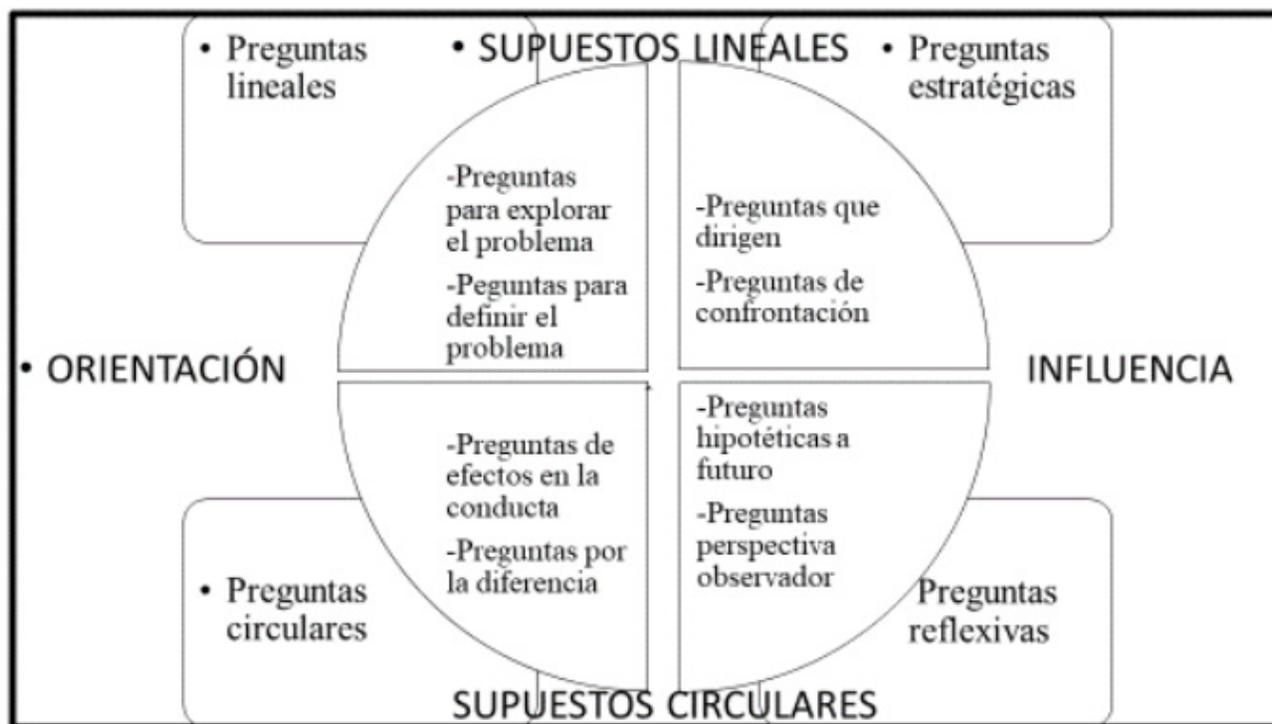
Además de los propósitos, existe una segunda dimensión para diferenciar las preguntas que hace el psicoterapeuta; tiene que ver con las hipótesis o conceptualizaciones con relación a las problemáticas de los consultantes y al proceso de psicoterapia. Los supuestos orientan la búsqueda implicada en la formulación de preguntas, a modo de explicaciones preexistentes acerca de los problemas psicológicos y en torno al cambio personal.

Tomm (1988) propone diferenciar estos supuestos desde dos categorías básicas: linealidad y circularidad. Los *supuestos lineales* refieren a hipótesis reduccionistas, desde las cuales los problemas psicológicos se explican como sucesiones de causa-efecto. Por su parte, los *supuestos circulares* refieren a miradas ecológicas, holistas, en las que se plantea la comprensión de las problemáticas y del cambio desde la interacción, las estructuras organizacionales y las aproximaciones sistémicas. Adoptar la perspectiva circular implica la renuncia a considerar un acontecimiento como causa suficiente de otro y además lleva a analizar las relaciones recíprocas entre los eventos y las acciones humanas (Bateson, 1972; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967).

Es importante aclarar que estas posiciones conceptuales no son necesariamente excluyentes, ni opuestas, sino que se pueden complementar. En psicoterapia, el diálogo entre diversas perspectivas teóricas y entre distintas disciplinas enriquece la comprensión y el tratamiento de las situaciones problema de los consultantes, permitiendo un acercamiento complejo a una realidad compleja (Morenno y Zohn, 2013; Zohn, 2018). Al respecto, Tomm (1988) señala que "...la distinción entre lineal

y circular puede considerarse como complementaria...pueden...enriquecerse el uno al otro” (p.3).

Derivado del entramado de las dos dimensiones propuestas y sus respectivas categorías internas, Tomm (1988) plantea cuatro tipos de preguntas, que se sintetizan en el siguiente esquema: Lineales, Circulares, Estratégicas y Reflexivas.



Tomado de Tomm (1988)

El resultado de la confluencia de propósitos exploratorios y supuestos de tipo lineal, son las denominadas *preguntas lineales*. Tomm (1988) refiere que este tipo de preguntas son las que se utilizan sobre todo en el inicio de un proceso de psicoterapia en donde el profesional busca conocer los elementos descriptivos básicos de la situación del consultante; se pretende construir una comprensión con respecto a la definición y la explicación del problema. Son preguntas que inquieren por los “¿qué?, ¿quién?, ¿cómo?, ¿cuándo? ¿por qué?” de las situaciones. Si bien estas preguntas no nos conducen a orientarnos en los aspectos más complejos de la problemática, son imprescindibles para conocer el advenimiento y evolución de la situación. Un punto que no enfatiza Tomm y que resulta fundamental con este tipo de preguntas, es la indagación de la perspectiva de los consultantes, la manera en que estos describen, explican y relatan su malestar. En términos del método socrático, se construyen como las *Preguntas Conceptuales Aclaratorias* (Paul, 1992), que nos ayudan a dar cuenta de los conceptos y las nociones de los consultantes. En términos de la interacción, estas preguntas implican una posición más distante investigativa, para tener datos precisos, claros y veraces (Acosta, 2002) de la condición de los consultantes.

Las preguntas lineales tienen, por lo general, un efecto conservador con respecto a la concepción de los consultantes acerca del problema (Tomm, 1988). Brindan explicaciones que son similares a lo que los consultantes plantean -el encuadre lineal (Minuchin, 1974); y no invitan a concebir miradas nuevas. Con todo, este tipo de preguntas son necesarias para que el psicoterapeuta tenga información básica de la problemática; con esta información puede, junto con el proceso de construcción del vínculo con el consultante, adentrarse en comprensiones más complejas, que posibiliten el cambio. Enseguida se presentan algunos ejemplos de estas preguntas:

¿Qué es lo que te trae por aquí? ¿En qué te puedo ayudar?
 ¿Cómo defines la situación que quieres trabajar en el proceso de psicoterapia?
 ¿Cuándo iniciaron estos síntomas que me describes?
 ¿Pasó algo significativo con lo que asocies el inicio de esta situación?
 ¿Cómo te diste cuenta de que esto era un problema?
 ¿Por qué consideras que esto es algo importante para atender en psicoterapia?
 ¿Qué piensas de esto que estás viviendo?

El segundo tipo de preguntas que plantea Tomm (1988) son las *preguntas circulares*, también tienen un propósito exploratorio, pero estas se basan en hipótesis de circularidad, de construcción sistémica. A diferencia de las *preguntas lineales*, este segundo tipo de preguntas consideran que el origen y desarrollo de los problemas tienen que ver con el contexto y con la interacción, más que con asuntos de carácter interno e individual. Por eso, este tipo de preguntas también pueden ser, en términos socráticos, de tipo Conceptual Aclaratorias (Paul, 1992), pero asumiendo que "...todo está conectado de alguna forma con todo lo demás. Se formulan preguntas para poner de manifiesto los «patrones que conectan» personas, objetos, acciones, percepciones, ideas, sentimientos, eventos, creencias, contextos, etc., en circuitos recurrentes o cibernéticos" (Tomm, 1988 p. 5).

Otro referente socrático de este tipo de preguntas son las que Paul (1992) ha denominado *Preguntas que exploran razones y evidencia*; al igual que las preguntas circulares, buscan conocer profundamente el razonamiento de los consultantes, lo que sostiene su forma de vivir. Desde luego, las preguntas circulares van más allá en tanto que integran el pensar sistémico-relacional, en virtud del cual se busca comprender las pautas que conectan, evaluar la problemática como un fenómeno de carácter multidimensional y complejo.

Este tipo de preguntas suelen tener un efecto liberador (Tomm, 1988), por cuanto permiten ofrecer al consultante una visión alternativa –ecológica- de las situaciones de malestar que vive. Si lo consultantes logran reubicar el sufrimiento individual como un engrane de un conjunto más amplio de patrones de interacción, de percepción y de construcción de significados, podrían también transformar la posición relacional que está vinculada a su problemática, así como sus acciones, pensamientos y vivencia emocional. A continuación, se presentan algunos ejemplos de este tipo de preguntas.

¿Qué consecuencias ha tenido esta situación en tu relación familiar?
 ¿Cómo reaccionas cuando tu hijo no obedece tus indicaciones?
 ¿De qué manera participas en la dinámica de relación que vives en tu empleo?
 ¿Cuál es la respuesta que tienes ante los señalamientos de tu hermana?
 ¿Qué tipo de pensamientos desencadenan tu respuesta emocional frente a la presión?

Un tercer tipo de preguntas son el producto de la interacción entre propósitos de influencia y supuestos lineales. Estas son las preguntas que Tomm (1988) denomina *estratégicas*. Estas preguntas se utilizan cuando el psicoterapeuta considera que el caso requiere medidas correctivas. Son preguntas que sugieren cambios en términos de la perspectiva del psicoterapeuta, de lo que este considera debe suceder con la situación del consultante. Las preguntas estratégicas sugieren un rumbo de acción; son intervenciones directivas y en muchas ocasiones, confrontadoras. En palabras de Tomm (1988), estas preguntas implican una "interacción instructiva" (p.5). Desde luego, al ser instrucciones planteadas como preguntas, la directividad puede quedar velada o encubierta, sin embargo, el mensaje que se expresa es claro: algo no está funcionando como debería y requiere ser modificado de acuerdo con el criterio del psicoterapeuta.

En la utilización de este tipo de preguntas, el psicoterapeuta ha de ser especialmente consciente de los riesgos para la alianza terapéutica, por lo confrontadoras que pueden resultar este tipo de intervenciones. Enseguida, algunos ejemplos:

¿Has considerado que, si tú no actuaras como intermediaria entre tus padres, te sentirías mejor?
¿Te das cuenta cómo pensar de esa manera acerca de ti, te mantiene paralizada en lo profesional?
¿Cómo sería la relación con tu bebé si no te exigieras tanto como madre?
¿Qué crees que sucedería contigo si te deshicieras de las cajas que ocupan espacio en tu casa?
¿Qué se requiere para que tomes la decisión de vivir solo y hacerte cargo de tu vida?
¿Qué pasaría si hablas con tu madre acerca de tus propias necesidades?

Las preguntas estratégicas son preguntas de intervención; su esencia es favorecer el cambio en el consultante, poniendo como punto de partida las consideraciones del psicoterapeuta. Pueden utilizar diversos recursos socráticos, como el cuestionamiento acerca de las conjeturas o supuestos que sostienen la visión de verdad del consultante, así como de sus puntos de vista y perspectivas, desde las cuales enfoca sus circunstancias de vida (Paul, 1992). Al hacerlo, el psicoterapeuta adopta un modo directivo y confrontador.

Un último tipo de preguntas, son aquellas que tienen propósito de influencia y se sostienen en supuestos circulares o sistémicos acerca de los problemas; las preguntas reflexivas. La intención de este tipo de preguntas es facilitar el cambio en la vida de los consultantes, al tiempo que se considera que estos tienen autonomía y que, con base en ese proceso de facilitación, pueden tomar las decisiones de qué o cómo cambiar. Esto, como resultado de un proceso reflexivo complejo en torno a la situación, que permite la búsqueda de opciones, así como la movilización de los recursos del sistema. La posición del psicoterapeuta, a diferencia de la que toma en las preguntas estratégicas, es menos directiva; plantea preguntas más abiertas, que ayudan a visibilizar distintas opciones, sin sugerir específicamente alguna de ellas. Este tipo de preguntas han tenido una evolución interesante en la perspectiva posmoderna de la terapia sistémica; particularmente el trabajo de Bertrando y Boscolo (1996) ha contribuido en gran medida a desarrollar las preguntas hipotéticas a futuro, que podríamos considerar como una versión “corregida y aumentada” de las preguntas reflexivas propuestas por Tomm (1987, 1988), quien ya incluía entre sus ejemplos de este tipo de preguntas, invitaciones a los consultantes para tener en cuenta posibilidades de cambio en un paisaje interaccional hipotético.

Las preguntas reflexivas implican un variado despliegue herramental de parte del psicoterapeuta; por un lado, poner en juego sus destrezas básicas de comprensión e interacción empática, para participar en la generación de una alianza de trabajo sólida con el consultante; por otro, la aptitud para construir una comprensión multidimensional y compleja de las problemáticas y con ello articular planteamientos circulares para identificar y señalar el modo en que los eventos, las conductas y las emociones están entrelazadas, así como la detección de patrones de interacción y recursividad en la problemática que se busca trabajar.

Le requiere, en resumen, integrar en sus intervenciones las diversas formas en que se pueden manifestar los recursos de los consultantes para el cambio: capacidad para la reestructuración cognitiva, reflexividad en torno al reconocimiento y elaboración de las emociones, flexibilidad en relación a la construcción y sostenimiento de los vínculos; claridad del impacto contextual y sistémico en la vivencia personal. A continuación, presentamos algunos ejemplos:

¿Cuál suele ser la reacción que tienes frente a los planteamientos que te hace tu madre?
¿Qué recuerdos estás construyendo –en tu relación de pareja- a propósito del lugar que cada uno ocupa en la vida del otro?

¿Cómo supones que será la forma de mirar a tu hija una vez que te recuperes de la depresión post parto?

¿Cuáles son las explicaciones que te acercan a las personas que amas?

¿De qué manera podrás comprender tu sufrimiento en cinco años?

¿Qué cambios tendrías que llevar a cabo para reconstruir tu relación de pareja?

Las preguntas reflexivas pueden enriquecerse de diversas maneras con el capital interventivo que ofrecen las preguntas socráticas. Esto es factible al integrar la ponderación y el discernimiento reflexivo de los supuestos de los consultantes, así como de las razones y evidencias que aducen para actuar de cierta forma (Paul, 1992). Esta manera posibilita el movimiento en la esfera cognitiva, al poner a examen el carácter y alcance de los modos de enfocar y construir la realidad. Por otra parte, se trabaja con la reflexión en otras facetas de la problemática, al usar, por ejemplo, los cuestionamientos del método socrático que refieren a la revisión de las consecuencias o resultados de la forma de vivir del consultante; lo que favorece el cambio en las dimensiones conductual, emocional y relacional implicadas en la situación.

De acuerdo con lo que plantea Tomm (1988) “Estas preguntas son reflexivas en el sentido de que están formuladas para desencadenar que los miembros de la familia reflexionen acerca de las implicaciones de sus percepciones y acciones actuales y consideren nuevas opciones” (p. 6).

5. CONCLUSIONES

El conocimiento de las preguntas analizadas resulta de gran utilidad para el ejercicio de la psicoterapia, ya que brinda elementos clave para la construcción de planteamientos en un sentido técnico; pero sobre todo ilustran a nivel de la estrategia de intervención que el psicoterapeuta plantea para el abordaje de la problemática. Las propuestas revisadas permiten activar un proceso de reflexión en el psicoterapeuta, para estar consciente de lo que pregunta, de cuáles son los propósitos y los supuestos que originan y sostienen sus procedimientos en la interacción con los consultantes. Y desde luego, para evaluar los resultados que tienen en sus consultantes y sus problemáticas las preguntas que formula.

Como hemos visto, en materia de preguntas existen muchas posibilidades; perspectivas y acercamientos variados, de acuerdo con los propósitos que se buscan en el proceso de cambio. Desde luego, habrá que tomar en serio la advertencia que nos hace Tomm (1988), en el sentido de que ningún tipo de pregunta –por sí misma- puede asegurar que ocurra lo que el psicoterapeuta busca comprender o favorecer. Este es un asunto de fundamental importancia. Las preguntas son solo medios para lograr un propósito, una estrategia. En ese sentido, pueden resultar de utilidad, en la medida que el profesional tenga claros los para qué de sus interacciones e intervenciones.

Las preguntas implican, por supuesto, una construcción sintáctica específica que ya describimos ampliamente. Pero en materia de semántica, las preguntas van mucho más allá de la oración verbalizada. Porque las preguntas se construyen y se expresan en un contexto de interacción particular, en medio de una trama relacional que le otorga un sentido. En esta trama un elemento central son los aspectos paraverbales de la comunicación entre psicoterapeuta y consultante.

