

# Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

Año 4, Segunda Época; No. 39, Enero-Julio 2019  
www.redesdigital.com

39

---

## **Juan Luis Linares**

Historias para no dormir. El maltrato institucional en la atención al menor

## **José Antonio Garcíandía Imaz y Jeannette Samper Alum**

El Colecho, un espacio de ambigüedades afectivas

## **Eric Beltrán y Karina Spuler**

Desde la Teoría del Apego Adulto a los vínculos afectivos. La Autorreflexión como recurso en terapia de pareja

## **Maritza Jaque Alveal, Ailin Sandoval Domínguez y Marina Alarcón-Espinoza**

Facilitadores y obstaculizadores de la intervención en familias con múltiples y complejos problemas

## **Irasema Viedas Madrid y Bernardo Enrique Roque Tovar**

Experiencias de vida de ser mamá sola de 10 mujeres que viven en la Zona Metropolitana de Guadalajara

## **Ismael Nieto Gómez**

El diálogo abierto: un ensayo contextualizador

## **José Miguel Antón San Martín**

Suicidios y familias. Ingredientes en la evolución de los procesos de duelo y líneas de intervención

## **Silvia Varela Fuentes**

El estilo personal del psicoterapeuta. Autorreflexión y autocrítica de la práctica terapéutica como herramientas formativas y de revisión epistémica

## **Diálogos: Israel Zwerling**

Comentario: Regina Giraldo

## **Carlos Sluzki: trayectoria y genialidades de un adelantado**

Marcelo Rodríguez Ceberio





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<sup>a</sup> Eugenia Roselli (Bogotá)

Luis Elías Elicera (Lima)

Karin Schlanger (Palo Alto CA)

Mony Elkaïm (Bruselas)

Matteo Selvini (Milán)

Celia Falicov (San Diego)

Horacio Serebrinski (Buenos Aires)

Guillem Feixas (Barcelona)

Pier Giorgio Semboloni (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

Año 4, Segunda Época; No. 39, Enero-Julio 2019

## SUMARIO

EDITORIAL .....	7
A. ARTÍCULOS POR INVITACIÓN O ENTREVISTA A EXPERTO	
<b>Historias para no dormir. El maltrato institucional en la atención al menor</b>	
Juan Luis Linares .....	11
B. TEORÍA	
<b>El Colecho, un espacio de ambigüedades afectivas</b>	
José Antonio Garcíandía Imaz y Jeannette Samper Alum .....	19
C. INVESTIGACIÓN	
<b>Desde la Teoría del Apego Adulto a los vínculos afectivos. La Autorreflexión como recurso en terapia de pareja</b>	
Eric Beltrán y Karina Spuler .....	37
<b>Facilitadores y obstaculizadores de la intervención en familias con múltiples y complejos problemas</b>	
Maritza Jaque Alveal, Ailin Sandoval Domínguez y Marina Alarcón-Espinoza .....	51
<b>Experiencias de vida de ser mamá sola de 10 mujeres que viven en la Zona Metropolitana de Guadalajara</b>	
Irasema Viedas Madrid y Bernardo Enrique Roque Tovar .....	63

## D. INTERVENCIÓN

### **El diálogo abierto: un ensayo contextualizador**

Ismael Nieto Gómez ..... 75

### **Suicidios y familias. Ingredientes en la evolución de los procesos de duelo y líneas de intervención**

José Miguel Antón San Martín ..... 83

### **El estilo personal del psicoterapeuta. Autorreflexión y autocrítica de la práctica terapéutica como herramientas formativas y de revisión epistémica**

Silvia Varela Fuentes ..... 97

## E. CLÁSICOS

### **Diálogos: Israel Zwerling**

Comentario: Regina Giraldo ..... 117

## F. BIOGRAFÍAS

### **Carlos Sluzki: trayectoria y genialidades de un adelantado**

Marcelo Rodríguez Ceberio ..... 127

# Editorial

**I**nauguramos el número 39 de nuestra revista con la incorporación de una nueva sección dedicada a la exégesis biográfica de aquellos autores y personajes emblemáticos y entrañables en el ámbito de la terapia familiar y el modelo relacional-sistémico, así como las intervenciones en familias, organizaciones, comunidades y redes.

Además, en este número, nos complace contar con la colaboración en la sección de artículo invitado, del Dr. Juan Luis Linares, director fundador de Redes, con un excelente trabajo en el que revela el complejo mecanismo del maltrato institucional en la atención del menor en la que se invierte la función “*primariamente opresivas y maltratantes y secundariamente nutricia*”. Linares, ilustra magistralmente este mecanismo del maltrato mediante un caso ejemplar a partir del cual plantea: “Los terapeutas que, por cualquier vía, se ven implicados en la problemática del maltrato al menor, deben ser conscientes de estas contradicciones y comprometerse con una enérgica reivindicación del abordaje terapéutico”.

En la sección de teoría, incluimos el trabajo de José Antonio Garcíandía titulado “El colecho, una sutil forma de maltrato infantil: entre el abuso y la negligencia, un espacio de ambigüedades afectivas”. El autor se propone mostrar, a partir del análisis de cinco casos, los efectos del colecho en procesos tan importantes como el desarrollo del sí mismo, la socialización y la autonomía del niño. La hipótesis central es que “El colecho es un fenómeno relacional que distorsiona la vida familiar en todos los ámbitos: individual, pareja, hijos y adaptación social”.

Para este número, recibimos las colaboraciones de Karina Spuler Fernández, Eric Beltrán Rubilar; con el trabajo titulado “*Desde la Teoría del Apego Adulto a los vínculos afectivos. La Autorreflexión como recurso en terapia de pareja*”; de Maritza Jaque Alveal, Ailin Sandoval Domínguez, Marina Cristina Alarcón-Espinoza “*Facilitadores y Obstaculizadores de la Intervención en Familias con Múltiples y Complejos Problemas*” y Irasema Viedas Madrid, Bernardo Enrique Roque Tovar “*Experiencias de vida de ser mamá sola de 10 mujeres que viven en la Zona Metropolitana de Guadalajara*”.

Se trata de tres artículos, incluidos en la sección de intervención, que presentan resultados de investigación empírica. En el primero de ellos, Spuler y Beltrán buscan comprender la utilidad del uso de la teoría del apego adulto para aumentar la calidad de las intervenciones en pareja. Entre sus resultados destacan el valor de la autoreflexión del terapeuta como una herramienta valiosa para el proceso de la terapia.

El trabajo de Maritza Jaque Alveal, Ailin Sandoval Domínguez, Marina Cristina Alarcón-Espinoza, muestra que la alianza terapéutica, la coordinación entre los equipos profesionales y entre servicios e instituciones, son algunos de los principales facilitadores de la intervención por lo que recomiendan tener especial cuidado en asegurar su presencia y concurrencia. El tercer trabajo que se incluye en esta sección, de Irasema Viedas Madrid y Bernardo Enrique Roque Tovar, explora las experiencias de mujeres madres solas, en el arduo trabajo de ser madres sorteando las dificultades propias de su condición aderezada por los discursos dominantes que en muchos casos hacen esta tarea más difícil, pero que mediante la terapia narrativa logran también construir un relato de vivencia de empoderamiento.

En la sección de intervención ponemos a disposición del lector tres artículos encaminados a analizar y reflexionar sobre la intervención terapéutica. Nieto Gómez colabora con un trabajo de revisión que explora las posibilidades del enfoque “del dialogo abierto” en el tratamiento de la esquizofrenia. Dadas las dificultades de extrapolación del modelo a otros ámbitos geográficos, el autor

propone una perspectiva práctica mediante pautas concretas de actuación que son útiles, e ilustra el proceso mediante el cual puede llevarse a cabo.

El artículo titulado “Suicidios y Familias. Ingredientes en la evolución de los procesos de duelo y líneas de intervención”, de José Miguel Antón San Martín, muestra el proceso por el cual pasan las familias que han sufrido el suicidio de uno de sus miembros y a partir de estas características el autor plantea pautas para la intervención que consiste en la modificación de la historia oficial presentada por la familia a historias alternativas facilitadoras del proceso de duelo.

Por su parte, Silvia Fuentes Varela, describe el proceso de autoanálisis y supervisión de la práctica psicoterapéutica basado en un modelo sistémico-narrativo, en el contexto de las intervenciones realizadas durante un caso práctico en supervisión. En su reflexión su autora sugiere a los terapeutas una estrategia de reflexión sobre la praxis del terapeuta en el que puede encontrar el estilo terapéutico personal.

En la sección de Clásicos incluimos el diálogo ocurrido entre el Dr. Canevaro e Israel Zwering, originalmente publicado en 1980 en la revista “TERAPIA FAMILIAR. ESTRUCTURA, PATOLOGÍA Y TERAPÉUTICA DEL GRUPO FAMILIAR”. Además, el diálogo es comentado a la luz del presente por Regina Giraldo, lo que le da un valor agregado de mucho interés para la terapia familiar contemporánea.

Por último, y como lo anunciamos al inicio de esta editorial, se inaugura la sección de Biografías, con la colaboración del Dr. Marcelo Ceberio con la historia de vida del Dr. Carlos Sluski, que cumple cabalmente con el espíritu de la sección de recuperar la memoria intelectual de la terapia familiar. De este modo, mantenemos la invitación abierta para recibir sus colaboraciones y hacer suyas las aportaciones de este número.

Eduardo Hernández

Esteban Laso

**Directores Editoriales**

**Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales**

# Artículos por Invitación o entrevista a Experto





# Historias para no dormir. El maltrato institucional en la atención al menor

## Distressing Stories. Institutional Mistreatment in Child Care

Juan Luis Linares<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Director y fundador de la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau, Barcelona, España.

**Historia editorial:** Recibido: 11-06-2019, Aceptado: 12-06-2019

Cuando aquellos vivarachos primates decidieron, hace unos cuantos millones de años, bajar de los árboles para iniciar la incierta pero fascinante aventura de la bipedestación, no existía en su horizonte cognitivo la posibilidad de siquiera sospechar que estaban por realizar la más revolucionaria gesta jamás emprendida en la naturaleza: sentar las bases para el surgimiento y desarrollo de la especie humana.

Se trataba simplemente de que allá arriba, en las antes frondosas y ahora más ralas copas que siempre les sirvieron de morada, el alimento escaseaba. El clima había cambiado y la selva se había convertido en sabana, clareando e impidiendo ir de un árbol a otro con la comodidad de antes. ¡Había que hacer algo!

Los que se atrevieron a descender vieron premiada su osadía. Para empezar, la comida se les ofreció con más abundancia, al poder cubrir un área mayor en sus desplazamientos por tierra sobre dos patas. Pero es que además, y sobre todo, generación tras generación empezaron a producirse mutaciones que pronto los harían irreconocibles. Se volvieron más altos y esbeltos y su cráneo se agrandó, mientras que sus comportamientos, cada vez más refinados, demostraban que el cerebro aprovechaba la mayor disponibilidad de espacio para expandirse también.

De forma muy especial, cambió de modo radical la manera de relacionarse sexualmente. Las modificaciones morfológicas hicieron posible el sexo ventro-ventral, cara a cara, regido por la vista más que por el olfato. El partener sexual pudo así ser plenamente reconocido, lo cual, junto con la expansión de la disponibilidad femenina superado el celo, provocaron la invención de la pareja. Paralelamente, el padre era también reconocido, con la consiguiente fundación de la familia. El sexo dejaba de ser un reflejo guiado por instintos con la exclusiva finalidad de la procreación para convertirse en un modo de compartir placer con pleno reconocimiento mutuo. No es de extrañar que, a la vez, se expandiera el juego en familia, involucrando a las crías en prácticas lúdicas de creciente complejidad y riqueza. ¡Había nacido el amor!

Al servicio de la especie humana y de su espectacular éxito evolutivo, el amor inspira y preside las relaciones interpersonales durante algunos millones de años. Esos años que han sido interpretados como oscuros y que sólo lo fueron por la precariedad de las condiciones materiales, siempre supeditadas a la recolección, la caza y el carroñeo. La humanidad, en cambio, brilló en el plano relacional de la mano de un amor solidario que diferenció a nuestros antepasados de las otras especies animales, permitiendo su supremacía. Todos los animales defienden a sus crías, pero sólo los humanos son capaces de entregar por ellas, a la desesperada, hasta la última gota de sangre. Y sólo los humanos alcanzan a discernir la necesidad de alimentar y de proteger prioritariamente a los miembros de la especie que, aún siendo más débiles físicamente (mujeres y niños), son más impor-

tantes para la supervivencia de la misma. No hay duda de que la familia fue el marco relacional más inmediato y eficaz de estos procesos.

Y entonces llegó el neolítico. Inventadas la agricultura y la ganadería, la supervivencia dejó de exigir cotidianamente sacrificios heroicos, bastando a tal efecto con pasarse de vez en cuando por el huerto y el corral. Liberadas ingentes cantidades de fuerza de trabajo de una denodada lucha por sobrevivir, se pudieron dedicar a actividades creativas, a pensar, a producir belleza... Los asentamientos estables que habían de ser las ciudades sirvieron de marco “civilizado” a estos procesos. Pero, ¡ay!, simultáneamente, también por primera vez se produjeron excedentes materiales que habían de atraer la codicia y el deseo de apropiación de quienes aspiraran a poseerlos.