Tomm (1988) refiere que una misma pregunta puede entenderse para distintos propósitos; dependiendo de la relación que la enmarca, así como del tono, ritmo, e inflexión con que se plantea. Este autor habla del tono emocional con el que se elaboran las preguntas. Lo cual nos conduce a notar y recordar que lo central en un proceso de psicoterapia es la relación que se construye entre psicoterapeuta y consultante. Esto es, la manera en que se genera la definición de la relación, las responsabilidades de cada participante y las intenciones del encuentro. Desde ahí, la interpretación de lo que se pregunta cobra realidad y sentido.

Tanto en el método socrático, como desde la propuesta de Tomm (1987, 1988), la forma más fructífera de abordar la interacción psicoterapéutica, es desde la noción de que el consultante tiene la posibilidad de reconocer y descubrir sus mejores respuestas; que la reflexión acompañada permite generar transformaciones en las diversas dimensiones de la vida de los consultantes.

La mirada socrática busca favorecer la capacidad de la persona para profundizar en su propia situación de vida y desarrollar un saber de sí y reconfigurar su existencia. La propuesta de Tomm (1988) por su parte, plantea maneras complejas de comprensión e intervención; un procedimiento in crescendo que convoca a los consultantes a incluir información nueva, ideas distintas; nuevas percepciones, opciones inéditas para habitar su ser.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta B., C. (2002) Efectos del diálogo socrático sobre el pensamiento crítico en estudiantes universitarios. *Psicología desde el Caribe*, 10, 1-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301002>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford
- Bertrando, L. y Boscolo, P. (1996) *Los tiempos del tiempo: Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas*. Paidós: Barcelona.
- Chicharro Lázaro, A. (2016) El diálogo socrático como parte de la formación práctica en los estudios de derecho. *REJIE: Revista Jurídica de Investigación e Innovación Educativa*, 14, 41-59. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/rejie>
- Clark, G.I. y Egan, S.J. (2015) The Socratic Method in Cognitive Behavioural Therapy: A Narrative Review. *Cognitive Therapy Res*, 39, 863-879
- De la Torre Gómez, A. (2003) El método socrático y el modelo de van Hiele. *Lecturas Matemáticas*, 24, 99-121.
- Elder, L. y Paul, R. (2002). El Arte de Formular Preguntas Esenciales. Basado en Conceptos de Pensamiento Crítico y Principios Socráticos. *Foundation for Critical Thinking*. Recuperado de <https://www.criticalthinking.org/resources/PDF/SP-AskingQuestions.pdf>
- Froján-Parga, M.X.; Calero-Elvira, A. y Montaña-Fidalgo, M. (2011). Study of the Socratic Method During Cognitive Restructuring. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 110–123.
- James, I.A.; Morse, R. y Howarth, A. (2010) The science and art of asking questions in cognitive therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(01), 83-93.
- Montoya Maya, J.I. y Monsalve Gómez, J.C. (2008) Estrategias didácticas para fomentar el pensamiento crítico en el aula. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 25. Colombia. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194215513012.pdf>
- Moreno, S. y Zohn, T. (2013) Diálogo interdisciplinario y psicoterapia. Implicaciones para la formación y la práctica. En T. Zohn, E.N. Gómez y R. Enríquez (coords.) *Psicoterapia Contemporánea: Dilemas y Perspectivas*. México: ITESO, IBERO Puebla, IBERO León y UdeG.
- Overholser, J. C. (2011). Collaborative empiricism, guided discovery, and the Socratic method: Core processes for effective cognitive therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(1), 62–66.
- Padesky, C.A. (1993). *Socratic Questioning: Changing minds or guiding discovery?* Keynote address delivered at the European Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, London, September 24, 1993. Recuperado de <https://padesky.com/newpad/wp-content/uploads/2012/11/socquest.pdf>
- Paul, R. and Elder, L. (2006). *The Art of Socratic Questioning*. Dillon Beach, CA: Foundation for Critical Thinking

- 102 Paul, R.W. (1992). *Critical Thinking* (Santa Rosa, California: *Foundation for Critical Thinking* (six types of Socratic questions) Recuperado de: <http://www.eduteka.org/modulos.php?catx=6&idSubX=134&ida=737&art=1&ademas=1013>.
- Tomm K. (1987). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26, 167-183.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive questions? *Family Process*, 27(1), 1-15.
- Zohn, T. (2018). Identidad profesional de psicoterapeutas formados desde el diálogo interdisciplinario: El caso de la Maestría en Psicoterapia del ITESO. En T. Zohn; E.N. Gómez y R. Enríquez (coords.) *Los estudios de caso en psicoterapia. Desafíos y posibilidades*. México: ITESO.

Cierre terapéutico a través de un ritual: propuesta técnica de afianzamiento emocional utilizando la mediación plástico-visual

103

Therapeutic Closure Through a Ritual: Technical Proposal for Emotional Strengthening Using Plastic-Visual Mediation

Alan Spencer Rodriguez Velasco^a

^aInstituto Tzapopan, Guadalajara, Jalisco, México. Psicoterapeuta en Clínica Santa María de la Luz A.C.
psicologia_asrv@hotmail.com

Historia editorial

Recibido: 07-10-2019

Primera revisión: 08-01-2020

Aceptado: 30-01-2020

Palabras clave

ritual, mito, afianzamiento,
símbolo, mediación plástica

Resumen

El objetivo de este texto, es proponer una técnica para el cierre de un proceso psicoterapéutico, mediante la utilización de un ritual que afiance y de continuidad a los conocimientos adquiridos (nuevos mitos) y emociones activadas en la persona durante su proceso terapéutico articulándolos a través de la mediación plástica (objeto intermediario) propuesta por arteterapia, creando así una “herramienta de afianzamiento emocional personalizada”.

Abstract

The objective of this text is to propose a technique for closing a psychotherapeutic process, through the use of a ritual that strengthens and continues the acquired knowledge (new myths) and emotions activated in the person during their therapeutic process by articulating them through of plastic mediation (intermediary object) proposed by Art Therapy, thus creating a “personalized emotional strengthening tool”.

Keywords

ritual, myth, consolidation,
symbol, plastic mediation

Cuando se han conseguido los objetivos que inicialmente se plantearon en el proceso terapéutico, nos enfrentamos al cierre de la terapia y para ello se suelen utilizar diferentes técnicas destinadas a diversos objetivos, todas ellas relacionadas con asistir al consultante a reconocer sus méritos, crear mecanismos de seguridad con que pueda contar para enfrentar situaciones futuras y facilitar la transición del cierre del proceso en general.

Como sabemos, principalmente lo que se busca con la mayoría de dichas técnicas psicoterapéuticas es que el consultante adquiera e interiorice una perspectiva distinta sobre lo que es capaz de hacer en relación a su propia historia.

Por ello, en el presente artículo se hace una propuesta de intervención para la sesión final, donde la culminación del proceso se acompaña de un ritual terapéutico, lo cual implica una diferencia importante en las formas convencionales en que suele cerrar la terapia, ya que incluye aspectos de arteterapia, símbolo y mitología, un terreno fértil y amplio para el proceso terapéutico

La propuesta consta de dos partes: teórica y aplicación práctica. En la primera parte, examinaremos conceptos teóricos como: mito, símbolo, ritual, arteterapia y elaboración de un recuerdo, siendo este un punto medular del trabajo ya que

para ser terapéuticamente potente, el ritual debe extenderse más allá de su realización: las emociones transmutadas o evocadas han de canalizarse y mantenerse de manera que la persona pueda apoyarse en ellos para abordar con aplomo las vicisitudes de la vida cotidiana (Laso, 2016, p. 20).

En la segunda parte, se describe a detalle cómo se realiza la aplicación práctica de un ritual comenzando por las condiciones para llevarse a cabo, siendo una de ellas la elaboración de una “herramienta de afianzamiento personalizada” y finalmente se muestra un ejemplo de un caso real para su ilustración, seguido de las conclusiones generales.

La propuesta va más allá de una técnica terapéutica de cierre o del anclaje¹ que propone la programación neurolingüística, pues en la técnica que se muestra en el presente documento, se trabaja con simbolismos, constructos y mitología del consultante, generando un efecto continuo que trasciende la acción inmediata, logrando que cada vez que lo evoque, se repositone respecto al tema específico trabajado en terapia/motivo de consulta, con lo cual el *-ritual, creación de recuerdo, herramienta de afianzamiento personalizada-* logran a posteriori un efecto similar al de un medicamento de liberación prolongada.

En síntesis, se propone en este trabajo explorar las explicaciones teóricas de este fenómeno y ejemplificarlo con una aplicación práctica a un cierre de un caso en psicoterapia.

2. LOS MITOS

Para entrar en materia, es necesario hacer una distinción sobre el uso terapéutico de este concepto, ya que, al hablar de un mito no nos referiremos al concepto clásico de una narración fantástica sobre seres extraordinarios, aquí nos referiremos al mito como la idea fundamental que sostiene una persona. De acuerdo con Lévi-Strauss (1995, 2012), se sustenta que un mito es una sucesión de acontecimientos pasados que constituyen una estructura que se mantiene a través del tiempo. La sustancia del mito se encuentra en la historia relatada que compone tentativas de explicación de fenómenos difícilmente comprensibles; la mitología es considerada reflejo de la estructura individual o social, basada en acontecimientos pasados pero que dota de sentido presupuestos presentes que a su vez generan acciones. Un mito, a fin de cuentas, es un medio para alcanzar la significación.

1 En programación neurolingüística, el anclaje es generalmente “un movimiento o gesto que sirve como detonador/ancla para invocar o generar recursos en la persona”. (Armas & Ruster, 2011. Pág.51).

Los mitos son parte constitutiva de todos los grupos humanos, en tanto que articulan el mundo inconsciente con el consciente y el pasado con el presente (Vásquez, 2011); son el principio que da sentido a la manera de relacionarse, ya que muchos de los mitos personales y generacionales tienen poder de arraigo, pero también, muchos de los mitos que la persona tiene carecen de un sentido propio e individual, creando una disonancia que trata de romperse y, como resultado de esto, el sujeto tiene dos opciones: se reconecta con su propio mito dándole un sentido particular o bien, se da cuenta que en su historia actual el mito ya no tiene sentido y que seguir aferrado al mismo es lo que lo enferma. El problema fundamental es que en la representación de un mito que no es propio, se carece de carácter simbólico basado en la experiencia a priori (Wittgenstein, 2012), por lo tanto, el mito no cuenta con un asidero en la vivencia emocional y corpórea de la persona.

Por eso, para Lévi-Strauss (1995), es la eficacia simbólica la que garantiza la armonía del paralelismo entre el mito y su contenido, pues sostenía que las leyes de estructura son intemporales en la persona, la vida intrapsíquica y todas sus experiencias se organizan en función de una estructura predominante, pero siempre bajo la acción catalizadora del mito inicial.

Además, desde un punto de vista antropológico, Menegazzo (1981) afirma que lo simbólico es el núcleo de lo que él denomina la *razón mítica*, la cual, es una cosmovisión que caracteriza a las culturas de la antigüedad que han logrado superar el pensamiento mágico, animista y pre-lógico como forma de comprender el mundo. Así pues, las culturas fundadas en la Razón Mítica, se basan en la existencia de mitos y un mito siempre se refiere en un principio al acto original; desde la perspectiva del antropólogo Mélich (1996) el mito es razón última (o bien, razón primera), es decir, es un relato fundador de las interacciones del individuo o bien, la idea que precede al acto.

Entonces la eficacia simbólica viene aquí a crear un nuevo mito para que la estructura adquiera un refuerzo y, por ende, las operaciones o acciones de la persona puedan ser diferentes también; la acción se verá reconfigurada por el nuevo sentido iniciado con el proceso psicoterapéutico y canalizado en la creación de un nuevo recuerdo que sirva para reposicionarse² con la evocación del aprendizaje materializado en un objeto/herramienta de afianzamiento³ personalizado, que simbolizará y estará dotado de nuevas experiencias que empoderen al consultante.

El mito es entonces, un sistema dinámico de asociaciones simbólicas que se convierte en relato y es el relato originario, el que sirve de soporte para la construcción del mundo, de la cotidianidad.

3. LA IMPORTANCIA DE LOS SÍMBOLOS

Un símbolo es una representación sensible y no verbal de una idea compleja que resulta de un proceso de asimilación y síntesis de dicha idea en un individuo o cultura; esa representación sensible puede tratarse de un elemento gráfico, visual, auditivo o figurado, por lo tanto, el símbolo posee fuerza unificadora, esto es, logra sintetizar en un solo elemento diversos niveles de significación.

De acuerdo con G. Durand (1968) los símbolos no surgen precisamente de la semiología, sostienen mayor pertenencia a la semántica y las expresiones lingüísticas, por lo que se le atribuye un

2 En marketing “re-posicionamiento” es el nuevo lugar que ocupa la marca en la mente de sus consumidores frente al resto de sus competidores (Wittgenstein, 2012). Sin embargo, desde un lenguaje terapéutico y para fines de este trabajo, entenderemos la palabra “reposicionarse/reposicionamiento” como la toma de una postura diferente y más adaptativa respecto a la inicial.

3 “Afianzar supone un ítem que evoca y mantiene un determinado estado emocional, hay una crucial diferencia: el “anclaje” de PNL es por definición arbitrario, una respuesta automática, involuntaria e inconsciente, mientras que el objeto o acto ritual a afianzar es por definición simbólico, consciente y voluntario, ya que emana de la metáfora fundacional que envuelve de sentido la experiencia objeto del proceso. En consecuencia, afianzar no se basa en repetir ciega y pasivamente, en presencia de una emoción, un acto en sí mismo carente de eficacia sino en desplegar deliberada y organizadamente la eficacia ya presenté in statu nascendi en un objeto o acción, verbal o plásticamente, para que la persona pueda evocarla ad libitum en lo sucesivo. No es añadir algo faltante sino hacer aflorar algo que ya existe, en ciernes, moviéndolo de los márgenes al foco de la consciencia” (Laso, 2016, p. 14).

106 esencial y espontáneo poder de resonancia ya que el símbolo surge tras convenir entre un concepto y su modo de expresarlo, lo cual es distinto a la forma en que surge el lenguaje verbal.

Los símbolos tienen por función transmitir significados complejos o abstractos, por ejemplo: mitos, sentimientos, valores religiosos, valores sociales, valores familiares, entre otros. Ellos no explican los conceptos, como así lo hace el lenguaje, pero permiten que esos conceptos sean comunicables y comprensibles, de manera que los símbolos son un instrumento para comprender lo desconocido y asociarlo a lo familiar, pero no por la vía de la explicación y del análisis, sino por la vía de restituir una conexión originaria con el mito o idea que lo sostiene.

El poder del símbolo estriba precisamente en que a través de la forma en que se presenta (sea visual, auditivo o figurado) se vivencia un sentido; se despierta una experiencia vital, en la que se ve implicado el intérprete. En el momento de la interpretación, el sujeto debe aportar su propio imaginario (aunque no sea completamente consciente de este) el cual actúa como un medio donde se despliega el sentido y debe atender a las resonancias, a los ecos afectivos que en él se despiertan.

Dicho lo anterior, no basta con la interpretación del sujeto, pues el mundo del simbolismo es infinitamente diverso en su contenido y no siempre es claro para la persona, sin embargo, está limitado a su estructura específica, por ello el objetivo propuesto aquí es realizar una mediación plástica simbólica cuya función es crear una estructura alterna (nueva información sobre sí mismo contenida en un símbolo), que funcione en la persona reposicionándolo en la situación específica, ya que los símbolos facilitan los procesos de comprensión de la realidad, pues tienen una importancia comunicativa y hasta terapéutica.

En base a lo anterior, se plantea que un objeto simbólico realizado por el consultante, tiene una función comunicativa para sí mismo, de interacción social y cuando es elaborado orienta y organiza para la acción ya que redefine las necesidades y motivaciones que puede ayudar a reestructurar la interacción con el mundo.

El antropólogo Turner (1980) al explicar los rituales, señala que los símbolos son las unidades constitutivas del acto ritual. Explica la significación de los símbolos en tres aspectos: 1) capacidad de acarrear múltiples significados, con lo cual contribuyen a las partes abiertas de los rituales, 2) los modos en que los símbolos pueden unir diversos fenómenos muy dispares que no podrían asociarse en formas complejas por medio de palabras y 3) la capacidad de los símbolos para trabajar simultáneamente tanto con los polos sensoriales como cognitivos del significado.

Hasta aquí, hemos descrito los términos mito y símbolo, como un prerequisite para pasar a explicar en lo que consiste un ritual, pues es mediante la acción del rito que se logra sintetizar y transformar la mitología de la persona para verterla en un símbolo.

4. ¿QUÉ ES UN RITUAL?

Los rituales son prácticas que han acompañado a las personas durante toda su existencia en las diferentes culturas alrededor del mundo, pueden tener múltiples objetivos, por ejemplo, veneración de una deidad o rechazo de una fuerza maligna (las dos principales en el principio de los tiempos), como recordatorio de momentos agradables y recreativos o celebraciones funerarias y de duelo; en cualquiera de los casos, los rituales responden a una necesidad, la de realizar o reforzar alguna creencia dentro de un contexto determinado.