Así, paradójicamente, el inmenso aumento potencial del bienestar trajo consigo una expansión de las relaciones de poder, generadoras de múltiples situaciones de dominio. El motor principal de tales dinámicas no sería otro que la apropiación de los excedentes materiales y su consecuencia más significativa, la interferencia sistemática del amor por el poder-dominio. Así ocurrió en las relaciones entre los más diversos grupos humanos, convertidos en etnias, naciones, clases sociales... Y así ocurrió en las relaciones entre géneros y entre generaciones. Se inventó el estado y se crearon sus instituciones, desde las más directamente coercitivas hasta las que pudieran brindarle la adecuada cobertura ideológica. Se instituyó el dominio del hombre sobre la mujer y se generalizó la explotación infantil. Todo ello sin que la humanidad perdiera su condición definitoria más característica: la capacidad y la necesidad de amar. Cabría afirmar que *el neolítico estableció la disociación entre especie y sociedad*.

La familia sería, y con harta probabilidad todavía es, el más nítido espejo de tal disociación. En ningún lugar relacional como en ella se ama con tanta intensidad, a la vez que, eventualmente, se hace sufrir y se sufre con tanta constancia. Lo hemos dicho repetidamente (Linares, 2012), somos criaturas amorosas, pero cuando el amor se nos bloquea, interferido por un poder maligno generador de dominio, nos convertimos en maltratantes. En resumidas cuentas, *la condición humana puede ser definida como primariamente amorosa y secundariamente maltratante*. Vale la pena reflexionar sobre los procesos conducentes a esta compleja situación.

\* \* \*

Las instituciones sociales son sistemas relacionales avalados por una determinada sociedad para transmitir y perpetuar su *organización* y su *mitología*. Por organización se entenderá, sobre todo, la estructura jerárquica, es decir, las complejas relaciones de poder entre los subsistemas que son las clases sociales, aunque también jugarán un papel la cohesión (distancia emocional entre los distintos miembros) y la *adaptabilidad* (capacidad para cambiar adecuándose a las circunstancias externas).

Tomando como ejemplo la organización de un sistema “estado nacional”, y simplificando a los efectos que aquí interesan, encontraremos seguramente una estructura jerárquica presidida por la clase social de los poseedores de los medios de producción y del capital, seguida por la de los intermediarios entre éstos y el resto de la sociedad. Cerrarán el cuadro los que venden su fuerza de trabajo y los que se sitúan fuera de los consensos sociales básicos. Cada una de estas clases puede descomponerse en estamentos varios, siendo la estructura jerárquica el resultado de la interacción entre tales subsistemas.

Es evidente que la cohesión social y la adaptabilidad guardarán relación con la estructura jerárquica, aunque también con otros factores, como catástrofes naturales, amenazas externas o crisis estructurales, que podrán hacerlas oscilar de modo significativo. En algunos casos, sin que cambie en lo esencial la estructura jerárquica, la cohesión social y la adaptabilidad pueden ejercer una influencia determinante en el desarrollo de la organización. Por ejemplo, los que ocupan las posiciones superiores pueden llegar a ceder más de la mitad de sus ganancias para que el resto goce de sanidad y educación de calidad, de segunda residencia y de vacaciones en el extranjero. En otros casos el

panorama puede distar de ser tan idílico, pero siempre será el resultado de negociaciones y transacciones tan variadas como complejas.

En cuanto a la mitología social, no es otra cosa que la *cultura*, entendida como un conjunto de *valores y creencias, rituales y climas emocionales* a ellos vinculados, de trascendencia social. La cultura refleja fielmente las características de la sociedad en un momento dado, incluyendo el desarrollo científico, los estilos artísticos imperantes y las propuestas filosóficas más destacadas. Pero además, dado que en la sociedad ocupan un lugar importante las relaciones de poder insertadas en la estructura jerárquica, generadoras de situaciones de dominio, la mitología social, y por ende la de las instituciones, estará impregnada de elementos *opresivos*. La cultura, inevitablemente, incorpora estas contradicciones entre sus componentes creativos (¿quién podría discutir la belleza de un castillo medieval?) y sus componentes opresivos (castillo que tuvo sentido al servicio del feudalismo y de la explotación de los siervos).

En tanto que institución social, la *familia* no es ajena a tales contradicciones. Por un lado, deberá cumplir con sus objetivos sociales (transmitir y perpetuar la organización y la mitología social, es decir, la cultura), mediante las correspondientes crianza y educación de sus miembros. Es obvio que, a tal fin, la sociedad necesita individuos sanos y razonablemente productivos. Lo suficiente para una buena inserción en los procesos sociales de transmisión transgeneracional, pero sin alcanzar cotas demasiado innovadoras o directamente cuestionadoras.

Pero, como acabamos de ver, la familia no es sólo una institución social, sino que también cumple una importante función para con la especie: garantizar su supervivencia con el mayor éxito evolutivo posible. Y, a tal efecto, debe generar individuos ciertamente sanos y productivos, pero también dotados de un máximo de creatividad, sin evitar la capacidad cuestionadora. Es en el ejercicio de estas funciones, mucho más ricas y complejas, donde se inscribe la máxima potencialidad de la familia, la *nutrición relacional* de los hijos.

La nutrición relacional, la hemos definido en otros lugares (Linares, 2000; 2012), no es sino la vivencia subjetiva por parte de un individuo de ser complejamente amado, entendiendo tal complejidad como el sumatorio de un conjunto de componentes del amor: de estirpe cognitiva (reconocimiento y valoración), emocional (aceptación y ternura) y pragmática (sociabilización, tanto protectora como normativa). Y todo este complejo entramado relacionalmente nutricional puede verse interferido, de forma igualmente compleja, por las relaciones de dominio dependientes de la otra gran función de la familia como institución social. El resultado es el maltrato familiar.

De alguna forma, pues, *el maltrato familiar puede ser entendido como la consecuencia de la contradictoria interacción en el seno de la familia entre su primaria función nutricia, al servicio de la especie, y la secundaria función opresiva, tributaria de la sociedad*. Recordemos: somos primariamente amorosos y secundariamente maltratantes. El maltrato familiar alcanza su máxima expresión cuando la familia resuelve tales contradicciones priorizando su condición de institución social sobre su función nutricia al servicio de la especie.

¿Y entonces, el maltrato institucional?

De nuevo aquí el panorama dista de ser simple. Existen instituciones responsables directas de ejercer las relaciones de dominio que, obviamente, maltratan por definición (v.g., fuerzas armadas, policía, etc.). Secundariamente, también estas instituciones pueden desarrollar prácticas nutricias, como es el caso cuando la policía libera a un ciudadano de un secuestro o cuando el ejército ayuda a la población contra las consecuencias de un terremoto. Y existen instituciones técnicas, encargadas de mantener en buen funcionamiento la organización social, en las que el maltrato, sin ser definitivo, constituye una eventualidad previsible (v.g., que un funcionario de la administración del estado exija una póliza antes de dar curso a una solicitud). Pero las instituciones que de forma más manifiesta hacen patente la crudeza del maltrato son aquéllas que se definen como garantes de la nutrición relacional (*¡el interés superior del menor!*), parte también de los objetivos de la sociedad, que, por supuesto, no busca que sus miembros sean seres inanes o muertos en vida. Y, entre tales instituciones, de forma muy especial, las que tienen a su cargo la protección de los niños.

Hasta hace no mucho tiempo eran “los dioses” quienes daban y quitaban niños a las familias, pero esa trascendental misión ha sido, en parte, usurpada por las instituciones de atención al menor, representadas por unos profesionales a menudo de dudosa formación. Cabe de entrada cuestionarse si podrán estar a la altura de las circunstancias. Y la respuesta sería tajantemente negativa si no fuera porque, en tales instituciones, la balanza entre el compromiso con la sociedad y el servicio a la especie está claramente desequilibrada en beneficio del primero. Siempre, *a priori* y mientras no se demuestre lo contrario. Su eficacia, por tanto, ha de ser medida en cuanto al ejercicio de sus funciones de control social, y no de una supuesta nutrición relacional que dista de ser prioritaria para ellas. Por eso, contra toda evidencia, son tan constantes en su empecinamiento controlador, y tan resistentes a incorporar un perfil mínimamente terapéutico. Casi cabría invertir la definición de las instituciones de atención al menor con respecto a la de la familia: *son primariamente opresivas y maltratantes y secundariamente nutricias*. Apareciendo esta segunda condición en las raras ocasiones en que prevalece su compromiso con la especie sobre el que las vincula con la sociedad.

Se impone una reflexión serena sobre tan complejos fenómenos, que desvele cómo se ejerce este maltrato, ya sea directamente sobre el niño, ya sea indirectamente, actuando contra su familia hasta el punto de comprometer o incluso anular su función de recurso relacional, el más importante de que aquél dispone. Y es obvio que, en la conciencia de los profesionales que trabajan en tales menesteres, nada de ello ocurre de forma planificada y maquiavélica. ¡Sólo faltaría! La buena voluntad, como el valor a los soldados, se les supone, pero suele quedar prisionera en el fatídico engranaje de la organización y la mitología institucionales. Un ejemplo ayudará a ilustrar lo que, sin él, podría resultar excesivamente abstracto.

\*                      \*                      \*

*Enrique era economista y gestor nada menos que de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (en adelante DGAIA). Era un hombre muy religioso y de talante conservador en un contexto laboral donde predominaban abrumadoramente profesionales jóvenes con un perfil ideológico mucho más “moderno y progresista”. A veces, incluso, Enrique se convertía en el hazmerreir de sus compañeros, cuando éstos descubrían una nueva estampa de santo enmarcada sobre su mesa. Podríamos decir que, por razones que nada tenían que ver con su capacidad profesional, nuestro hombre estaba bastante desacreditado en su ambiente de trabajo.*

*Enrique provenía de una familia en la que tampoco era muy valorado, en parte a causa de su matrimonio con Rosalía, también muy religiosa y procedente de caladeros políticos antagónicos. La pareja tenía cuatro hijos: Enrique, de 19 años, José María, de 17, Rosalía, de 15, y Mariona, de 13. Todo iba bien con el mayor y con las dos niñas, pero José María se había convertido en el garbanzo negro, desde su condición de homosexual, cada vez más militante y provocador. Era un torpedo en la línea de flotación de la familia, y los padres no sabían qué hacer ni a quién acudir para resolver una situación moralmente inaceptable para ellos y que, además, percibían como de alto riesgo para el chico. Hasta que, en su desesperación, decidieron pedir ayuda a los compañeros de Enrique, al fin y al cabo, profesionales de la protección al menor.*

*Y ahí empezó su odisea, porque en el programa de estas instituciones sólo suelen figurar medidas coercitivas y controladoras, y rara vez la posibilidad de una ayuda psicoterapéutica. Probablemente habría bastado con que se les hubiera ayudado a entender que, en una atmósfera tan conservadora, la rebeldía de José María estaba expresando su dificultad para construir una identidad muy cuestionada, y que la aceptación y la comprensión serían mucho más eficaces para calmar al muchacho que la represión y el rechazo.*

*Pero no. Lo que hicieron los “protectores de menores” fue... ¡retirarles la tutela de los hijos! Bueno, de los que pudieron, que resultaron ser las niñas, porque Enrique ya era mayor de edad y José María se escapó con su novio, un señor extranjero que le ayudó a esconderse. Así que Rosalía y Mariona se encontraron, de la noche a la mañana, siendo “protegidas” de unos padres con los*

que no tenían conflictos significativos y con cuya ideología conservadora se sentían bastante identificadas. Y su guarda y custodia les fue confiada a los abuelos paternos, con quienes tenían poco contacto y por quienes sentían menos simpatía. Al ir a vivir con ellos, las niñas tuvieron que cambiar de colegio y aceptar el derrumbe de su mundo relacional, siendo controladas por los abuelos incluso para verse con los padres.

Los conflictos entre padres y abuelos no tardaron en hacerse insostenibles, lo cual provocó que, al cabo de pocos meses, la DGAIA decretara el ingreso de las chicas en un centro de acogida. Mientras tanto, José María, que ya había alcanzado la mayoría de edad, seguía en caída libre una carrera de prostitución.

La terapia familiar, decretada por el juez de familia que intervino ante la denuncia de los padres, contó con la participación de todos menos de José María, que nunca quiso arriesgarse a ser controlado. En consecuencia, las intervenciones terapéuticas apenas consistieron en enseñar a la familia a relacionarse con las instituciones para, evitando la confrontación, abreviar el tiempo de alejamiento de las niñas.

Enrique hijo colaboró eficazmente, los padres comprendieron que no debían dejarse llevar por su justa indignación y lo mismo cabría decir de las chicas, aunque su rabia juvenil resultó a veces más difícil de calmar. Tuvieron que soportar tediosas entrevistas en las que se les intentaba convencer de que todo se hacía “por su bien” y negaciones de permisos porque “no estaban preparadas para convivir con sus padres”.

Finalmente, al cabo de dos años, todo se arregló, aunque padres e hijos se tuvieron que comprometer a continuar la terapia familiar y, además, la madre, a hacer una terapia individual, con todo el aspecto de un castigo extra por sus esporádicas rebeldías. Los terapeutas aceptaron resignadamente seguir en contacto con la familia un tiempo, por sentido estratégico y de responsabilidad, en su compromiso por ayudarla a liberarse definitivamente de la infame coerción a que estuvo sometida.

\* \* \*

El caso se comenta solo, y no constituye sino un ejemplo entre los incontables en los que el maltrato institucional se manifiesta en toda su crudeza.