Coloquialmente asociamos el término ritual a un organizador de la experiencia que puede ser único e irrepetible, sin embargo, el término también tiene una acepción de costumbre, un carácter repetible de manera que se convierte en una pauta fija para reproducir experiencias. Sin embargo, los rituales no sólo son evocaciones o repeticiones, sino también re-actualizaciones y reiteraciones de mensajes, por tanto, desde la opinión de Nannini y Perrone, (2007) los rituales son una forma de memoria del tipo analógico, que se manifiesta a través de metáforas, símbolos, etcétera, que señala al mismo tiempo el contenido del mensaje y su contexto, confirmando niveles lógicos simultáneos:

el contenido del mensaje, la relación entre los actores y su contexto. En este sentido, la repetición de un acto confirma nuestra hipótesis en relación a su sentido intrínseco.

Además, Nannini y Perrone (2007) sugieren que los rituales poseen una función de desarrollo social e individual, encontrándolos útiles para disminuir angustia, facilitar cambio de un estado a otro, disminuir conflictos sociales o intrapsíquicos, crear conexión entre lo visible- invisible o entre lo explicable-inexplicable e imitar cambios para dominarlos.

Por su parte, Moulian (2002) plantea que la función de los rituales no solamente se refiere a una ceremonia social, sino a producir una transformación en la conciencia individual puesto que, como señala Leach (1977), participamos en los rituales con el fin de transmitir mensajes colectivos a nosotros mismos. Es posible desarrollar rituales que recojan las vivencias de un grupo y que cumpla las funciones de un medio expresivo, donde la escenificación de ciertos elementos simbólicos juega un papel de auto-conocimiento y de curación. Entonces, el lenguaje ritual es esencialmente simbólico y los ritos suponen el manejo de símbolos que conectan al hombre con lo trascendente, es decir, un cambio de orden superlativo en la terapia.

La persona necesita de rituales para vivir y encontrar un sentido a su vida en su espacio personal y temporal, pues los ritos son configuraciones de actos que ayudan a centrar la atención, a contextualizar y organizar la experiencia; con los ritos enfocamos nuestro propósito, concentramos nuestra energía y canalizamos nuestra intención. Eliade (1996) plantea que el ritual busca dar sentido a la realidad para poder soportarla moralmente despojándola del absurdo, adquiriendo un sentido y causa, es por ello que podemos integrarla en un sistema y explicarla. Por lo anterior, para comprender un ritual es necesario primero conocer dichos “supuestos” o el mito que sostiene la persona participe del acto ritual.

Así pues, en un proceso terapéutico, los conflictos y resistencias se disuelven, no por el conocimiento que adquiere, sino porque ese conocimiento hace posible una experiencia en la cual los conflictos se reactualizan en un orden más abarcador (dando mayor sentido interno a la persona) y en un plano que permite su desenvolvimiento y conduce a su desenlace o, en otras palabras, se reconstruye el mito que la persona vive.

Retomando a Eliade (1996), el ritual es la forma en que una comunidad reactualiza sus mitos fundadores y brinda a sus miembros la oportunidad de acercarse y obtener apoyo. Para que esto sea posible, el acto debe tener un ambiente o espacio específico, ya que no cualquier acción es capaz de reactualizar los mitos y esto requiere fundamentalmente del uso del espacio (la creación de un espacio sagrado) y de una escenificación que transmita en forma simbólica el dilema originario.

Lo anterior, al ser trasladado al terreno terapéutico y la realización del ritual que aquí proponemos, se entendería de la siguiente manera: al hablar de “reactualizar el mito fundador”, hablaríamos en concreto de la problemática que la persona presentó como motivo principal de su consulta. La oportunidad de acercarse y obtener apoyo sería el acto mismo de acudir al proceso y su desarrollo, en el cual logra resignificar el mito fundador del conflicto por uno nuevo que le permite agenciarse. Al hablar de un *ambiente pregnante*⁴ visualizaríamos el consultorio o el espacio que elegimos para llevar a cabo nuestro acto ritualístico, como un escenario especial o “espacio sagrado” en el cual la persona se autorice, se permita lo que Eliade (1996) denomina “escenificación simbólica del dilema originario” es decir, la persona se remontará al problema que le llevó a la consulta para identificar conscientemente cual fue el cambio de segundo orden⁵ que fue capaz de generar.

4 La atmósfera pregnante es uno de los componentes del concepto de ritual terapéutico y es entendido como un espacio de receptividad, trascendencia y disposición al cambio por parte de los miembros del ritual (Laso, 2015, p. 29).

5 Existen dos tipos diferentes de cambio, uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado y otro cuya aparición cambia el sistema mismo. El primer tipo de cambio-1 es conocido como “cambio de primer orden” y al otro cambio-2 “cambio de segundo orden”. En el cambio 1 los parámetros individuales varían de manera continua pero la estructura del sistema no se altera. En el cambio 2 el sistema cambia cualitativamente y de manera discontinua, se producen cambios en el conjunto de reglas que rigen su estructura u orden interno, así pues, la capacidad de aprender está relacionada con el cambio de segundo orden (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 2003).

En concordancia con lo antepuesto, Laso (2015) plantea la siguiente definición de ritual aplicado al contexto terapéutico:

Un ritual es una secuencia de acciones simbólicas, engarzadas en una metáfora fundacional y realizadas en una atmósfera pregnante, que sirve para evocar y canalizar un conjunto complejo de emociones de modo que pervivan en la vida cotidiana (más allá del espacio y tiempo ritual) y modifiquen la experiencia emocional de sus participantes y, a través de ello, su conducta y cognición en relación con un problema y tema determinado (p. 28).

Por estas capacidades comunicativas y funcionales es que el ritual ha sido considerado una herramienta psicoterapéutica (Imber-Black, Roberts, & Whiting, 2006). En tanto que son un marco para la expresión de profundas creencias, además de un espacio propicio para negociar, ampliar o redefinir las representaciones. Dado que generan y expresan relaciones de compromiso, permiten afianzar los lazos, replantear los vínculos. Puesto que conectan los significados con las estructuras sociales, permiten reestructurar los sistemas interaccionales y su eficacia comunicacional descansa en la combinación de múltiples formas expresivas. Imber-Black et al., (2006) plantean que el ritual combina la información analógica con la digital, conectando el hemisferio izquierdo del cerebro (verbal y analítico) con el hemisferio derecho (no verbal e intuitivo).

Desde esta misma perspectiva, se propone la siguiente definición operativa sobre los rituales:

Los rituales son actos simbólicos co-evolutivos que incluyen no sólo los aspectos ceremoniales de la presentación real del ritual, sino también su proceso de preparación. Pueden o no incluir palabras, pero contienen partes abiertas y cerradas que se “mantienen” unidas por medio de una metáfora orientadora. La repetición puede formar parte de los rituales ya sea en el nivel del contenido, la forma o la ocasión. Puede haber espacio suficiente en los rituales terapéuticos para que los diversos miembros de la familia o los clínicos incorporen múltiples significados, así como también para una variedad de niveles de participación (Imber-Black, Roberts, & Whiting, 2006, p. 30).

Por lo tanto, los rituales presentan las siguientes características:

- Proporcionan “marcos de expectación” en los cuales, por medio de la repetición, la familiaridad y la transformación de lo conocido pueden producirse nuevas conductas, acciones y significados.
- El tiempo se desintegra. Los cambios presentes están basados en tradiciones pasadas mientras que se van definiendo las relaciones futuras.
- El componente de acción es muy importante: los rituales no hablan sobre los roles, normas, relaciones y concepciones del mundo, sino a través de los roles, relaciones, normas y concepciones del mundo en la medida en que son éstos los elementos que se modifican en el ritual.
- Además de la acción, los rituales se valen de la densidad y la polivalencia de los símbolos.
- Los símbolos, que son el núcleo del ritual, pueden tener múltiples significados muy diferentes y también la posibilidad de describir lo que no puede expresarse con palabras.
- La capacidad de los rituales para vincular tiempos, mantener contradicciones y trabajar con cambios de relaciones en la acción nos provee de herramientas muy concretas para trabajar con las incongruencias entre lo ideal y lo real y poder sostenerlas.

Junto con estas características, Imber-Black et al. (2006) reconocen las tres diferentes etapas o periodos de un ritual a los que se refirió Van Gennep (1985), estos se definen como *preliminar*, *liminar* y *postliminar*. En el primer periodo, *preliminar*, se efectúan preparativos especiales y se incorporan nuevos conocimientos con el fin de establecer el marco para caracterizar un acontecimiento determinado; este momento de preparación para el ritual es una parte tan importante del proceso ritual como el acontecimiento real mismo. El segundo periodo es la *liminar o transicional*, en la que las personas de hecho participan en el ritual, hacen nuevas experiencias y asumen roles nuevos, nuevas identidades. El tercer periodo es de *postliminar o de reintegración*, aquí las personas vuelven a conectarse con su comunidad en la nueva situación a la que han llegado.

En resumidas cuentas, existe una correspondencia ordenada entre mito y rito o, dicho de otra manera, una homología; donde el mito y el rito se reproducen el uno al otro, uno en el plano de la acción, el otro en el plano de las nociones y el sentido del ritual terapéutico es sostener las nociones aprendidas durante el trabajo a lo largo de las sesiones para que, bajo cierto parámetro, se reproduzcan esas nociones y se descarguen en un acto ritual que activará la toma de postura pertinente que permita a la persona accionar de manera diferente; esto no es una causalidad mecánica sino más bien una relación a nivel dialéctico .

Así pues, la finalidad del ritual es justamente ir más allá de las delimitaciones temporales y espaciales que nos impone la realidad, por lo que éste buscará extenderse más allá de su realización al verse en una obra que tenga permanencia en la experiencia del individuo, como lo explicaremos a continuación.

5. ELABORACIÓN DE UN RECUERDO Y ARTETERAPIA

El recuerdo es una restauración de lo pasado a partir del material conservado en la memoria donde se evocan objetos, personas, emociones, historias y experiencias. Debido a esto, el presente artículo plantea realizar un recuerdo que contenga simbólicamente el mecanismo alterno aprendido en la terapia, es decir, la nueva herramienta de la cual el consultante se apoyará para enfrentar la mitología o creencias que le generaban malestar o síntomas.

Este recuerdo, se asentará en un objeto que el consultante elija y terminará de pulirlo y darle forma, mediante el arteterapia. Por ello, esta sección constituye la parte medular para el presente artículo, dado que condensa la expresión del cambio que el consultante ha alcanzado tras su trabajo terapéutico, para sintetizarlo en un recuerdo que le acompañará aun finalizada la terapia, cuando así lo necesite.

Para lograrlo, revisaremos los medios con los cuales podremos realizarlo, comenzando con lo propuesto por Laso (2016) quien en el segundo de sus artículos habla sobre los rituales terapéuticos:

...el ritual debe extenderse más allá de su realización: las emociones transmutadas o evocadas han de canalizarse y mantenerse de manera que la persona pueda apoyarse en ellos para abordar con aplomo las vicisitudes de la vida cotidiana. Con este fin debe dejar una huella, algo que permita a las personas traer a la consciencia las emociones en cuestión: un recuerdo, en el doble sentido de memoria de algo pasado y de objeto que se conserva para recordar a una persona, circunstancia o suceso (p. 20).

Partiendo de lo anterior, encontramos sustento en la terapia artística que introduce un agente diferente a las terapias tradicionales: la obra plástico-visual realizada por el paciente; esta tercera presencia altera la relación cliente-terapeuta y el rol tradicional atribuido a ambas figuras.

El proceso relacional entre el paciente y el terapeuta queda afectado por la existencia de algo concreto que puede ser utilizado, discutido y que actúa como mediador. De acuerdo con Coll (2006), el trabajo arte terapéutico se esfuerza en facilitar el encuentro y la elaboración de imágenes propias, de manera que la persona pueda establecer por sí misma una relación con sus conflictos internos. Una pintura, una fotografía, un dibujo, etcétera, pueden hacer revivir cualquier escena pasada, presente y futura, en el entorno o contexto que se desee ya que “Las formas de representación son medios por los que se hacen públicos los contenidos de la conciencia. (...) El proceso de hacer público el contenido de la conciencia es una manera de descubrirlo, estabilizarlo, revisarlo y compartirlo” (Eisner, 2004, p. 25).

Dicho proceso de hacer público lo que hay en la conciencia, es parte de la creación del recuerdo y va de la mano con lo que Rojas (1970) denominó *Objeto Intermediario* lo cual, se refiere a todo instrumento de comunicación que consintiera al terapeuta actuar terapéuticamente sobre el paciente. El autor enumera una serie de características sobre los llamados objetos intermediarios, aplicables a las funciones que cumplen los medios plástico-visuales y las obras que se realizan en arteterapia:

- a) Existencia real y concreta.
- b) Inocuidad que no desencadene *per se* reacciones de alarma.
- c) Maleabilidad, que pueda utilizarse a voluntad entre cualquier juego de roles complementarios.
- d) Transmisor, que permita la comunicación por su intermediario, sustituyendo al vínculo y manteniendo la distancia.
- e) Adaptabilidad, que se acomoda a las necesidades del sujeto.
- f) Asimibilidad, que permita una relación tan íntima, como para que el sujeto pueda identificarlo consigo mismo.
- g) Instrumentabilidad, que pueda ser utilizada como prolongación del sujeto.
- h) Identificabilidad, que pueda ser reconocido inmediatamente.

Así pues, la expresión plástica invita al sujeto a la exploración del material proyectado durante la construcción de la obra en un vaivén constante, hacia la simbología personal siempre cambiante, la creación con los medios artísticos y la relación con el terapeuta pueden animar a la persona a entrar en este proceso de proyección-exploración hasta traerle nuevos conocimientos o diversas asociaciones que, a posteriori, podrán ser integrados en su experiencia vital.

Además, ofrece la oportunidad de construir una imagen u objeto sensorial en un espacio donde se estimulan los aspectos creativos del individuo. “Un espacio donde la flexibilidad, aceptación, confrontación con sus emociones y tolerancia son reales”. (Pérez, 2004, p. 249). Sobre la obra realizada recae la expresión subjetiva y personal de su autor, mostrando sus dimensiones cognitivas, emocionales, senso-perceptivas, sociales, culturales, etc. Este hecho permite al terapeuta establecer de forma integral diferentes objetivos terapéuticos, según el área o áreas que la persona tratada quiera explorar. La cualidad multidimensional de la expresión visual y plástica permite una intervención globalizadora de la persona, por lo que el valor terapéutico se ve reforzado.

La intensidad emocional que surge en el espacio terapéutico es contenida y mantenida, no sólo por el terapeuta sino también por los procesos creativos y la obra plástica. “(...) no se centra en el intercambio intersubjetivo de palabras, sino en la circulación en torno a un objeto, que es la producción de uno de ellos, sostenida por el otro”. (Klein, 2006, p. 36). De esta manera, el papel que toma el paciente para lograr su bienestar es más activo e independiente, respecto a la relación establecida con su terapeuta, diferenciándose de otras terapias, donde la guía y el nexo sólo proceden de un foco único.

PERSPECTIVA Y DISTANCIA

La función mediadora de la obra realizada provoca dos fenómenos de gran utilidad para la persona: la perspectiva y la distancia (Jones, 2005). El producto plástico es la concreción física y material de las proyecciones subjetivas de la persona tratada; el valor del objeto realizado se basa principalmente en las relaciones que la persona establece con el mundo a través del mismo. Esta cualidad simbólica permite al individuo al mismo tiempo, tomar parte de algo que es de su vida, pero también separado de ella. El sujeto se convierte en objeto sin perder sus características propias, pero con la ventaja de poder observarlas desde otras perspectivas diferentes. “Las artes nos liberan de lo literal; nos permiten ponernos en el lugar de otras personas y experimentar de una manera indirecta lo que no hemos experimentado directamente”. (Eisner, 2004, p. 28).

El acto creativo y sus resultados consiguen esa diferenciación y el correspondiente autodomnio ante situaciones que anteriormente suponían malestar y sensación de descontrol; la mediación debilita las defensas, la persona se relaja y le es más fácil hablar de sí misma sin sentirse amenazada. El tránsito de lo psíquico a lo físico por medio de un soporte real que tenga permanencia, puede ayudar a la persona a distanciarse de sus acciones irracionales para poder explorarlas, comprenderlas y ordenarlas desde otro punto de vista.

PERMANENCIA DE LA OBRA

La materialidad y permanencia de un producto añade una dimensión que las terapias verbales no poseen. Los objetos existen más allá de cada sesión y no se pueden olvidar, además se mantienen intactos en el tiempo (López, 2009). La obra establece un centro de atención concreto con el fin de poder dialogar, discutir, analizar o evaluarla en cualquier momento futuro.