Los terapeutas que, por cualquier vía, se ven implicados en la problemática del maltrato al menor, deben ser conscientes de estas contradicciones y comprometerse con una enérgica reivindicación del abordaje terapéutico. El control puede ser necesario, pero, sólo si está supeditado a una sobredeterminación terapéutica, evitará incurrir en maltrato institucional, alineándose así con la especie por encima de sus servidumbres sociales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Linares, J. L. y C. Campo (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona, Herder.



# Teoría





# El Colecho, un espacio de ambigüedades afectivas

## Co-sleeping, a space of affective ambiguities

José Antonio Garcíandía Imaz<sup>a</sup>, Jeannette Samper Alum<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

<sup>b</sup>Universidad de la Sabana. Bogotá.

### Historia editorial

Recibido: 18-09-2018

Primera revisión: 09-10-2018

Aceptado: 08-05-2019

### Palabras clave

Colecho, familia, ambigüedad, individuación, autonomía, maltrato, implícito

### Resumen

Introducción: En cinco familias con motivo de consulta diferentes encontramos el colecho como un factor común que estaba afectando negativamente el desarrollo del sí mismo, la socialización y la autonomía del paciente identificado. Objetivo: Hacer evidente el impacto del colecho en los procesos de autonomía, socialización, desarrollo, aprendizaje y vinculación afectiva del paciente identificado. Método: Se realiza un ensayo teórico-conceptual sobre el colecho a partir de una serie de casos en los que el colecho hace parte de la vida cotidiana en cinco familias. Se realiza un análisis fenomenológico desde diferentes perspectivas teórico-conceptuales. Resultado: Se plantea una hipótesis sobre el colecho como un fenómeno relacional que tiene una influencia invisible en la vida familiar. Conclusiones: El colecho aparecería como la expresión de dificultades relacionales en los adultos y que afecta el proceso de desarrollo y autonomía del paciente identificado.

### Abstract

Introduction: In five families presenting different problems, we discovered the experience of co-sleeping as a common factor that was negatively affecting the development of the self, socialization and autonomy of the identified patient. Objective: Understand the clinical impact of co-sleeping in the socialization, development, learning and affective processes of the identified patient. Method: This article is the result of a theoretical and conceptual reflection of five family therapy processes where cosleeping was part of the identified patient's life. We developed a phenomenological analysis using different theoretical and therapeutic perspectives to understand the complexity of effects that co-sleeping has on children and their individual and social development. Results: We present a hypothesis that cosleeping is a relational phenomenon that has invisible effects on family members. Conclusions: Co-sleeping appears as the expression of unresolved adult relational difficulties and distorts family life at every level: individual, couple, child, and social adaptation.

### Keywords

Co-sleeping, family, ambiguity, individuation, autonomy, mistreatment, implicit

En este artículo nuestra intención es evidenciar como unas prácticas familiares naturales e invisibles para ellos, al no considerar su efecto en el desarrollo del paciente identificado, un menor, durante el proceso terapéutico es entendido como una interferencia significativa para la solución de la situación actual. Dado que este artículo es producto de un trabajo clínico y psicoterapéutico en el cual el colecho emerge como un aspecto que despierta nuestra atención, no es nuestra pretensión hacer una revisión ni sistemática, ni narrativa sobre el tema. Por ello nos centramos en la descripción clínica y del proceso terapéutico.

El manejo del afecto, el vínculo y los límites en las relaciones familiares son temas cruciales para la construcción de la identidad del individuo. A nuestra consulta de terapia familiar llegan cinco familias con diferentes motivos de consulta, relacionados con síntomas clínicos focalizados en los hijos. En el transcurso de los procesos terapéuticos, emerge un elemento común (el colecho) pero no evidente para las familias, que hace pensar a los terapeutas que el tema va más allá de la coincidencia. Al indagar y profundizar en las explicaciones dadas sobre la problemática de los hijos, desde nuestra postura sistémica-familiar, vamos ampliando la descripción individual de los síntomas hacia relatos más gruesos que evidencian dinámicas parento-filiales y conyugales que llaman nuestra atención. Si bien los síntomas y conductas problemáticas expresadas y visibilizadas en el ámbito extra-familiar requieren atención, la escucha activa, como diría Michael White y Epston (1990), nos lleva a ir más allá del ruido expresado por las palabras, preguntándonos qué hay en el trasfondo de las dificultades y de las narrativas familiares que generan este elemento común, para luego saturar las historias contadas del problema.

Desde el inicio de la Terapia Sistémica, los pioneros hicieron el esfuerzo de comprender el síntoma más allá de las fronteras individuales para expandir el horizonte de la comprensión al universo relacional y familiar. Desde esta mirada, el portador del síntoma invitaba al terapeuta a mirar más allá de lo individual para conocer de qué manera confluían en el paciente, aspectos no resueltos de la familia como grupo y de miembros de la familia como individuos. Es así como la inestabilidad en el paciente sintomático generaba una estabilidad en la familia que consolidaba el síntoma.

Al ampliar el relato en nuestras conversaciones, surge una situación recurrente que llama nuestra atención, donde las voces y las ideas de teóricos y terapeutas leídos o conocidos, se convierten en un Equipo Imaginario. En cinco familias donde los hijos entre cinco y 21 años son el motivo de consulta, aparece el colecho como una experiencia familiar de larga data; experiencia a la cuál ellos no dan trascendencia.

## HISTORIAS VIVIDAS Y CONTADAS EN PSICOTERAPIA

### BERNARDO

Bernardo es un joven de 21 años que asiste a consulta a instancias de su madre, quien pide la cita. El motivo de consulta inicial es explicitado por la madre quien acompaña a su hijo a la primera cita. Dice que Bernardo toma mucho trago y se embriaga todas las semanas, y adicionalmente se muestra en los últimos tiempos muy agresivo con su madre. Una vez realizada la historia clínica, los síntomas que muestra Bernardo definen claramente un diagnóstico de un síndrome depresivo agudo, para el cual se le prescribe un tratamiento con antidepresivos orales. Un dato de la historia clínica llama la atención; cuando se indaga sobre el dormir, ambos relatan (madre e hijo) que duermen juntos en la misma cama. Al preguntar sobre qué los ha llevado a ese hábito, la madre explica que nunca convivió con el padre de su hijo y refiere que desde que era bebé ha dormido con ella. Se trata de un colecho que lleva 21 años. Es importante aclarar que el colecho no responde a carencias económicas en este caso. Para ellos, el dormir juntos, en expresión de la madre, fue algo natural desde el nacimiento y durante su crianza. Con el silencio, Bernardo corrobora la naturalidad del “dormir juntos”.

En este punto no hay conciencia de la trascendencia de este hábito ni de la posible conexión con el problema presentado, como sí hay un interés en resolver el problema actual de Bernardo. Ambos muestran sorpresa ante la descripción de su comportamiento como “colecho” y no lo viven como un hecho que tenga una representación de otro orden diferente a un hábito familiar.

Recordando desarrollos de los primeros terapeutas sistémicos el problema identificado por ellos como “abuso de alcohol y agresión” nos invita a mirar detrás del síntoma en busca del sentido que éste puede tener en el contexto familiar. Desde una perspectiva Estructural para Salvador Minuchin (1979) el hábito de dormir juntos muestra una dilución de límites jerárquicos, una fusión y una ambigüedad en el ejercicio de la autoridad. En el enfoque de Murray Bowen (1991) el proceso de individuación implica una diferenciación del “yo masa familiar” que en este caso estaría frenado y la agresión del paciente hacia su madre intentaría abrir una brecha como una metáfora de separación. En la *terapia Estratégica* de Clóe Madanes (1993), los síntomas se entienden como metáforas de los deseos, necesidades o dificultades que tienen otros miembros de la familia llevando al terapeuta a buscar en las relaciones familiares las posibles explicaciones que se están encubriendo. En este sentido, la agresividad y el alcohol estarían desviando ansiedades incestuosas que el colecho exacerbaba. Carl Whitaker (1992) en su enfoque de *Simbología Experiencial* comprende que los comportamientos son representaciones simbólicas de experiencias relacionales que no pueden expresarse explícitamente. Para nosotros los síntomas de Bernardo estarían expresando la intolerancia y la imposibilidad de seguir viviendo el colecho. Desde una mirada teórica, John Shotter invita a explorar ampliamente el entorno de las personas involucradas en la problemática con la certeza, como dice en su artículo, “...todo está en el trasfondo” (2001). En éste caso el colecho estaría enmarcando dificultades de la madre en su vida adulta que, si bien cuando Bernardo era un niño, podrían amortiguarlas a través de la ternura compartida, ya en la vida adulta con la aparición de la sexualidad genital se convierte en una amenaza a la cual hay que controlar con la distancia que producen la agresión y el alcohol. Para Karl Tomm (1996) el síntoma sería la alusión a un tercero ausente que bien podría ser la figura paterna que con el colecho es negada en una coalición entre madre e hijo.

Los conceptos de los autores mencionados nutren nuestro “equipo imaginario” y nos permiten explorar más allá del síntoma para traer al presente elementos del trasfondo cotidiano y del contexto familiar que en nuestra interpretación conectan el problema presentado con el colecho. Como es habitual, el colecho no es ni vivido, ni experimentado, ni presentado como un problema. Sin embargo en éste caso, podría explicarse el diagnóstico de síndrome depresivo agudo y el abuso de alcohol desde una perspectiva clínica clásica psiquiátrica. Al ampliar la mirada mas allá de lo evidente y lo individual hacia incluir temas y hechos de la relación familiar que engruesan el relato de los síntomas, surge una nueva dimensión de análisis e intervención.

Entendemos que el acoplamiento primario de madre-bebé iniciado intrauterinamente, una vez nacido el bebé, necesita continuar en el cubrimiento de actividades fisiológicas que exige la crianza (alimentación, aseo, apego, contacto, vínculo), lo cuál determina una cercanía física en el espacio y el tiempo entre ambos que es el acoplamiento secundario. Este es un contexto necesario para en los primeros meses, generar la calidad en el vínculo que produce seguridad, confianza básica y bienestar en el bebé. El proceso de crianza es una transición desde el acoplamiento absoluto interdependiente, hacia una mayor autonomía e independencia del niño, proceso que es manejado por los adultos. Parte del mismo implica comenzar una progresiva separación de la díada madre-bebé que comienza por sacar al bebé del espacio de los padres como pareja para apropiarse de un espacio personal. Cuando esto no sucede así el proceso de desarrollo del niño es distorsionado de su rumbo y puede generar alteraciones en la experiencia de vivir los límites, la intimidad, las funciones y el rol familiar. Es de resaltar que en este proceso el bebé en su desarrollo va incorporando todo lo que ocurre como parte de un proceso natural. Sin embargo el adulto actúa, bien consciente o bien inconscientemente, respondiendo a necesidades que racionaliza como preocupaciones por el niño y no obstante son veladas necesidades propias, no explicitadas y que están conectadas con dimensiones implícitas, invisibles, tácitas o secretas.

Es en éste contexto en el que el dormir juntos o colecho irrumpe de manera insidiosa en el desarrollo del niño y en el cubrimiento de las necesidades del adulto, sin que ambos sean conscientes del alcance de éste hábito. Si tenemos en cuenta que estas dos personas comparten desde que nació Bernardo la misma cama, él nunca ha tenido oportunidad de tener un espacio de intimidad física y corporal propia. Siempre ha estado invadido por la presencia de la madre. Con una ausencia de distancia y de límites físicos es natural que se haya instaurado también una ausencia de límites y distancia psíquicas como lo muestra el hecho de que la madre fue quien pide la consulta y que en la primera cita entran ambos, y no el paciente solo. Ante la sugerencia del terapeuta de que deberían tener espacios diferentes para dormir, tanto de cama como de habitación, ambos se sorprenden porque no ven ningún riesgo en ese hábito. Las explicaciones sobre la importancia del colecho en la generación de problemáticas psíquicas suscitan en la madre una reacción de sorpresa, minimización del hecho e innecesaridad de un cambio. Y ante la insistencia del terapeuta irrumpe en llanto. El hijo, sin embargo acoge la propuesta de cambio con satisfacción. A partir de este momento la terapia también se convierte en un espacio individual de Bernardo con su terapeuta, siendo esta su primera experiencia de una relación que promueve y clarifica su individualidad, su autonomía y su independencia.

¿Cómo entender el colecho, abuso de alcohol y la depresión? Si tenemos en cuenta que el colecho tiene implicaciones incestuosas ya en un niño menor de edad, en un adulto y su madre, adquiere unas dimensiones que para alguno de los dos son muy angustiosas; generalmente para el hijo. Los niveles de ansiedad y angustia que puede proporcionar ésta situación, pudieron llevar a Bernardo a defenderse de la angustia y culpa incestuosa buscando un medio de poner distancia erótica en la relación con la madre. Surge entre madre e hijo una nueva danza donde Bernardo ahoga e inhibe su libido y su madre encuentra motivo para no dejarlo dormir con ella en el desagrado que le genera el exceso de alcohol. La agresividad incrementada hacia la madre le ayuda a sostener su distanciamiento, que es complementado por la inhibición sexual que produce la ingesta de alcohol hasta la embriaguez, que genera una disfunción eréctil, lo cuál garantiza evitar fisiológicamente cualquier acto incestuoso. Y como adición, el estado depresivo coadyuva en este contexto en la medida en que cursa con una inhibición de la libido.