López (2009) propone la *Permanencia de la obra* como otro de los fenómenos propios de la intervención en arteterapia. Sostiene que la mayoría de las palabras representan conceptos de clases, no personas, objetos, cualidades o acontecimientos individuales. “No hay ninguna lengua completa que pueda expresar todas nuestras ideas y todas nuestras sensaciones; sus matices son demasiado imperceptibles y demasiado numerosos...” (Voltaire, citado en Ullmann, 1968, p. 272).

Según Schottenloher (2004), cuando pintamos o modelamos, activamos y accedemos con más facilidad a todos aquellos pensamientos internos que aparecen en forma de imágenes más que con el uso de las palabras. “La imaginación artística, al igual que los sueños, permite explorar los sentimientos, actitudes, fantasías, experiencias y recuerdos que puedan ser de difícil acceso. El arteterapia permite expresar ciertos fenómenos psíquicos sin que sea necesaria la verbalización” (Marxen, 2004, p. 72).

La aplicación del arteterapia posibilita trabajar con un objeto o imagen tangible que encarna u objetiviza la acción y el contenido expresivo de su autor; es la simbolización significativa que aporta el autor a las imágenes creadas mediante la construcción de significantes autónomos, “la persona vierte su experiencia vivida en un medio sensible que la acoge y exhibe, convirtiendo la obra en una subjetividad viviente” (López, 2009, p. 51).

Dibujar es como pensar dejando constancia de ello sobre un soporte. Sin actuar, nuestras intenciones no pueden manifestarse y se quedan solamente en deseos. Los dibujos son mapas personales, radiografías de nuestra conciencia, establecen un diálogo interior, recuperan fragmentos de conversaciones, recuerdos, sensaciones, etc. (Molina, 2004, p. 231).

El contenido que transmite el objeto se convierte en algo duradero, que no puede desaparecer y cuya autoría es difícil de negar (Schottenloher, 2004). De esta manera, los objetos creados pueden generar un puente entre las sesiones realizadas, proporcionando la continuidad de momentos o experiencias efímeras sobre el estado del sujeto en un instante determinado, al respecto, Eisner postula lo siguiente:

El proceso de creación estabiliza lo que de otro modo sería evanescente. Las ideas y las imágenes son muy difíciles de mantener a menos que se inscriban en un material, que les dé, por lo menos, algún tipo de semipermanencia. Las artes, como vehículos mediante los cuales se producen estas inscripciones, nos permiten examinar con mucho más detalle nuestras propias ideas (2004, p. 28).

Con sus propias ideas, la persona confecciona un código particular a partir de significados extraídos del enfoque de su pensamiento, ya que carga de simbolización elementos recogidos de su imaginario y de su entorno. Tiene la oportunidad de poder ordenar pensamientos desarticulados en un ámbito nuevo integrándolos en un espacio significativo a su representación (Klein, 2006).

Lo que se intenta con la materialización del objeto es, en realidad, activar las fuerzas o posibilidades de cambio presentes en la estructura epistemológica de cada individuo, devolver el poder a las personas a través de la evocación del recuerdo cuando así lo requieran como fruto creado por ellos mismos en la colaboración psicoterapéutica. Entre más elaborado y abarcador emocionalmente es el objeto, más potente es su alcance fuera de la terapia.

El ritual terapéutico busca transformar el aprendizaje de un nivel narrativo o concreto a uno sensorio-motor simbólico, por la potencia que tiene este al ser tangible y lo que implica esto para la persona: seguridad (Villegas, 1996). Esta transformación no es producto de una influencia mágica,

112 sino de una conversión del propio sufrimiento en una acción de aprendizaje-cambio el cual se logra a través de la interacción con el símbolo que lo ayuda nuevamente a tomar postura al respecto de la problemática previamente trabajada y que se planteó al inicio del proceso terapéutico.

Ahora bien, hemos llegado al final de la parte teórica para prepararnos a la aplicación y puesta en práctica de todo lo anterior. Hasta ahora hemos revisado la importancia del mito fundador del consultante/motivo de consulta, el símbolo como parte del contexto y la hermenéutica de dicho conflicto inicial, la definición de rito y su intención en este trabajo, así como la creación de un recuerdo como aspecto central puesto que es la vía de transición del “conflicto al cambio”, haciendo de un objeto intermediario materializado (que el consultante elabora y se lleva consigo) un mecanismo de afianzamiento, el elemento que apoya para afrontar la situación que deviene tras el término de un proceso terapéutico.

6. CONDICIONES PARA EL RITUAL TERAPÉUTICO

En esta sección plantearé desde la parte práctica del trabajo, como realizar el ritual terapéutico con el cual se enmarca el final de la terapia y la construcción del recuerdo. Para ello, describiremos brevemente lo que es un ritual de continuidad (ya que, por su función, es el tipo de ritual que utilizaremos aquí), la guía práctica para su realización y finalmente la descripción de un caso clínico desde este enfoque.

Laso describe que, “en función de su objetivo, hay dos clases de ritual: los que sostienen la emoción (llamados por Boscolo y Bertrando de continuidad) y los que la modifican (de discontinuidad)” (2016, p. 11). El ritual propuesto en el presente trabajo será el primero ya que de acuerdo con ellos “...los rituales de continuidad crean un movimiento cíclico que ordena el devenir del sistema” (Bertrando y Boscolo, 1991, p. 213).

Como se describió en el párrafo anterior, un punto central en el ritual de continuidad es la emoción, por ello según Greenberg y Johnson (1990) citados en López (2009) señalan que las emociones (expresión de las mismas) dan sentido a la construcción de la realidad. Son pre-reflexivas, inmediatas, sintetizan la información que llega e informan al individuo sobre su estado interno como reacción a los eventos externos. La consciencia de la experiencia emocional provee al individuo información crucial sobre la gratificación de las necesidades de base para la sobrevivencia y para la resolución efectiva de los problemas (Canevaro 2010). Además, Ledoux (1996) afirma que cuando el sistema emocional aprende algo jamás lo olvida, de manera que las reacciones emocionales aprendidas pueden expresarse nuevamente. Mientras más intensos y profundos son la experiencia y la expresión de los sentimientos (en terapia), más fuerte es la redefinición y el cambio.

El ritual propiamente dicho comienza con la exploración de la experiencia de sus participantes al finalizar el proceso (en lo tocante al motivo de consulta). El resultado de dicha exploración debe ser una metáfora, que condense el sentido de la experiencia en torno al problema para sus participantes; se intenta en última instancia crear un objeto preñado de simbolismo que el participante pueda traer consigo o bien, estar muy presente en su vida cotidiana con el fin de ayudar a recordar lo aprendido. Una vez obtenido esto, se puede pasar a la siguiente etapa que conjunta la elección, planeación y realización de acciones rituales de forma que la canalicen cada vez que se requiera.

Leach (1981) sostiene que los eventos rituales tienen un carácter comunicativo que es esencialmente metafórico debido a que las asociaciones se producen por semejanza o analogía y una de las posibilidades que tiene el consultante en este tipo de trabajo es, precisamente, simbolizar su experiencia dando lugar a la metáfora. Por ello es que el ritual es tan efectivo en terapia y mayormente en casos difíciles como pérdida de un ser querido o diferentes tipos de traumas, puesto que el carácter comunicativo del ritual consiste en llevar a la metáfora lo que el consultante no puede verbalizar en sesión, siendo esto precisamente lo que lo hace tan potente, pues ofrece una vía alterna de trabajo de la que ambos pueden participar, terapeuta y consultante: el simbolismo y la metáfora del conflicto.

De acuerdo con lo anterior, Laso (2016) expone que la exploración y simbolización reducen de por sí el malestar y la patología al permitir a la persona acceder a las experiencias hasta entonces incomprensibles o ajenas. Sin embargo, en el ritual de cierre es necesario ir más allá, preservando un aspecto de la experiencia que le sirva de apoyo en reiteradas ocasiones a través del tiempo.

Retomando la línea de trabajo de Laso, también propone lo siguiente:

La secuencia de acciones a realizar (y en concreto la forma específica en que el objeto simbólico ha de ser manipulado) debe desplegar (casi siempre verbalmente) las asociaciones del objeto con la experiencia que representa para suscitar o fortalecer su capacidad de evocarla, manteniéndola al alcance de su consciencia. (Laso, 2016, p. 14).

Entonces, para crear una sesión de cierre añadiendo el ritual terapéutico se deben considerar los siguientes pasos que se dividirán en 2 sesiones:

Sesión previa al cierre.

- Formular una atmósfera pregnante para la preparación del ritual de cierre terapéutico.
- Rememorar o evocar mediante la exploración de la experiencia el objetivo a trabajar que se formó a lo largo del proceso terapéutico.
- Solicitar a la persona plasmar o materializar a través de un símbolo (debe ser tangible, material o plástica) un objeto que metaforice su experiencia y los recursos obtenidos para afrontar dicho objetivo (pueden ser experiencias que facilitaron la toma de postura realizadas a lo largo del proceso terapéutico) implicándose así en confeccionarlo, todo lo anterior se pedirá lo realice fuera del espacio de consulta y lo traiga ya elaborado o seleccionado para la sesión final.

Sesión de cierre.

- Sostener atmósfera pregnante de ritual para depositar en el objeto material la experiencia evocada que ayudó al consultante a fortalecer u obtener los recursos suficientes para la toma de postura y el enfrentar de manera diferente el objetivo trabajado en el proceso terapéutico.
- Afianzar y sostener con este objeto materializado la experiencia previamente evocada para generar un recuerdo tangible de dicho empoderamiento o recurso que ayuda a resolver el conflicto (o por lo menos tomar una postura ante el mismo) que sea satisfactoria y logre romper con la recursividad de la solución proyectada (intentos infructuosos de resolver el problema) con la que venía.
- Consumación del recuerdo. Una vez que el objeto materializado ha sido dotado de significado personal/individual o cargado con la experiencia de todos los recursos obtenidos a lo largo del proceso que ayudaron a tomar una postura diferente frente a la problemática trabajada, se tiene en las manos una potente herramienta de afianzamiento personalizada que sirve para rememorar (o anclar en dicho objeto) un aprendizaje o nuevo mito, y puede ser utilizada como recurso (cada vez que la persona lo necesite en situaciones futuras del mismo orden) para ayudarlo en su reposicionamiento. Soluciones vividas como satisfactorias para el consultante.

7. APLICACIÓN PRÁCTICA A UN CASO

A continuación, se expone un caso en el cual ha de ser llevado a cabo el ritual terapéutico desde las consignas en la sesión previa al cierre y la sesión final, abordando los tres periodos (anteriormente planteados en este documento) que propone Van Gennep (1985). Vale la pena señalar que el ritual no debe confundirse con el acto central (la ceremonia, por ejemplo), sino también considerar lo propuesto por Imber-Black, Roberts y Whiting (1997), donde el proceso completo de preparar un

114 ritual, la experiencia en sí misma y la reintegración posterior a la vida diaria, es vital en el trabajo con rituales terapéuticos debido a que en cierto modo es necesario el llevar a cabo las tres etapas completas.

Se ha optado por no transcribir la sesión completa sino sólo lo que aquí nos atañe respecto a la aplicación del ritual, de modo que la información se presenta precisa a manera de guion con parlamentos y acotaciones (las cuales se encuentran dentro de los paréntesis) para facilitar su seguimiento y comprensión además de poder utilizarse como guía para el lector.

SESIÓN PREVIA AL CIERRE

Comenzaremos por dar la instrucción de cómo se llevará a cabo la elaboración del recuerdo creando desde aquí una atmósfera pregnante para ir preparando el ritual, dicha instrucción debe ser presentada al finalizar la sesión previa a la última.

Terapeuta – Vamos a realizar una actividad para nuestra última sesión, es necesario que esta actividad la tomes con toda la seriedad posible. Quiero que te permitas por un momento pensar en todo lo que aprendiste y/o descubriste en este proceso... resúmelo en una palabra... ahora bien, lo que harás es representar esa palabra a través de un objeto que lo simbolice, algo que pueda ser palpable, ya sea creado por ti mismo o elegido por tener características específicas que te permiten representar tus descubrimientos o aprendizajes en el proceso terapéutico, en especial aquellos que hayan sido de ayuda para hacer frente a la problemática que aquí definimos juntos a trabajar. El objeto puede ser algo que se represente de manera visual, escrita o de manera plástica.

Paciente – (Escuchando con mucha atención).

Terapeuta – Este objeto puedes confeccionarlo tú misma o bien ir en su búsqueda y adquirirlo, lo importante es que, en cualquiera de los dos casos, que sea muy representativo para ti ya que para la última sesión haremos una actividad muy especial con dicho objeto. Es importante señalar también que el objeto imaginado por ti deberá ser algo que te acompañe de manera cotidiana, algo de uso personal que puedas traer contigo a diario o bien, algo que pueda estar presente en tu día a día de manera continua y pueda permanecer cerca de ti, expuesto y a la vista en uno de los diferentes escenarios de tu vida; el objeto que traerás no es para guardarlo sino para integrarlo a tu vida debido a que es algo que te ayudará fuera de este espacio terapéutico para cuando sea necesario recordar lo aprendido aquí, puedas nuevamente evocar eso que en tu experiencia fue un nuevo recurso de afrontamiento a esa situación en específico la cual atendimos.

Paciente – ¿Podrías darme un ejemplo de estos objetos? ¿Cómo pudiera hacerlo?

Terapeuta – He tenido en consulta personas que han hecho diversas cosas con su sello muy particular, por ejemplo: hay consultantes que tienen destreza y gusto por el arte y han realizado una pintura, otro grabó palabras significativas para él, en una placa que decidió portar en una cadena en su cuello, uno de ellos decidió una imagen representativa y la enmarcó, algunas personas más eligen un pequeño símbolo o letra clave que posteriormente buscan en una pequeña figura para colocarla en una pulsera o collar, hubo una ocasión que una persona trajo consigo una muñeca que la representaba, un paciente que era escritor decidió traer algunas palabras en forma de poema para resumir su experiencia, otro se hizo un tatuaje, en fin, depende de las herramientas y destrezas de cada persona para poder confeccionar y materializar este objeto, existen posibilidades ilimitadas, lo más importante es que identifiques un símbolo que pueda englobar tu experiencia para convertirlo en metáfora, lo que más se acerque a eso que quieres representar.

Durante la elaboración de la obra plástica que se tendrá como actividad a realizar, la persona mantiene un diálogo intuitivo y sensitivo con los materiales que van dando forma a su autoexpresión. La experiencia multisensorial puede llegar a suscitar emociones fuertes, cargadas de signifi-

cados, en forma de huellas, símbolos o imágenes emergentes que le devuelven a su autor la carga simbólica proyectada.

Paciente – Ya comprendo, me parece tengo ahora más claro que puedo hacer, a lo largo del proceso hemos trabajado con mi sensación interna de tristeza y temor plasmada en algunos bocetos que he traído, ya que me gusta mucho el dibujo, así que hare un autorretrato en el cual me vea reflejada en este momento de mi vida.

Terapeuta – Perfecto, parece que ya lo tienes, entonces te pido por favor lo tengas terminado y lo puedas traer contigo la próxima sesión que será la última.

Aquí finaliza la primera etapa del ritual que se denomina *Preliminar* (Van Gennep, 1985) donde se efectúan los preparativos especiales y se incorpora a la persona como participe y parte activamente implicada. Este momento es una parte tan importante del proceso ritual como el acontecimiento real mismo.

SESIÓN DE CIERRE TERAPÉUTICO

En esta sesión final, se llevará a cabo la segunda etapa denominada Liminar o Transicional (Van Gennep, 1985) que será el acto central donde la persona participa en el ritual colaborativamente, formando nuevas experiencias y asumiendo nuevas identidades. Se comenzará por mostrar lo que se realizó en la fase anterior de preparación.

Terapeuta – Antes de comenzar y como recordarás, la última sesión acordamos el día de hoy traerías contigo algo que representaría tus experiencias y aprendizajes obtenidos durante este proceso terapéutico. Muéstrame, por favor, el objeto o producto que has decidido traer el día de hoy.

Paciente – Realice un autorretrato. Esta imagen que plasmé significa para mí como es que me siento en este momento de vida, como me percibo después de todo este proceso donde he logrado cosas importantes que me hacen sentir distinta. Vine aquí con el objetivo de superar la pérdida de mi ex pareja y poder modificar la relación tan compleja que tenía con mi madre, por ello decidí hacer esto, debido a que ahora me siento como una persona diferente, capaz de manejar mis relaciones y emociones además de sentirme en otra etapa vida.

Terapeuta – (Escuchando atentamente y asintiendo con la cabeza).

Paciente – Ya en el pasado había realizado otros dibujos de mí y de cómo me sentía en ese momento, por ejemplo: a los 17 años me dibujaba fragmentada debido a que así me sentía, a los 25 años me sentía rota por dentro, a los 28 años sentía mucha tristeza y sin sentido por lo cual me dibuje en un ambiente desolado; ahora siento que he integrado varias partes de mi vida a pesar de que han ocurrido muchas cosas, creo que todo ello forma parte de lo que soy.

Terapeuta – ¿Por qué elegiste este objeto? ¿Qué representa para ti? ¿Qué simboliza para ti este elemento en específico? (Apuntando hacia el centro del objeto).

Aquí el terapeuta ha de realizar una pausa y realizar algunos cuestionamientos que servirán posteriormente para profundizar y explorar la experiencia de la persona respecto al objeto materializado, esto con el fin de guiarnos con los significados personales y direccionar de mejor manera la actividad aquí propuesta con motivo de comprender los significados que le confiere la persona al objeto material nos facilita co-construir de manera significativa el ritual terapéutico debido a que, como menciona la teoría, lo hacemos participe de sus propias construcciones, razón por la cual se vuelve más potente el resultado psicoterapéutico.

Paciente – Esta imagen simboliza para mí la riqueza interna que tengo y el universo que soy, en los ojos de mi autorretrato se refleja la esperanza hacia el futuro, en la boca expresa una silueta de satisfacción porque así me siento en esta etapa de mi vida (refleja serenidad su rostro).

Terapeuta – Ahora bien, toma el objeto entre tus manos, obsérvalo fijamente y llénate de las sensaciones que te produce durante un momento, recuerda la palabra que elegiste para representar ese objeto y evócala en tu mente.

Paciente – (Suspira profundamente y comienza a concentrarse mirando hacia el objeto).

Terapeuta - Cierra tus ojos, por favor...

Paciente – (Cierra los ojos con expresión de serenidad en el rostro).

Terapeuta - Quiero que pienses en el primer día de tu proceso terapéutico y lo que fue eso para ti, permite impregnarte de la sensación que te produce, date un momento para recordar la expectativa que tenías en mente y el objetivo por el cual venías.

Paciente – (en silencio permanece escuchando la voz del terapeuta).

Terapeuta – Ahora quiero que te permitas representar frente a ti, por medio de imágenes o escenas tal vez, todos aquellos momentos significativos que pudiste experimentar en este mismo escenario o fuera de él, pero relacionados a todos esos descubrimientos que a partir de tu experiencia en terapia se fueron llevando a cabo en tu vida diaria. Recuerda, por ejemplo, la imagen o escena de aquella vez que fuiste capaz de hacerle frente a la pérdida y ausencia de tu ex pareja y lo que hiciste al respecto; o cuando te permitiste por primera vez a pesar del temor y culpa que te provocaba, poner límites en la relación con tu madre, ¿Qué sensación provocó en ti el hacerlo?

Paciente – (Se perciben movimientos oculares con los ojos cerrados y suspiros profundos).

Durante este momento del ritual es importante apoyemos a la persona con algunos momentos transcendentales que acontecieron durante el proceso terapéutico, le ayudamos a evocarlos en base a la co-construcción de la que fuimos partícipes durante el tiempo que compartimos el escenario Ej. “*Aquella vez que... o cuando tú...*”

Terapeuta – Permite que sigan llegando a tu mente todos aquellos aprendizajes y descubrimientos que fueron muy significativos para ti, tal vez se manifieste mediante alguna palabra que te hizo reflexionar, una frase o alguna vivencia.

Terapeuta – Contempla todo lo que tienes frente a ti, todas esas imágenes que están llenas de contenido, de aprendizajes, de experiencias, de sensaciones y emociones...

Lo que vamos a hacer a continuación es concentrar y verter todo esto en el objeto que tienes entre tus manos... quiero que visualices como tu objeto va atrayendo hacia el cada una de estas imágenes, una a una van siendo atraídas y pasan a formar parte de este objeto integrándose al mismo, permite que todas y cada una de esas sensaciones y experiencias colocarse dentro, proyectándolas y depositándolas, imagina y concentra todas esas cosas que te ayudaron.

Paciente – (Sostiene con mayor fuerza el objeto que se encuentra entre sus manos y gira en su cabeza en dirección al mismo).

Terapeuta – También quiero que coloques una parte de mí, ya que juntos hemos construido todo esto y cada vez que he podido he procurado darte algo valioso y me honraría profundamente estar presente y formar parte de él, coloca esa parte de mí que se ha podido conectar contigo en algún momento, que te resultó valiosa y te ayudó a crecer, una vez que la tengas permite también que se integre en este objeto.

En este punto, los miembros del ritual (terapeuta-paciente) no sólo comparten el sentido semántico de las acciones rituales (tanto en su nivel denotativo como en las connotaciones que éstas suponen), sino también el pragmático; comulgan en los planos del significado, la emoción, el sentimiento y la acción (Moulian, 2002) es decir, realizan una convencionalización tanto del símbolo como de los mitos que lo sostendrán; es por ello que se le pide al paciente colocar simbólicamente una parte del terapeuta en él ya que es la persona con quien comparte el sentido de toda esta acción.

Terapeuta – Ahora el objeto que tienes entre tus manos es un recipiente que está cargado y contiene en sí mismo todo lo que fue tu proceso terapéutico, en este momento quizás el objeto se transforme para ti, quizá se sienta diferente por todo lo que allí hemos colocado o depositado, se ha convertido ahora en un poderoso “*talismán*”⁶ que contiene justo las respuestas que necesitas en caso que se presente nuevamente una situación similar como la que has venido a ocuparte aquí.

6 Se denomina Talismán a aquel objeto que se utiliza para potenciar emociones y actitudes positivas. (Laso, 2016, p.20)

Paciente – (Toca el objeto con sus manos lentamente como intentando reconocerlo a través del tacto).

Terapeuta – Lo que tienes frente a ti ha dejado de ser un simple objeto para convertirse ahora en algo máspreciado; todo lo que colocaste allí puedes recuperarlo o evocarlo cuando sea pertinente, bastará que tengas contacto con él cuando así lo requieras o porque la situación lo apremie harás lo siguiente... Te darás un momento muy particular con este objeto, lo tomarás entre tus manos y te concentrarás para permitir que de allí emerja la respuesta necesaria para poder enfrentar la situación que se presenta en ese momento y tomar una postura ante ello, recuerda que para que esto sea efectivo debe ser una situación que se vincule con lo que aquí hemos trabajado para que concuerde con lo contenido en el objeto.

Paciente – (Emite respiraciones pausadas y tranquilas, toma una postura corporal alerta y receptiva).

Terapeuta – Por último, piensa en una palabra que resuma lo que ahora este objeto representa para ti, sólo una palabra, déjate llenar por ella y por ese objeto al cual representa, permite colmarte de esa sensación hasta que te sientas completamente impregnada... (Hace una pausa y guarda silencio durante algunos segundos).

Terapeuta – ...Cuando te sientas cargada de esta sensación, abre los ojos.

Paciente – (Abre los ojos lentamente y mira detenidamente el objeto frente a ella).

Terapeuta – ¿Cómo te encuentras?

Paciente – Bien, se siente diferente ahora mi autorretrato, como si estuviera cargado con algo.

Terapeuta – Recuerda que ha dejado de ser un simple objeto para convertirse en algo máspreciado que contiene ahora todas las herramientas y aprendizajes que pudiste adquirir en este proceso, tal vez por ello se siente diferente.

Paciente – Si, realmente así lo siento y además tenía incertidumbre de que sucedería conmigo después de terminar la terapia, tenía un poco de temor volver a lo mismo sin el acompañamiento terapéutico, pero esto me hace sentir segura en cierto sentido sobre lo que puedo hacer cuando se presenten nuevamente situaciones similares a las que me tenga que enfrentar.

Al finalizar el ritual, se da por concluida la tercera y última etapa llamada Postliminar (Van Genep, 1985), donde la persona vuelve a conectarse con su cotidianidad en la nueva situación a la que ha llegado, llevando además consigo un objeto tangible donde perviven un conjunto complejo de emociones y nuevos mitos que modifican su experiencia para enfrentar tanto la transición del cierre, como futuras situaciones relacionadas con el tema determinado que se abordó.

Hemos llegado a la parte final del artículo, en el cual hemos propuesto una técnica para el cierre de un proceso psicoterapéutico, mediante la utilización de un ritual que afiance y de continuidad a los aprendizajes logrados durante todo su proceso, articulándolos a través de la mediación plástica, dando como resultado una herramienta de afianzamiento emocional.

8. CONCLUSIONES

Como se aprecia, la utilidad de los rituales dentro de la terapia radica en su carácter comunicativo y metafórico, puesto que ofrece tanto al terapeuta como al consultante, una vía alterna de trabajo, con la cual es posible expresar lo que resulta difícil comunicar con palabras, ya que la persona elige su material de trabajo el cual no se limita al lenguaje verbal, abre paso al arte en todas sus formas y enriquece el diálogo terapéutico, pudiendo elegir la representación plástica para figurar el contenido de su experiencia que a su vez, sirve para realizar el objeto intermediario el cual viene a ser una herramienta a la medida del consultante, diseñado para conservar sus propios símbolos lo cual le permite tener más sentido y utilidad en su día a día.

En la experiencia y práctica profesional, he utilizado los rituales en diversos momentos para modificar/transformar una experiencia compleja o bien, para enganchar y articular un aprendizaje muy específico que tiene por objetivo pervivir en la experiencia del consultante, añadir el objeto intermediario hace más potente aun este afianzamiento por las razones antes presentadas.

Se invita al lector utilizar los rituales en caso de querer acompañar al consultante en una dirección más profunda de su experiencia particular. Los rituales pueden no sólo ser utilizados en el cierre de la terapia como aquí se propone, existen otros espacios a lo largo del proceso que son muy favorecedores para articular nuevas experiencias en el individuo. El ejemplo práctico aquí expuesto fue llevado a cabo en un proceso de terapia individual, pero el ritual con una herramienta de afianzamiento emocional también puede ser utilizado en terapias de pareja o familiares volviendo así más enriquecedora la experiencia de todos los miembros y dejando un recuerdo al cual puedan acceder en momentos futuros que ameriten su activación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armas, L. E., y Ruster, C. V. (18 de Agosto de 2011). *freelibros.me*. Recuperado de <http://freelibros.me>
- Bertrando, P., y Boscolo, L. (1991). *Los tiempos del tiempo: Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Canevaro, a. (2012). *Terapia individual sistémica*. Madrid: Ediciones Morata.
- Coll, F. J. (2006). *Arteterapia: dinámica entre creación y procesos terapéuticos*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Durand, G. (1968). *La imaginación simbólica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Eisner, E. (2004). *El arte y la creación de la mente*. Barcelona: Paidós.
- Eliade, M. (1996). *Lo sagrado y lo profano*. Colombia: Editorial Labor.
- Greenberg, L., & Johnson, J. (1990). *Emotionally focused couples therapy*. New York: Guilford press.
- Imber-Black, E., Roberts, J., & Whiting, R. (2006). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona: Gedisa.
- Jones, P. (2005). *The art therapies. A revolution in healthcare*. New York: Bruner-Routledge.
- Klein, J. P. (2006). *Arteterapia: una introducción*. Barcelona: Octaedro.
- Laso, E. (2015). Los rituales terapéuticos familiares: una propuesta teórica en clave emocional. *REDES*, 21-33.
- Laso, E. (2016). Los rituales terapéuticos familiares en clave emocional, 2 pasos para construir y ejecutar un ritual. *Boletín Terapia Familiar. Red Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas*, 9-25.
- Leach, E. (1977). *Sistemas políticos de la alta Birmania*. Barcelona: Anagrama.
- Ledoux, J. (1996). El cerebro emocional. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 1.
- Lévi-Strauss, C. (1995). *Antropología Estructural*. Barcelona: Paidós.
- Lévi-Strauss, C. (2012). *Mito y Significado*. Madrid: Alianza.
- López, M. D. (2009). *Tesis doctoral. La intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional Español*. Universidad de Murcia. Departamento de expresión plástica, musical y dinámica.
- Marxen, E. (2004). Arteterapia e inmigración. *RTS: Revista de trabajo social*, 71-76.
- Mélich, J. C. (1996). *Antropología simbólica y acción educativa*. Barcelona: Paidós.
- Menegazzo, C. M. (1981). *Magia, mito y psicodrama*. Buenos Aires: Paidós.
- Molina, J. A. (2004). *La imagen corporal en la representación gráfica infantil*. Madrid: Consejería de la educación.
- Moulian, R. (2002). *Magia, retórica y cognición. Un estudio de textos mágicos y comunicación ritual*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Nannini, R., & Perrone, M. (2007). *Violencia y abusos sexuales en la familia. una visión sistémica de las conductas sociales violentas*. Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar.

- Pérez, R. (2004). *Un acercamiento al arteterapia para la educación*. Madrid: Consejería de la educación.
- Rojas, J. G. (1970). *Títeres y psicodrama*. Buenos Aires: Genitor.
- Sabogal, A. M. (2018). *Dialéctica Hegeliana*. Santiago de Cali: Colegio Nuestra Señora de la Consolación.
- Schottenloher, G. (2004). *Terapia artística y creativa: Una introducción práctica*. Granada: Joaquín Sánchez.
- Turner, V. (1980). *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual Ndembu*. España: Siglo XXI.
- Ullmann, S. (1968). *Lenguaje y Estilo*. Madrid: Aguilar.
- Van Gennepe, A. (1985). *Los ritos de paso*. Madrid: Taurus.
- Vásquez, C. R. (2011). *Los mitos en la terapia familiar*. Buenos Aires: Revista Sistemas Familiares.
- Villegas, M. (1996). El análisis de la demanda terapéutica: una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 25-78.
- Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (2003). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Wittgenstein, L. (2012). *Tractatus logico-philosophicus*. Madrid: Alianza Editorial.

Clásicos

Diálogos: David Rubinstein Dialogues: David Rubinstein

Comentario: Javier Ortega Allué

Siempre es un placer atender un llamado del Dr. Canevaro. Un placer, sin embargo, no exento de responsabilidad. Aunque sea, como en este caso, para abrir modestamente unas páginas en esta primorosa sección que REDES dedica a recuperar y actualizar el legado que otros autores dejaron a nuestras espaldas y que el tiempo voraz y aligerado habría querido devorar en el olvido de los anaqueles de las bibliotecas y la desmemoria, si no hubiera quien ha puesto empeño en mantener iniciativas como ésta. El olvido es un hijo desagradecido de la memoria. Conviene, pues, que uno sepa por dónde fueron los pasos de quienes le precedieron, al menos para evitar el error de tomarse a sí mismo por Adán en el paraíso.

Coincidió su petición con el muy reciente Congreso de Relates que se celebró en junio de 2019 en Barcelona, donde tuvimos ocasión de volver la mirada hacia el pasado para rescatar lo que de él aún está vivo y puede todavía ofrecernos sugerencias creativas a quienes ahora andamos en el ejercicio de la terapia familiar.

Me preguntaba entonces qué es un clásico de la terapia, porque creo que no se trata de cultivar la menor nostalgia de aquellas épocas que, por comparación, siempre tienden a parecernos más claras y brillantes que las que nos han tocado en suerte vivir a nosotros. Ilusión y embeleco, pero también esa pasión que ofrecen los momentos inaugurales y de descubrimiento. Y al hacerme aquella pregunta – a qué hemos de llamar clásico en nuestra disciplina-, me vi empujado a ensayar alguna clase de respuesta; pues todo preguntar nos incita hacia algún horizonte, siquiera para descansar en él nuestra mirada por unos instantes. Clásico es el autor o el libro que nos habla como si estuviera aquí presente y como si su presencia nos sugiriera nuevas preguntas y algunos atisbos de respuesta. Clásico es el autor que nos señala un camino, nos espolea con una reflexión y nos reta con alguna de sus afirmaciones, más allá de lo que inevitablemente haya ido quedando en buena medida obsoleto por el paso de los años, el avance de la ciencia y el acelerado cambio social e histórico que vivimos. Todo conocimiento es una perspectiva parcial, un punto en el tiempo, un horizonte conquistado y vencido, acaso superado y casi siempre, mejor, integrado en lo que le venía por detrás empujando.

Situémonos, pues, en la creativa época que siguió a la II Guerra Mundial en los Estados Unidos y, más en concreto, en la ciudad de Filadelfia. Por aquel entonces se disputaban el territorio del análisis de la conducta humana dos grandes corrientes: el conductismo, por un lado, y la perspectiva psicodinámica por el otro; el *fuera* y el *dentro* del individuo como metáforas espaciales del objeto del que se debía ocupar la psicología para adquirir el estatus de ciencia, homologándose así al resto de saberes positivos.

Nuevos conceptos se incorporaron por esas fechas, alrededor de los años 50, al caudal de las ciencias en expansión, y a este trasvase fecundo de ideas no fueron ajenas ni la psicología ni la psiquiatría. Metáforas o conceptos hoy plenamente aceptados, como el de *sistema*, *homeostasis* o *cis-mogénesis*, tomados de la física, de la biología y de la bioquímica, o, por otro lado, lo desvelado en el análisis pragmático de la comunicación humana, fueron contribuciones productivas en el campo de la psicoterapia y del tratamiento de los individuos con patologías mentales graves, que hasta ese momento parecían resistentes a cualquier intento de abordaje. Fue por aquellos años, y desde el seno del análisis fenomenológico de la esquizofrenia, cuando empezó a advertirse la importancia capital del universo relacional, que es la matriz donde los miembros de nuestra especie nos constituimos. Aunque teñido de una inconsciente intencionalidad culposa, el concepto de “madre esquizofrenógena”, de Frieda Fromm-Reichman, abrió las puertas al estudio de las relaciones familiares y su influjo sobre el desarrollo y decurso de los trastornos mentales graves.