## GREGORIO

Gregorio es un adolescente de 13 años que desde su inicio escolar a los cuatro años es recibido en el colegio con la observación de requerir apoyo de terapia ocupacional debido a su hipotonía muscular y sus dificultades de integración sensorial. Desde su entrada al colegio se evidencian dificultades sociales y establece relación con sus pares y profesores, basado en hacer ostensible, de manera histriónica, su capacidad cognitiva y expresiva las cuales son reforzadas en el hogar. Llega a la consulta a los 12 años, la madre expresa que desea cambiar a Gregorio de colegio porque no tiene amigos, su rendimiento académico a pesar de considerarlo superior intelectualmente es irregular y describe que ni sus compañeros, ni profesores reconocen sus capacidades superiores. Adicionalmente relata que sus profesores se quejan de malos hábitos de estudio, incumplimiento en la entrega de trabajos, una actitud de sobrades en conocimientos y cuestionamiento permanente a sus profesores. La queja de sus maestros es demeritada por Gregorio y sus padres y más bien es explicada desde una perspectiva defensiva y sobreprotectora. Durante los recreos y la hora de almuerzo permanece solo, con su Ipad y llama a su mamá por teléfono para quejarse y hacer que ella lo acompañe. La enfermería del colegio también es un lugar de refugio. Gregorio ha sido evaluado psico-educacionalmente y los resultados de las pruebas revelan que es un niño con un muy alto coeficiente de inteligencia. Su madre lo describe como una persona con grandes intereses de aprendizaje, evidenciados en su interés e investigación sobre múltiples temas. Él y su padre tienen una relación muy cercana que atraviesa intereses temáticos, exclusividad relacional, y un apego físico y emocional que incluso incomoda al hermano mayor y a la madre. Gregorio es un joven hipotónico, alto, con sobrepeso, posee una variedad de anteojos exóticos, se viste habitualmente de negro y se precia de ser percibido

como diferente. La madre responsabiliza al colegio actual por el progresivo aislamiento y bajo rendimiento de su hijo; considera que nadie (profesores ni compañeros) aprecia ni valora la genialidad de Gregorio.

La relación de Gregorio con su gato abre la puerta para indagar sobre su vida familiar. Cuenta él que tiene un hermano nueve años mayor con el cuál no existe una buena relación. Al hablar del rechazo escolar el añade que adicionalmente es matoneado por su hermano. Gregorio defiende su relación con su padre, relación que es descrita por la madre como una relación de “novios”. Cuando papá está en casa, la madre dice que ambos buscan el contacto y se arrullan. Por la calle andan cogidos de la mano o abrazados y se acarician constantemente. Para la madre y el hermano la relación de Gregorio con su padre es inadecuada. Sorprendentemente al explorar la relación con la madre aparece una codependencia similar que se evidencia con las llamadas constantes desde el colegio en busca de su compañía y protección. Esto ha llevado a la madre a dejar su trabajo y a decir “mi trabajo principal ahora es cuidar a Gregorio”. Al quejarse la madre sobre el hecho que Gregorio no se duerme sin que papá lo arrulle, el joven añade que su mamá también lo hace y que habitualmente el duerme en medio de ellos en la cama matrimonial. Ampliando sobre la relación de pareja, se evidencia que es una relación distante en la que confiesan que la actividad erótica es nula desde hace muchos años. La dinámica familiar es caótica, los hermanos viven en confrontación permanente y los padres son descritos como observadores impotentes en el manejo de sus hijos.

Al explorar el hábito de dormir con sus padres, Gregorio enfatiza sentirse cómodo y ninguno comprende porqué a la terapeuta le sorprende. Aprendemos en la conversación que Gregorio aún requiere ayuda y supervisión cada mañana para bañarse, vestirse y alistarse para el colegio. Los rituales matutinos se complejizan porque nunca está listo para el transporte que lo lleva al colegio lo cual genera discusión entre los padres sobre quien lo llevará. Gregorio considera que sus padres son los responsables de organizarlo y llevarlo al colegio. El joven también enfatiza que en los momentos en que está solo en la casa siente una presencia extraña que no puede definir, pero que le resulta amenazante, comenta que su gato y la presencia de sus padres lo tranquilizan. Se evidencia la triada donde el hijo mantiene a sus padres suficientemente unidos frente a él pero no conectados como pareja. Doce años de triada con colecho es la mejor descripción que se puede hacer de esta dinámica familiar.

Trabajando con esta familia se evidencia una danza entre sus cuatro miembros; dos hijos superdotados, estimulados a desarrollar su inteligencia en un saber que sirve para distanciarse de sus pares y profesores. Los padres se conocieron en la universidad donde ambos se destacaron por su éxito académico. El amalgamamiento familiar se da en torno a la facilidad del éxito académico y profesional, pero sin embargo no en torno a la calidad del vínculo afectivo y emocional.

Recurriendo a nuestro “equipo imaginario”, que en éste caso convoca la presencia en primer lugar de John Bowlby (1998), vemos que todos los miembros de la familia manejan un apego inseguro que se hace mucho más notorio y absolutamente enfermizo en la vida de Gregorio. Desde la perspectiva de Carl Whitaker (1992) la sensación de una “presencia extraña amenazante” tiene un sentido simbólico muy fuerte que convoca a los padres en la protección diurna y nocturna a través de patrones recurrentes que consolidan una dependencia extrema evidenciada en la ausencia de límites físicos de contacto y el colecho. De la mano de Donald Winnicott (2009) podemos comprender el sentido del contacto con el gato como un objeto transicional que en ausencia de los padres arrulla y tranquiliza las angustias y demandas del entorno como expresión de la ausencia de una confianza básica (Erikson, 2000). Otro miembro de nuestro “equipo imaginario” en ésta ocasión es Juan Luis Linares (2000) que nos muestra la disociación entre una parentalidad llevada al extremo de sobreprotección y una muy precaria conyugalidad de los padres que conducen a expresiones patológicas como la depresión melancólica y la distimia que en el caso de Gregorio requirieron medicación con antidepresivos. El trabajo del Grupo de Milán (1987) en su primera etapa, con el estudio de los juegos psicóticos de la familia nos evidencia cómo cada uno de los hijos, en distintas épocas ha ejercido como chivo expiatorio en una dinámica familiar caótica en la que el hermano mayor, en el pasado,

recibió hasta siete diagnósticos psiquiátricos graves que finalmente no correspondían con la realidad de una patología individual sino de una desorganización familiar.