Cabe destacar, como muy bien se refleja en el diálogo que comentamos, que esta transformación tuvo su origen en la corriente psicodinámica y, más en concreto, en la insatisfacción que, frente al fracaso terapéutico, llevó a aquellos profesionales a buscar nuevas formas de abordaje trayendo a las familias a sesión, primero como meros acompañantes del paciente y luego, más tarde, como co-protagonistas de las dinámicas relacionales que mantenía atrapados a sus miembros. Baste como muestra el trabajo de Ackerman con las familias de niños psicóticos, quien definió su trabajo justamente como *psicoanálisis familiar*.

David Rubinstein formó parte, junto con Gerald Zuk, de un equipo puntero en el *Eastern Pennsylvania Psychiatric Hospital* de Filadelfia y trabajó sobre todo con pacientes esquizofrénicos y sus familias. Fue, junto con Boszormenyi-Nagy, Spark y James Framo, parte de lo que se conoce como *Grupo de Filadelfia*.

El interés que presenta este diálogo con Canevaro radica, a mi juicio, en la exposición de los desarrollos teóricos que, por aquellas fechas, tuvieron lugar en los Estados Unidos, y que tanto influirían en el surgimiento del paradigma sistémico. Aunque luego los historiadores de la terapia familiar hayan ido decantando y cribando la multiplicidad de aportaciones, para hacer una categorización de las escuelas que resultara más o menos inteligible, lo cierto es que sus protagonistas no tuvieron, como revela esta conversación, una idea tan estrecha o rígida de lo que fuera en sus orígenes este movimiento o el paso de lo psicodinámico a lo sistémico.

Hubo una motivación para el cambio, debido a las insuficiencias que presentaba el modelo psicodinámico en el tratamiento de los esquizofrénicos; hubo un manifiesto malestar entre los profesionales, que les empujó a explorar nuevas vías y a salir de la prisión estrecha del individuo, de su interioridad psíquica, y a poner en el punto de mira la experiencia relacional de la cual nos nutrimos. Un cambio aparentemente inocuo, pero que suscitó nuevas intervenciones y la necesidad de nuevos conceptos y reflexiones. Fue un salto de nivel teórico, que transformó definitivamente el abordaje de estas patologías. Pero, aunque lo señalemos ahora de este modo, vino a ocurrir justamente al revés. Partió de la experiencia clínica, de la observación relacional, que llevó a estos terapeutas a crear nuevos modelos teóricos para comprender y explicar lo que tenían a la vista. Como pone en evidencia esta conversación, no se trata, pues, de adaptar los fenómenos clínicos a la teoría, sino justo de lo contrario. Pero, para ello, hay que tener mucha flexibilidad, y como señaló en alguna ocasión Cecchin (*Irreverencia*, 2002), conviene no enamorarnos de nuestras propias teorías.

Todos nos levantamos sobre los hombros de nuestros predecesores. Tomamos en préstamo ideas que nos enriquecen y nos hacen ser creativos. No sin sorpresa, advertimos que lo que alguien señaló estuvo inspirado en algo que algún otro dijo antes. Las ideas se fecundan entre sí y nos abren senderos que luego otros convertirán en avenidas. Aquellos avanzaron a tientas para que nosotros pudiéramos ver. Ello también ha ocurrido en la terapia familiar y esta conversación lo evidencia. Descubrirá así el lector hasta qué punto los grandes pioneros, como Bowen, por ejemplo, se inspiraron en otros autores y tomaron en préstamo algunas de sus ideas. Como cuando se señala que hizo suyas numerosas aportaciones del psicoanálisis del yo y las aplicó nutriciamente a la teoría familiar, tomando a la familia como unidad de trabajo terapéutico. La fecunda idea, por ejemplo, de aprendizaje transgeneracional, concepto prestado de Lindz y de la teoría del aprendizaje, que llevó a Bowen a afirmar que la irracionalidad del psicótico exige que haya habido un aprendizaje de ese pensamiento irracional en otra generación dentro de la familia de origen. O como cuando Whitaker señaló que el suicida necesita al menos tres generaciones que lo preparen o legitimen. Intuiciones como estas han puesto en marcha a numerosas generaciones de psicoterapeutas, afinando el instrumento de observación con que nos adentramos en el universo relacional de las familias.

Han pasado casi cuatro décadas desde que Canevaro entrevistó a Rubinstein. Cuarenta años son, en el tiempo humano, casi una vida; pero en el mundo científico, es una eternidad. Sin embargo, no han prescrito, pese al tiempo transcurrido, alguna de las afirmaciones que en este diálogo se vierden. Rubinstein, creador de un modelo que él denominó *psicoterapia integrativa de la familia*, propone una mayor apertura de las escuelas y de los modelos, partiendo de la idea de que ninguna agota

con sus conceptos la realidad compleja que aborda la terapia. Es imposible explicar la totalidad del funcionamiento familiar o individual con unos cuantos conceptos, nos advierte con sagacidad.

De ahí, como corolario, la necesidad de estar siempre alerta y atentos a la experiencia clínica a la hora de hacer teoría y elaborar paradigmas explicativos de lo que esta experiencia nos muestra. Los modelos son fecundos, pero incompletos, porque siempre vemos una cara que se nos manifiesta para ocultar otra. A veces atisbamos esa parte de atrás, pero a costa de perder la perspectiva de la de delante. No tenemos una mirada ubicua, sino una perspectiva provisional, pero no por ello menos fértil o poderosa.

Rubinstein recuerda que cada familia manifiesta unas reglas de interacción potenciadas por el contexto cultural en que vive. Nuestros roles familiares son asignados por la cultura, porque la familia es el agente de socialización primaria por excelencia, y nos transmite una cultura privada y trigeracional y una cultura social, propia del contexto en que vivimos. Hablamos de un proceso no estático, sino repleto de dinamismo, que se transforma con los años y con las posiciones que los miembros del sistema mantendrán entre ellos durante las diferentes etapas del ciclo vital. Posiciones que, según nos recuerda Rubinstein, son sobre todo posiciones de poder, señalando así lo que la experiencia clínica tiende a confirmar: que los pacientes con mayor regresión psíquica son los que establecen las reglas de conducta del sistema. Los mejores, pero fracasados, psicólogos de sus familias son, sin duda, los pacientes psicóticos.

La clave de todo es la experiencia clínica, elevada luego a teoría. Lo que aquella nos muestra, pues, es la pobreza de los guiones resultantes de la patología, la escasez de mitos y rituales familiares, el estrechamiento de los relatos con que la familia se entiende y comprende el mundo. Sin olvidar por ello que, en buena medida, estos guiones familiares están pre-escritos por la cultura dominante, por las relaciones de poder y por las propias necesidades individuales de reconocimiento, valoración y afecto.

Volvamos al principio. Si clásico era aquel autor que aún nos interroga y nos empuja a reflexionar, estamos aquí sin duda ante un diálogo clásico, repleto de información histórica y de sabiduría clínica. Quedémonos con cuanto amplíe nuestro horizonte. Lo demás es ganga. Quedémonos con el legado que nos regala esta sección de REDES y la inteligencia terapéutica del Dr. Canevaro, para hacer memoria, pero, sobre todo, para seguir subidos sobre las espaldas de gigantes construyendo con mimo y tesón los nuevos tiempos de la terapia familiar. El futuro.

Diálogos: David Rubinstein

Entrevistador: Dr. Alfredo Canevaro (AC)

Entrevistado: Dr. David Rubinstein (DR)

En esta sección transcribimos las entrevistas realizadas por el Dr. Alfredo Canevaro con el Dr. David Rubinstein en julio de 1978 en la ciudad de Filadelfia, acerca de las corrientes en Terapia Familiar. Ambos formaron parte de un equipo pionero en el *Easter Pennsylvania Psychiatric Hospital* en Filadelfia junto con Boszormenyi-Nagy, Framo y otros, donde desarrollaron investigaciones muy importantes en una línea de orientación psicodramática con familias con miembros psicóticos internados. Hace algunos años el equipo se disolvió, continuando sus integrantes con sus desarrollos personales, en el mismo ámbito de la ciudad de Filadelfia, y enfatizando la tarea docente.

AC: Bueno, Dr. Rubinstein, sería interesante conocer su idea personal sobre las grandes corrientes de la terapia familiar en Estados Unidos; y en todo caso saber de dónde nacen teóricamente. Y saber, por ejemplo, si podemos hablar de la escuela de Filadelfia o en todo caso de la zona este de Estados Unidos, o si hay diferentes escuelas. Bueno, más o menos así la pregunta.

DR: En primer lugar, yo no creo que exista una escuela de Filadelfia. En realidad existen varias escuelas. En Estados Unidos ha habido una serie de desarrollos teóricos, dependiendo de

dónde y que clase de *background* ha tenido el líder de la corriente teórica. Originalmente hubo una conversión del modelo psicoanalítico, especialmente con el intento de estudiar la fenomenología y la psicodinámica de la esquizofrenia. Que, como usted recordará, principalmente fue estudiada por psicoanalíticos que trataron, en la cuarta década de este siglo, de entender cómo las relación entre hijo esquizofrénico y la madre esquizofrénica podía crear la fenomenología esquizofrénica. Entonces hubo toda una serie de postulados teóricos e hipotéticos que hubo que investigar. Empezando con Freida Fromm Reichmann, que creó el término de madre esquizofrenogénica, con Lewis Hill, que publicó aquel pequeño librito sobre psicoterapia del paciente esquizofrénico basado en algunos conceptos de Freud sobre las neurosis narcisistas; Freud siempre estableció alguna relación entre el trauma oral y las neurosis narcisista y descubrió el proceso primario, y estableció que en la esquizofrenia o en la psicosis, y en general, en las neurosis narcisistas tan primitivas existía una fijación oral. El postulado que se estableció fue que el paciente esquizofrénico estaba fijado en la fase oral. Lógicamente, la conexión psicodinámica era que tenía que ver con la relación madre-hijo, en las primeras fases del desarrollo psicosexual.

AC: Y, además, creo que fue el precursor en realidad de la teoría de las tres generaciones, que desarrolló Bowen.

DR: Sí, sí. Pero no fue Bowen. En el artículo que escribimos para el libro de psicoterapia intensiva familiar, nosotros anotamos, que antes de Bowen hubo otros autores que escribieron sobre eso.

AC: Fue Lewis Hill.

DR: Sí. No fue Bowen. Bowen ha tomado la idea, pero originalmente fue Lewis Hill el que escribió sobre las tres generaciones.

De modo que empezamos en aquel entonces, en el año 50, a pensar psicodinámicamente en estudiar las relaciones entre madre-hijo y ver qué clase de conexión entre los dos había existido. A través de todas esas cosas que hicimos, lo único que se logró fue, si no explicar el concepto de esquizofrenia, sí lograr hacernos conscientes de la existencia de una relación. Y lo que hicimos fue, poco a poco, desarrollar un nuevo modelo conceptual, el modelo conceptual de la interrelación. Concurrió aquello con el progreso, después de la Segunda Guerra Mundial y durante la Segunda Guerra Mundial, del desarrollo del concepto de Sistemas, que se estudió en física, en bioquímica, etc. Se nos ocurrió entonces aplicarlos a las relaciones sociales. Es decir que la psiquiatría tomó esa nueva contribución de la filosofía de la ciencia y la aplicó hacia la creación de nuevos modelos psicodinámicos. De modo que coincidieron dos corrientes: una, el intento de los psicoterapeutas de explicar el origen de la esquizofrenia, y segundo, la contribución, después de la Segunda Guerra Mundial del desarrollo del concepto de sistema y su aplicación a las relaciones interpersonales.

AC: Uno partía del individuo hacia el grupo, y el otro...

DR: ... del grupo hacia el individuo, en base a teorías interrelacionales. Y por eso se crearon los nuevos conceptos sobre teoría familiar. Pero, fundamentalmente, la raíz era la coincidencia de dos corrientes filosóficas: una, la corriente filosófica psicodinámica o psicoanalítica, y la otra la corriente filosófica sobre el desarrollo de la teoría de sistemas, con un esfuerzo de explicar la conducta humana.

AC: El problema es que se parte... uno parte de la monada, la teoría psicoanalítica o psicodinámica, y la teoría sistémica, no. Ese es un problema, también de distintos niveles.

DR: Son dos niveles distintos, sí. Pero aunque no expliquemos el desarrollo etiológico exacto de por qué tenemos pacientes esquizofrénicos, sin embargo, lo que sí creamos es el concepto de sistema, y lo adjuntamos al concepto psicodinámico que teníamos y creamos un nuevo concepto, que es el sistema psicodinámico familiar. Nos pasamos aquí como diez años en este instituto tratando de aplicar esos conceptos al tratamiento de pacientes esquizofrénicos. Y me acuerdo de haber pasado horas y horas viendo pacientes esquizofrénicos y sus familias, tratando de entender más. Al mismo tiempo, ese tipo de desarrollo filosófico llevaba otra corriente consigo, que es el desarrollo del mismo concepto de sistema aplicado al desarrollo de computadoras y cálculos balísticos, etc. y toda la

nueva teoría de información. Esa nueva rama de teoría de la información también vino y se aplicó a la psiquiatría. Y fue Bateson, que en aquél entonces estaba interesado en estudiar la comunicación en ser infrahumanos, como por ejemplo en los *dolphi*...

AC: Los delfines.

DR: Sí, los delfines. Le interesaba estudiar cómo los delfines se comunican unos con otros. Y utilizó los conceptos filosóficos de la teoría de la información para aplicarlos a la comunicación de los delfines. Entonces se le ocurrió a él tratar de ver cómo eso se aplicaba a la esquizofrenia... cómo el esquizofrénico procesaba información y cómo personas cerca del esquizofrénico procesaban información de vuelta, y creaban un sistema de información unos con otros.

AC: El fue gestor intelectual, un poco, de esa corriente. Jackson la aplicó...

DR: Fue el factor fundamental. Gregory Bateson fue el cerebro detrás de este concepto. Entonces creó un proyecto de investigación que fuese auspiciado por la *Veterans Administration* y por el *Mental Research Institute* más tarde. Y trabajó consigo mismo a algunos psiquiatras. Y uno de los psiquiatras fue Jackson; otro fue Jay Haley, que no es psiquiatra pero era un ingeniero que se dedicaba a ingeniería de la comunicación, que aquél entonces no sabía nada de psiquiatría. Y trajo consigo a otra gente que entonces se unieron a Bateson para estudiar ese proyecto, sobre todo el proceso de información en pacientes esquizofrénicos. Y él se mantuvo a la cabeza de eso unos cuatro años; después se desanimó, se fue a continuar estudiando sus delfines en Hawái. Pero el que se quedó a cargo de eso proyecto entonces fue Don Jackson. A partir de eso entonces se creó la corriente de la teoría de la comunicación en la familia, que no es más que una teoría basada en cómo el individuo procesa una información de unos hacia otros. De modo que tiene usted ya dos corrientes; una es la que está enraizada en las teorías psicodinámicas, con todos los conceptos de psicodinámica y sistema familiar y la otra es la gran corriente sobre el proceso de la información y comunicación y comunicación interpersonal. Tiene usted las dos corrientes.

Al mismo tiempo, en la parte este de Estados Unidos, algunos psiquiatras que también estaban interesados en estudiar la esquizofrenia, se dedicaron a observar a la familia como una unidad terapéutica. No solamente para hacer observaciones sino también para tratar de aplicar algunas teorías psicodinámicas a la unidad familiar. Y entonces trataron de utilizar algunos conceptos de la psicodinámica individual de la monada y utilizar el mismo concepto aplicado al grupo, al grupo familiar. El mismo concepto fue utilizado para varios niveles. Por ejemplo, el concepto del yo, que es fundamentalmente el concepto de la monada, del individuo, de la psicodinámica del individuo, basado en un modelo freudiano, trataron de aplicarlo al grupo familiar como si existiera un yo familiar. Este grupo estaba liderado por Bowen, en Washington. Quiero decir que este grupo teórico, lo que hizo fue aplicar algunas teorías psicodinámicas, principalmente basadas en la psicología del yo aplicarlas al grupo familiar, como si se pudiera transponer. Bowen, en aquél entonces, también en el año 50, habló del yo diferenciable, o del yo indiferenciable.

AC: La masa del ego indiferenciado...

DR: La masa del ego indiferenciada o no diferenciada. Tratan de explicar la fenomenología esquizofrénica, como si la familia que tuviera un ego no diferenciado pudiera explicar la existencia de un paciente esquizofrénico. De modo que tomó el concepto de psicología del yo que en aquél entonces empezaban a desarrollar en el terreno psicoanalítico, en el año 50, todo el concepto de psicoanálisis del yo. Empezaron a desarrollarlo y lo aplicó en la teoría familiar. Tomó otro concepto, que es el concepto de la transmisión de la irracionalidad de generación en generación, como si la irracionalidad se aprendiera; uno aprendiera de los padres, de los abuelos cómo ser irracional. Lo cual fue un concepto prestado también.

AC: De Lidz.

DR: De Lidz, que fue el que originalmente empezó con ese concepto en Yale, con su grupo. Lidz y Fleck y colaboradores ha publicado ahí un trabajo sobre la transmisión de la irracionalidad en la familia. Lo cual, en realidad, no era puramente un concepto psicoanalítico, era un concepto mezcla de psicoanálisis y mezcla del *learning theory*, de teoría del aprendizaje, que en aquel entonces tam-

bién empezaba a desarrollarse. La teoría del aprendizaje empezaba a desarrollarse alrededor de la década de 1950 también para explicar la conducta humana. Lo que dio lugar, con Wolpe y sus predecesores al concepto de la *Behavior therapy*, que la conducta humana es aprendida. La cual data todo hacia atrás desde los psicólogos conductistas, que empezaron en el año 20, pero fue redescubierta alrededor del año 50 por este grupo de psicólogos. Pero ahí es mezcla, que la conducta humana es aprendida, que la irracionalidad se puede aprender. Pero aunque Lidz y colaboradores son psicoanalíticos, lo que hicieron fue tomar algunos conceptos de los conductistas. Bowen tomó la misma idea que Lidz estaba desarrollando y la prendió con el otro concepto del yo y de la psicología del yo, y creó una nueva corriente teórica, basada en estos dos pivotes conceptuales: uno, la psicología del yo aplicada a la familia; y segundo, que las generaciones, de una a otra, aprenden estilos conceptuales.

AC: ... La tres generaciones...

DR: En aquel entonces, en el año 50, con Bowen estaba trabajando un hombre, que era Lyman Wynne, que se interesó en esto, y entonces trató de explicar y probar –con investigaciones psicológicas– que no podía demostrar que en cada paciente esquizofrénico había una generación anterior de predecesores que eran también irracionales, y que pensaban en una forma irracional; y ese fue el famoso trabajo que hizo Lyman Wynne (con Margaret Singer) sobre el Rorschach en familias esquizofrénicas. Haciendo predicciones Wynne y Singer sobre el tipo de estilos cognitivos que, existían en los padres y los hijos esquizofrénicos.

Bueno, ya tiene usted tres corrientes: la corriente psicodinámica, la corriente del proceso de información o comunicación y la corriente de la psicología del yo y la posición del yo en el territorio familiar. Hay un tercer concepto al que Bowen ha contribuido que es el concepto de que cada persona establece una posición *yoica*, una posición del ego, en su territorio familiar. Que es solamente una derivativa de la *psicología del yo*. Y todos los terapeutas que tienen una tendencia a ser psicoterapeutas con orientación *yoística* tenderían a mantener que el paciente tiene que establecer y hacerse consciente de las fracciones de su *yo*. Y ésa es la cosa que aplicó también Bowen a su corriente teórica.

Ackerman, que era un psiquiatra infantil, vino a puesta –en aquel entonces también, porque era fundamentalmente un psicoanalista, y muchas de las cosas que estaba trabajando él con psicoanálisis y psicoterapia de niños trató de aplicarlas psicoterapéuticamente, psicodinámicamente a la familia. Pero por estar insatisfecho y por una serie de problemas políticos que tuvo con el grupo psicoanalítico al que él pertenecía, entonces se separó y se convirtió en psicoanalista familiar. De modo que ya tiene usted tres corrientes con cuatro líderes.

AC: Y a todo eso, el psicoanálisis ¿cómo veía ese desarrollo El Psicoanálisis ortodoxo?

DR: Ah, en seguida empezó a decir que todo eso era absurdo. Que eso no significaba nada; que siempre la psicoterapia debía ser conducida a través de un individuo y no a través de la familia. Y que toda presencia del individuo con la familia, lo único que hacía era contaminar la transferencia necesaria en que el análisis se basaba. El, clásicamente se ha basado en el concepto del desarrollo de neurosis transferencial o una psicosis transferencial; y que la resolución de la neurosis transferencial era una de los ingredientes necesarios para el éxito de la psicoterapia, del psicoanálisis. Y ¿cómo podía desarrollarse una neurosis transferencial, que era un fenómeno de una persona hacia otra persona, cuando existía todo un sistema familia? No se podía. De modo que, automáticamente, se dividieron los campos. Porque inclusive los terapeutas familiares que tenían una base psicoanalítica no acentuaron el concepto del desarrollo de la neurosis transferencial en la psicoterapia de la familia, sino que solamente utilizaron conceptos para investigar la génesis de los trastornos familiares. Pero no para desarrollar una neurosis transferencial del grupo familiar. Por el contrario, consideraron que el desarrollo de la neurosis transferencial en psicoterapia familiar es una complicación que uno debe tratar de evitar; crea un problema. Lo cual no es cierto en la psicoterapia individual. En la psicoterapia individual se busca el desarrollo de una neurosis transferencial y la resolución de la neurosis transferencial.

AC: Lo que pasa es que en el grupo vemos otro fenómeno, ¿no? Como la transferencia se puede dar...

AC:... de relación a otra. Esa fue una contribución que hicieron los psicoterapeutas familiares: demostrar que el fenómeno transferencial que clásicamente se consideraba exclusivo del fenómeno terapéutico, del concepto terapéutico, también existía en el sistema familiar, entre persona y persona. No era solamente exclusivo, entre el paciente y su terapeuta.

AC: Y la misma persona con quien había existido conflictos anteriormente. Podía ser reprojectado sobre la misma persona.

DR: Seguro, entonces, tiene usted todas estas corrientes ya existentes a fines de la década de los 50.

AC: Perdón. ¿Y todavía el psicoanálisis continúa en su rechazo de la terapia familiar?

DR: Sí, aunque usted notara algunas revistas como el *International Journal of Psychoanalysis* y el *American Journal of Psychoanalysis*, en la que hay algunos artículos publicados que ya utilizan conceptos de psicoterapia familiar.

En esas corrientes que yo estaba describiendo, hubo una serie de desarrollos a partir de ese punto. Uno de los desarrollos fue Jackson, por ejemplo, que desarrolló sus ideas y que estudió la familia como un sistema homeostático, y se dedicó a estudiar la familia como sistema homeostático, gobernado por reglas que controlaban las producciones interfamiliares. Además dio lugar a algunos de los miembros de ese grupo que estudiaran simplemente la fenomenología comunicacional, la fenomenología de cómo procesa la información en la familia, y cómo se establecían esas reglas. Ese fue el interés principal de Jay Haley, cómo se establecían las reglas y cómo se procesaba la información entre persona y otra, y cómo las reglas gobernaban también eso proceso de información. Desafortunadamente, Jay Haley nunca creó técnicas, sino que se dedicó a observar la fenomenología familiar.

AC: Es lo que ahora reivindican algunos europeos, tomando ese basamento teórico y creando técnicas, como en el caso de Selvini-Palazzoli en Milán, que se apoya teóricamente en Haley, pero crea técnicas que ella dice, son de un resultado sumamente positivo.

DR: Sí, excepto que Jay Haley basó algunas de sus observaciones en un clínico que es poco conocido, que él práctica hipnosis terapéutica.

AC: Erickson.

DR: ¡Erickson! Y que trabajó con la paradoja. Entonces mucho de lo que Haley habla es copia de Erickson. Erickson le dio a Jay Haley ideas para crear sus teorías, basadas en las experiencias clínicas que había tenido. Y entonces Jay Haley creó sus hipótesis y sus teorías. Pero al mismo tiempo Mara Selvini-Palazzoli, utilizó la teoría de Jay Haley lo que hizo fue volver otra vez a la técnica, pero las técnicas a las que ella llega son muy parecidas a las que usa Erickson.

AC: ¿Y usted qué piensa de esas técnicas?

DR: Yo creo que son útiles. Yo decía que algunas de las corrientes se habían desarrollado, como por ejemplo Don Jackson, Jay Haley, y entonces Salvador Minuchin tomó el mismo concepto de Gregory Bateson sobre la familia como un sistema, y en vez de estudiar el proceso de información o de estudiar el grupo como un grupo homeostático lo que hizo fue considerar el punto de vista estructural. Y pensando que cambiando las relaciones en la estructura, o cambiando las posiciones dentro de la estructura, era suficiente para cambiar la sintomatología ¿Entiendes?

AC: Sí, sí. Es un fenómeno que clínicamente se observa.

DR: Pero es que todos estos tienen razón, porque es como el elefante, ¿no? Cada uno trata de describir al elefante de acuerdo con el pedacito del elefante que está observando. De modo que tiene a Salvador Minuchin, Jay Haley, y Don Jackson agrupados bajo la bandera de la teoría creada por Gregory Bateson.

AC: Y Minuchin intenta por lo menos diferenciarse, ¿no? Tomando ciertas cosas del estructuralismo, incluso Levi-Straus, y explica ciertas cosas que pareciera ser en algo distinto a lo que dicen los comunicólogos.

DR: Sí, pero en realidad lo que hacía era estudiar la estructura del sistema. Y cambiar las posiciones dentro de la estructura del sistema, para entonces cambiar la sintomatología, o la conducta humana.

AC: Solamente que él se introduce mucho más adentro del sistema con el joining, ¿no? Pareciera ser.

DR: Ese fue un desarrollo de esa corriente. Después tiene usted el desarrollo de la otra corriente, empezando con Ackerman con la psicodinmia, con Bowen la psicología del ego y la suposiciones del ego dentro de la familia, y entonces usted tiene el desarrollo de otra serie de conceptos, también basada en psicoanálisis, que es las relaciones objetales, las relaciones del objeto. Que fue desarrollada poco a poco por Nagy aquí en el Instituto.

AC: ¿Boszormenyi-Nagy?

DR: Sí. Y este desarrollo lo que ha hecho es llevarlo al concepto de las relaciones entre personas. Entonces él trató de aplicarlo al concepto de las relaciones objetadas y demás, y el concepto de análisis existencial, a las relaciones familiares y entonces dieron con el concepto de la relación intergeneracional.

AC: ¿Usted se adscribe de alguna manera a la corriente que sintetiza Boszormenyi-Nagy? Usted piensa personalmente que...

DR: No.

AC: ¿Cómo podría definirse?

DR: Por eso veía que en Filadelfia había dos corrientes: una la de Salvador Minuchin, que está basada principalmente en la teoría estructural de la familia, y la de Boszormenyi-Nagy que está basada en la corriente puramente psicoanalítica, con relaciones objetales, análisis existencial, relaciones intergeneracionales, etc. Vengo yo y digo que todas estas corrientes tienen quizá un poquito de la verdad. Que uno no puede pretender explicar el fenómeno familiar solamente en base a una de las teorías. El fenómeno familiar es mucho más complejo que todo eso, y es necesario crear una corriente teórica integrativa, porque no de ser cierto que cada una de estas teorías, usando técnicas, pueden en algunos casos resolver los problemas. Pero que los problemas que clínicamente observo en la familia son mucho más complejos, que puedan explicarse solamente por el simple proceso de información o que pueda explicarse solamente por las relaciones intergeneracionales, o que puedan explicarse solamente en base al yo diferenciado o no diferenciado, o que pueda explicarse en base a la estructura del sistema. Y cada una de ellas es un poquito la verdad. Es más: además de todo eso, lo que no se ha hablado suficientemente es sobre otras cosas más. Por ejemplo, la cultura de la familia. Que cada familia tiene una serie de reglas culturales y de sistemas culturales, que la familia como agente de eso cultura, sigue. Y que los roles dentro de la familia están muy controlados por la cultura a la que la familia pertenece. Segundo concepto, de que la familia sigue un proceso de desarrollo, que nunca se mantiene estática. Y que la familia, a través de los años cambia, de acuerdo con las reglas preestablecidas por la cultura a que pertenece. Y que la familia después del segundo, tercer año de haberse creado, el bloque familiar, es distinta a la familia 10 años más tarde, 15 años más tarde o 20 años más tarde. Porque es un proceso formado de una dinámica que le está...

AC: ¿Con estadios evolutivos de esa familia?

DR: Que continúan apareciendo pre-determinados por las reglas impuestas por el contexto cultural y que la familia sigue. La familia se guía por esta serie de reglas culturales que no se han analizado suficientemente. Que son reglas que tienen que ver con las relaciones de poder de un miembro a otro miembro. Que la familia, como organización dinámica, tiene una serie de roles de poder asignados por la cultura: la posición del padre, como posición de poder; o la posición en una familia de esquizofrénicos, en la que el paciente esquizofrénico o la familia esquizofrénica sigue la regla del poder que es anormal. Normalmente, las reglas del poder en una familia, siguen el proceso secundario. Siguen reglas del proceso secundario, establecidas por Freud. En una familia esquizofrénica, las reglas del poder siguen el proceso primario.

AC: A la persona que acusa más capacidad de regresión.

DR: Es la persona que controla a la familia, lo cual es una inversión de lo que habitualmente se conoce en las familias normales. Por ejemplo, en algunas familias la posición matriarcal es importante, es la que crea el poder. El poder lo hemos definido como la posición desde la cual la persona establece las reglas de conducta. Las reglas de conducta son las que le dan el poder a la persona. Si yo le digo a usted cómo debe conducirse en presencia y establezco las reglas en nuestra relación, yo tengo el poder. Si en otro momento usted es el que establece las reglas de conducta, usted es el que tiene el poder. El poder puede cambiar de una persona a otra, Generalmente en familias normales, el poder se mantiene en ciertas personas y se cambia de acuerdo con ciertas reglas, de una persona a otra, de acuerdo con ciertas circunstancias, en una familia patológica, las reglas no son tan predictibles, siguen siempre procesos más y más primarios.

AC: ¿Usted vería alguna conexión entre esa condición regresiva y el “intento” de cambiar la estructura rígida familiar? ¿Podríamos pensar que el esquizofrénico utiliza se regresión para intentar cambiar el sistema rígido, distorsionado?

DR: Yo creo que el paciente esquizofrénico trata de encontrar alguna forma de claridad, alguna forma de organización dentro de la desorganización en que se encuentra. Como las reglas que aplica son reglas del proceso primario, entonces el resultado es caótico. Y como el paciente esquizofrénico es el que es asignado a tener el poder en la familia, debido a ese proceso primario, entonces encuentra una doble responsabilidad: de hacer sentido de un proceso caótico, cuando no puede hacerlo, y de utilizar reglas del proceso primario, que no puede organizar nada. Y todavía crea más confusión a sí mismo y a la familia.

De modo que, en mis conceptos teóricos, primero acepto cada una de estos que me han precedido. Parte de ellos dicen la verdad, es cierto, no lo puedo negar. Pero trato de desarrollar un poquito más, de introducir nuevas corrientes teóricas. Y trato, como por ejemplo el concepto del poder, el concepto de la existencia de patrones programados entre personas. Es decir, que dos personas o tres programan su conducta. Como, por ejemplo, en este artículo de las diadas depresivas, o en el otro artículo de las relaciones narcisista. Las personas empiezan un script, un guión, más pobre, es decir, que tiene pocas variantes. Y se reduce casi a una repetición uniforme, que se repita. Cada tres minutos se repite lo mismo, lo mismo, lo mismo.

AC: ...estereotipada...

DR: Sí. Mientras menos regresivos, más neuróticos, más normales son las relaciones, entonces más rico es el guión, más variantes se pueden introducir. Pero siempre hay un guión que las personas siguen. Entonces la familia se construye como unidad, se organiza como unidad, basada en estos guiones. Que están predispuestos, pre-escritos por la cultura, por las relaciones de poder y por las necesidades individuales.

AC: ¿Qué tiene que ver el inconsciente individual en este cuadro?

DR: Bueno, porque en las necesidades individuales, por ejemplo en las necesidades narcisistas individuales, el inconsciente juega un papel enorme. Y entonces el individuo crea parte de su guión en base a sus necesidades individuales. Así que en un sistema siempre las corrientes van en doble sentido. Por ejemplo, en el artículo que escribimos sobre relaciones narcisistas, yo trato de mostrar que el narcisismo no es un concepto individual solamente, que el narcisismo es un concepto diádico. ¿Por qué? Porque a pesar de que en la corriente psicoanalítica clásica el narcisismo es la relación que hace un individuo con su objeto, para suplir la autonomía, mejorar la autoestima, o corregir la autoestima del individuo. Y las relaciones objetales son las que están continuamente alimentando la autoestima del individuo. Pero la realidad es que el objeto es siempre otro individuo, generalmente es otro individuo. Entonces me pregunté yo, ¿qué en los patrones que se establecen entre dos individuos? ¿En qué uno es objeto del otro? Entonces el concepto de narcisismo en vez de ser concepto de un individuo, se convierte en un patrón de conducta entre dos individuos. Y el narcisismo se convierte en un proceso narcisista entre dos personas.

AC: ¿Qué sería una repetición de una relación primitiva de objeto internalizada?

DR: Exactamente. Entonces, en el artículo describimos que los padres, o la madre, la madre

fundamentalmente, crea una relación narcisista con el hijo infántico, con el hijo recién nacido. Pero esa relación narcisista es una relación normal narcisista, es saludable. Porque el recién nacido necesita la relación narcisista para poder crear un concepto del yo. Y para crear un concepto suficiente del yo que sea saludable. Pero si la relación narcisista predomina y prevalece por encima de todos los otros aspectos de relación madre-hijo, entonces se convierte en patológica. Entonces el hijo se fija en una posición narcisista convirtiéndose en un objeto en el mundo narcisista de la madre. Entonces, en este sentido, se va creando, internalizando, el inconsciente, amoldándose el superyó narcisista, el yo narcisista en todas las funciones defensivas patológicas narcisistas del individuo, del niño a medida que va creciendo. De modo que la relación, el programa, el guión creado madre-hijo, lo único que hace es ayudar a esculpturar, a esculpir el inconsciente del hijo. Pero el hijo con su inconsciente crea patrones, a los cuales se acostumbra, que aprende y que repite con la madre más tarde. Y que si no es con la madre, entonces busca otros medios, otros individuos, que también está en una posición narcisista, con los cuales pueda repetir sus patrones.

AC: Ahora, ¿qué papel tiene el padre en esa relación?

DR: O también la relación entre madre y padre, cuando son patológicamente narcisistas, lo que hace es crear un molde para el hijo, que es también narcisista. Esto también lo discutimos en el artículo. De modo que tiene usted el concepto de la creación de patrones familiares, de guiones, que sirven para moldear la estructura familiar. El concepto de las relaciones de poder en la familia. El concepto de la transmisión... de la familia como agente de la cultura. Todo eso yo creo que es importante tenerlo en consideración cuando una trata una familia. Además de todas las distintas corrientes. Entonces, si integramos todo eso se crea una corriente teórica. Esa nueva corriente teórica yo la llamaría teoría integrada. Porque ninguna de éstas de por sí es cierta. Se crea un nuevo nivel conceptual. El nivel conceptual que tiene en cuenta, que la familia, como sistema, es una nueva fenomenología teórica. Entonces creó que lo que se llama la *psicoterapia integral de la familia*.

AC: ¿Usted es optimista con respecto a ese esfuerzo epistemológico?

DR: Quizá no lo veré en mi generación. Pero hasta ahora hemos podido escribir varios artículos orientando distintos conceptos. Tenemos el artículo sobre patrones culturales, tenemos el artículo sobre las diadas depresivas, usando la depresión como modelo para estudiarlo. Y tenemos el artículo sobre narcisismo. Lo que me doy cuenta es que quizás es un esfuerzo enorme tratar de integrar todo eso en una nueva concepción. Pero es que también me resulta difícil esclavizarme a un solo concepto y considerar que eso me va a resolver todos los problemas. Como que en mi clínica yo veo pacientes, seres humanos de todas clases, con toda clase de niveles culturales, con toda clase de problemas clínicos. No puedo utilizar una sola técnica: tengo que usar la técnica que sea la más adecuada para el tipo de paciente que estoy viendo. Y usar el enfoque teórico que sea más adecuado para tipo de paciente que estoy observando. Y por eso tengo que crear una integración.

AC: Es interesante cómo coincide esto con una visión desde el fenómeno clínico. Usted recuerda en la introducción a la revista ¿la ha leído?; más o menos es similar el intento. Por lo menos el intento de comprensión. Porque, evidentemente, partimos desde la misma base de una experiencia clínica. Que es fundamental redefinir el fenómeno de la terapia familiar desde la experiencia clínica hacia la teoría, y no al revés. Es decir, no tomar el lecho de *Procasto* de cada teoría para intentar poner la terapia familiar adentro de esa teoría, sino al revés. Y es muy lindo ver la coincidencia. Porque creo que parte del fenómeno clínico y no de la teoría. Que es lo que uno en general no encuentra hablando con gente de distinta extracción teórica. Más bien se observa...

DR: Ahora por ejemplo, es que no es posible. Estoy muy interesado en estudiar los esquizofrénicos y lo que rodea al paciente esquizofrénico: la familia del esquizofrénico. Todavía estoy muy interesado. Y estamos observando. Tenemos tapes. Hacemos tapes, entonces en mis propios tapes observo a la familia. Pero una de las cosas en que me estoy interesando más y más es el fenómeno del narcisismo en la familia. El narcisismo normal y el patológico en la familia. Lo cual es una corriente que existe en psicoanálisis, trata de observar el narcisismo individual. Yo trato de aplicar el narcisismo a la familia y tratar de derivar, trasladar, traducir conceptos psicoanalíticos individuales

a conceptos de sistema familiar. Aunque se podría interpretar que mi corriente es psicoanalítica, porque utilizo también el concepto de los patrones de conducta, patrones de dos personas que las siguen. Por ejemplo, este artículo le permitirá ver un trabajo que hicimos previo a éste, que es el análisis de la conducta humana, conducta verbal y no verbal, en la interacción cara a cara entre dos personas analizando cinco minutos de una entrevista. El artículo se publica con un antropólogo. No tiene nada de psicoanálisis ahí, es puramente observaciones de conducta. Tratando de estudiar las entonaciones de la voz y cómo un entrevistador y un entrevistado crean un sistema, automáticamente, en que se monitorean, se influyen mutuamente en el sentido de la voz. Y utilicé ese mismo sistema para demostrar cómo una persona depresiva, con su coactor...

AC: ... su *partenaire*...

DR: Sí, con su *partner*, también se influye mutuamente con la voz y su conducta no verbal. Y el uno al otro se influyen, como en el electroencefalograma. Yo no sé si usted tiene experiencia con neurología. Pero en el electroencefalograma usted puede guiar el ritmo alfa cerebral de acuerdo con los estímulos fóticos, y se puede crear lo que se llama el “*alfadrive*”. Bueno, en la conducta humana es igual. Uno puede influir una persona a otra a otra. Eso no es psicoanalítico, eso es puramente conductista. De modo que mi corriente no se puede clasificar como psicoanalítica. Aunque no niego que tenga mucha influencia psicoanalítica, porque utilizo un modelo analítico, pero también utilizo un modelo conductista, también utilizo un modelo antropológico, comunicacional y proceso de información. ... como se crean los patrones y guiones entre dos personas.

AC: ¿Y este esfuerzo teórico, usted piensa que es aceptado por la mayoría de los clínicos e investigadores en la terapia familiar?

DR: Yo no creo, porque estoy empezando. Este es un proceso que me demorará por lo menos 10, 20 años en desarrollar.

AC: Es decir, ¿usted piensa que la próxima generación de terapeutas de familia tendrá una teoría más integrada?

DR: Creo yo. Pero debe ser más integrada. Por eso la he llamado *integrative* o *integrated family therapy*.

AC: Es lindo oír esto porque en general, quizás, y volviendo al narcisismo, cada terapeuta, cada investigador tiene su carril y de ahí no sale. Y el esfuerzo de integrar esto es un esfuerzo titánico quizás, pero necesario. Que aparentemente pareciera que coinciden con otros desarrollos, otros intentos en otra parte del mundo, también. Parecería que Skinner, un inglés, pretende también integrar, partiendo desde el *group analysis*, algo parecido. Entonces ¿Es usted optimista acerca del futuro?

DR: Definitivamente. Perdón. Usted me preguntaba si existe una escuela en Filadelfia. No existe una escuela de Filadelfia. En este momento, yo diría que existen por lo menos tres corrientes. La que está encabezando Salvador. Está Nagy con su grupo. Y, modestamente, estoy yo, con una serie nueva de conceptos sobre cómo integrar todo lo que estamos perdiendo por todos lados.

AC: Pero, de cualquier modo, Filadelfia sigue siendo un centro importante de terapia familiar.

DR: Muy importante.

AC: Y así, como última pregunta ¿Cómo ve los desarrollos futuros de esta, llamémosla, nueva disciplina científica? ¿Usted piensa que con los años va ser mucho más expandido el uso de la terapia familiar?

DR: Sí. Pero no solamente debido a los desarrollos teóricos. La expansión es debida a una serie de otros factores, de los que tendríamos que hablar otra hora. Que tienen que ver con la política y la economía. Y no solamente con la contribución de la terapia familiar a la explicación de la conducta humana. Quedan toda una serie de otros problemas políticos y económicos en las relaciones profesionales.

AC: Lo dejaremos para un próximo diálogo.

DR: Todo eso... Hay un trabajo que fue presentado en el último Congreso Mundial de Psiquiatría que es un artículo sobre, no psicoterapia familiar, sino sobre psiquiatría familiar. Que es otra serie de conceptos. Este también es un concepto de integración en psiquiatría.

AC: ¿Algo así como el concepto del viejo médico de cabecera?

DR: Del médico de cabecera, pero que sea el psiquiatra de cabecera.

AC: Es un trabajo que usted presentó en el Congreso de Hawái.

DR: Sí. Seguramente va a ser publicado ahora.

AC: Bueno, entonces queda abierta la posibilidad de un nuevo diálogo sobre el desarrollo de la terapia familiar. Le agradezco mucho.

Reseñas



Alicia Moreno Fernández (Ed).
La práctica de la terapia sistémica
Bilbao: Descleé de Brouwer, 2014, 442 páginas.

Armando Valle Valdez

Este libro es la continuación del *Manual de terapia sistémica*, compilado en 2014, por la misma editora, Alicia Moreno, quien describe a ambos proyectos, “como hermanos, complementarios pero independientes”. Éste hermano menor, *La práctica de la terapia sistémica* cumple a cabalidad con el aspecto pragmático expresado en su título.

Con la participación de 16 autoras y autores (13 europeos y tres americanos, sin contar a Marcelo Pakman quien realizó el Prólogo), y dividido en cuatro partes, el libro explora desde asuntos éticos y legales de la terapia familiar sistémica, pasa revista por temáticas clásicas como la psicosis, trabajo con familias multiproblemáticas, terapia de pareja, así como con temas no tan habituales como el cáncer infantil, y hasta encontrar aplicaciones y sugerencias en el trabajo en contextos escolares y no clínicos.

En la primera parte, a cargo de Cristina Polo Usaola, se exploran aspectos éticos de los psicólogos en general como de los terapeutas familiares en particular, y se exponen herramientas de análisis y resolución de dilemas éticos en la práctica cotidiana. También se habla en esta parte, gracias a Vanesa Lara López Agrelo, de los aspectos legales y terapéuticos a considerar en un proceso de divorcio y en un proceso de separación de menores para protección de los mismos. El lector es guiado desde las tareas específicas a considerar y cómo abordarlas, previo, durante y posterior al divorcio legal. Si bien el capítulo se centra en la legislación española, el aporte es útil para cualquier terapeuta, pues menciona directrices básicas a considerar en estos procesos complicados y complejos.

La segunda parte se centra en el trabajo con niños y adolescentes. Ana Magaz, menciona y va más allá del supuesto sistémico clásico de que la conducta de los niños es el resultado de los conflictos entre la pareja, lo que favorece que muchas veces ésta terapia sea evitada o desviada a otra modalidad terapéutica. Ofrece aportes para enriquecer y complejizar éste supuesto, así como la importancia y el cómo lograr que los niños se involucren activamente en el tratamiento a través de técnicas narrativas y de juego, para así aprovechar mejor su visión, sensibilidad e impulsos al cambio para que las cosas mejoren. En lo concerniente a la adolescencia, María José Ortega, analiza y normaliza aspectos de las y los adolescentes actuales, se apoya en los modelos de Erikson y Micucci, para intentar abordarlos como fases evolutivas de la persona, para desde ahí señalar cuáles son las tareas adaptativas a cumplir, qué dificultades son esperables y cuándo hay que aumentar la atención respecto a síntomas más alarmantes. Aporta también sugerencias para una mejor alianza terapéutica con pacientes desafiantes o poco cooperadores, y en cómo trabajar el proceso de terapia en torno a esta población particular.

La parte más amplia del libro es la tercera, donde se abordan intervenciones en modalidades ya clásicas de la terapia familiar, como la psicosis, la terapia de pareja y la terapia individual, como algunas intervenciones no tan clásicas como el duelo y la familia y la particular intervención en el cáncer infantil, desde la visión de terapia familiar. Desde Nueva York, Jaime Inclán y Magdalena Moreno, presentan su terapia sistémica-ecológica con familias migrantes. Desde hace ya tiempo, Inclán es uno de los principales terapeutas a nivel internacional enfocado en la problemática inmigrante y conviene leerlo en los tiempos actuales, tanto como por hacer de su lectura un acto político, como por la originalidad y eficacia de su propuesta.

Para la desafiante terapia de pareja, Annette Kreuz Smolinski, nos propone un modelo biopsicosocial, llamado *Modelo Fásico*, donde presenta parte de su protocolo, de una a tres sesiones iniciales, todas divididas en tres fases: acomodación, foco y devolución y cierre. El Modelo Fásico integra el trabajo con emociones desde la óptica neuroevolutiva, toma en cuenta las microexpresiones emocionales y cómo influyen en la relación con la pareja mediante microinteracciones, las cuales favorecen representaciones internas simbólicas que pueden volverse circulares y entonces problemáticas. También menciona los instrumentos de evaluación que usa previo a las sesiones y qué preguntas realizar en cada visita. Ojalá la autora y sus colegas decidan pronto compartir a través de su sitio web (www.ctff-fasedos.com) más información sobre algunas técnicas usadas por ellas, como el protocolo de separación curativa, o las 37 técnicas “sucias de reñir” en la pareja.

La compiladora del libro, Alicia Moreno, presenta su capítulo centrado en la terapia individual desde la óptica sistémica. Su original propuesta incluye múltiples y variadas , técnicas narrativas, elementos y actitudes de la terapia colaborativa de Madsen, aspectos de la terapia breve estratégica y enfocada a las soluciones, así como aspectos intergeneracionales e intervenciones ya clásicas como el “ritual de la mochila” de Canevaro.

Si bien pocos terapeutas pueden llegar a trabajar en casos clínicos como son el cáncer infantil, el capítulo a cargo de Carlos Pitillas Salvá, aporta novedad, orientación y guía tanto a nivel médico, como a nivel de intervenciones familiares e individuales a través de la terapia de juego. Aunque se centra en cáncer pediátrico, si se requiere orientación en torno a una condición médica infantil, este capítulo conviene tenerlo en cuenta para el diseño de la psicoterapia.

Con una visión conjunta de las tareas del duelo, apego, diferenciación, estructura y ciclo vital familiar, Ana Lebrero Rosales ofrece directrices para el trabajo de duelo con familias, con mención especial de dificultades como muertes repentinas, pérdidas ambiguas y pérdidas no reconocidas o estigmatizadas.

En torno a la psicosis, una de esas musas fundacionales de la terapia familiar, Teresa Suárez Rodríguez y Miguel Ángel Sánchez López, hacen una descripción de las visiones teóricas y formas de intervención, a lo largo de la historia de la terapia familiar. Inician con Bowen, siguen con la escuela comunicacional de Palo Alto y detallan las diferentes aportaciones y cambios de la escuela de Milán hasta llegar a su actual modelo de intervención en PSICOACT (www.p psicoact.com).

La cuarta parte abre con Virginia Cagigal, quien al hacer notar que todo terapeuta que trabaje con niños, adolescentes y sus familiar, en algún momento tendrá que involucrarse en el contexto escolar, conviene saber la mejor manera de hacerlo y hace su aporte práctico para ello. Del *coaching* y la intervención en organizaciones y contextos no clínicos, se encargan Reyes Ballesteros y Carmen Molina, quienes acorde con el modelo, presentan múltiples técnicas de fácil y eficaz aplicación en dichos contextos. *Rara avis* es la colaboración de William Madsen, único texto que tuvo que ser traducido al castellano, (la traductora es Margarita Acosta Hidalgo). Madsen explica como su terapia colaborativa, enfocada en cómo los servicios sociosanitarios trabajan con familias multiestresadas, es útil cuando parece que ya no hay mucho por hacer o han sido los mismos servicios sociales quienes han terminado por perjudicar más a la familia. De Madsen es casi nulo el material que hay en español, por lo que su inclusión en esta compilación, es deseable sirva para acercar a los lectores a su propuesta. Una propuesta que ha tenido eco en varios terapeutas familiares, de manera directa y en lengua castellana, se podría mencionar como ejemplo a Ricardo Ramos y su terapia temático narrativa.

Cada uno de los trece capítulos que componen el libro, viene precedido por un índice, y al finalizar, además de la bibliografía referida, se hace una lista de lecturas recomendadas, lo que dota al libro de mayor practicidad a la hora de consultar. Sin duda, como los buenos maestros y los buenos libros, *La Práctica de la Terapia Sistémica* tiene la cualidad de enseñar a pensar, enseñar a hacer y motivar y guiar en la exploración de nuevos conocimientos.

Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

Diciembre de 2019
www.redesdigital.com.mx

40

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