## CARMEN

Carmen es una niña de 12 años que consulta a expensas de una sugerencia del colegio porque con frecuencia tiene comportamientos agresivos verbales y desbordados que en ocasiones rayan con disociaciones psicóticas con sus compañeras de colegio. Adicionalmente tiene una actitud desafiante con sus profesores y profesoras. Cuando llega a la consulta con su padre, éste corrobora los comportamientos de ella y matiza diciendo que son muy histéricos y que cuando aparecen es muy difícil el control. Al padre le preocupa que Carmen tiene pocas amigas y los conflictos con ellas son muy frecuentes por su expresión caracterial. También tiene comportamientos agresivos, ofensivos y descalificadores con su hermano mayor que tiene 15 años. Dado que los padres están separados hace cinco años, se realizó una entrevista con la madre en relación a Carmen porque los padres no se hablan entre ellos. La madre refiere que es muy agresiva con ella y que tiene una actitud de oposición permanente a sus iniciativas. La separación de los padres se produjo a iniciativa de la madre lo cual afectó profundamente a Carmen, que vivió el proceso con muchas dificultades y malestar. En la actualidad, y como parte del acuerdo de divorcio, ambos padres comparten la convivencia con sus dos hijos de manera equitativa en el tiempo de la semana; media semana con el uno y media con el otro.

En la conversación con la madre ésta refiere que en su apartamento cada hijo tiene su propia habitación. Sin embargo, en el apartamento del padre solo disponen de dos habitaciones; una en la que está instalado el padre y la otra donde están el hermano y Carmen con su respectiva cama. Al indagar con Carmen y su padre, ambos coinciden en describir que con frecuencia la menor duerme con su padre.

Hablando con Carmen entendemos que ella no acepta el novio de su madre y considera que el hecho que su madre esté de novia es lesivo para ella y su hermano al hacer que no comparta suficiente tiempo con ellos cuando están en su casa. Sin embargo, considera ejemplar el comportamiento de su padre que desde que se separó no ha tenido ninguna relación de pareja y dedica todo su tiempo a los hijos. Al respecto dice que su papá en varias ocasiones ha dicho que no piensa tener ninguna relación de pareja sino hasta cuando ellos se independicen. Esta afirmación del padre al explorarla en el proceso terapéutico con Carmen, lleva la conversación a comprender que la niña ha construido una relación de dependencia con su padre en la que se mezclan sentimientos de tristeza por la soledad del padre, de compasión y de reivindicación de su excelencia como figura paterna. Si bien esto es claro en el plano consciente, en una dimensión inconsciente, Carmen habría adoptado la posición del lugar de la madre en la vida del padre, consolidando así la perpetuación del complejo de Edipo y la evitación del mismo paradójicamente a través de la incestuosidad (Recamier, 2010) del colecho. Esto nos permite entender como se está organizando su personalidad en torno a la consolidación de los rasgos histriónicos de la histeria en la que sabemos por Freud se consuma el incesto bien en la realidad o en la fantasía.

Recurriendo de nuevo a nuestro “equipo imaginario” en esta ocasión convocamos a Michael White (1990) quien nos ayuda a comprender que la conducta histérica que nadie ha logrado diluir es para Carmen un llamado o un grito de alerta que no cesará hasta tanto el impacto de la historia de separación de sus padres sea deconstruida y resuelto el ambiente de incestuosidad. Creemos que desde sus siete años, cuando sus padres se separaron, Carmen comenzó a emitir mensajes de necesidad de amor y dolor en la forma de comportamientos bizarros que en principio eran pataletas infantiles pero ahora en la pubertad son acting outs en los que el descontrol logra asustar a los profesores por sus características psicóticas. A esta hipótesis terapéutica llamamos a Carl Whitaker (1992) que nos permite comprender el comportamiento de Carmen como una representación simbólica de un conflicto en su núcleo social primario (familia) y se transforma en una metáfora actuada en el núcleo social secundario que es el colegio. El hecho de que en la casa del padre duerme en la cama con su papá, nos lleva a incluir a Murray Bowen (1991) en nuestro “equipo imaginario” y nos permite

comprender cómo la falta de intimidad personal de Carmen en plena pubertad se convierte en una poderosa interferencia para su proceso de individuación.

La complejidad de niveles de contexto (divorcio, duelo, desatención de la madre, colecho con el padre, sintomatología expresada en el colegio, preocupación del colegio, el largo tiempo del problema, la intensificación de los síntomas) llevan nuestras reflexiones hacia la hipótesis de un secreto familiar cuya naturaleza nos ayudaría a entender (Imber-Black, 1998; Pincus, 1982) el cúmulo de significados ocultos en las conductas de Carmen.

## ERNESTO

Ernesto es un joven de 11 años cursando 5to de primaria cuando es remitido por el colegio porque sus profesores no lo ven contento; no socializa mucho, un exceso de dependencia en el adulto para organizar sus actividades y su rendimiento académico no es el esperado por ellos. La madre acude con Ernesto a la primera cita donde explica que ella y el padre están divorciados hace siete años, momento en el cuál ella asumió la totalidad de la responsabilidad económica de sus dos hijos. Añade que su hija mayor estudia en el exterior por dificultades que tuvo con el padre y con ella al no cumplir con sus responsabilidades económicas para con los hijos. En este momento Ernesto vive con su madre y visita a su padre varias veces a la semana, pero siente que no es suficiente el tiempo que pasa con él. La conducta de alerta para la madre son las múltiples llamadas telefónicas que Ernesto hace al padre estando en el colegio y de noche para comprobar que está bien y así calmar su ansiedad. Ernesto añade que tiene miedo que su papá quien ya tiene 70 años se muera, que su padre vive solo, no trabaja y no tiene compañera ni persona que lo atienda en el día a día, a diferencia de su madre quien es una mujer 20 años menor, muy exitosa en su trabajo y vive con solvencia económica. La soledad y la edad de su padre son motivo de llanto y preocupación permanente, conductas que enfurecen a la madre, porque si bien ella habla despectivamente del padre, cree que el está promoviendo esta preocupación y angustia al hablar continuamente con Ernesto sobre su soledad y falta de dinero. Este tipo de conductas, dice ella, son las que la llevaron a enviar a su hija al exterior minimizando el contacto con un padre manipulador y posesivo.

Ernesto es un niño inteligente, estableció una relación de confianza con la terapeuta y habla de las continuas peleas entre sus padres, el amor que siente de parte del papá y de tener una madre que trabaja mucho, no pasa suficiente tiempo con él y no entiende la preocupación que él siente por su padre. El proceso terapéutico avanza y se logra trabajar con los padres para disminuir las tensiones entre ellos y crear acuerdos que permitan a Ernesto movilizarse hacia una autonomía individual así como moverse entre los dos hogares con mayor tranquilidad. Recurriendo a nuestro “equipo imaginario”, en conversaciones con Ernesto aparecen dos patrones de conducta y autonomía muy similares en los dos hogares. Cuando está en la casa de la madre, duerme con ella y la empleada lo levanta, está pendiente de su baño y le ayuda a vestirse porque dice él que es muy lento. Preguntando sobre cómo logra llegar al colegio en los días que está con papá, el niño reporta que él y su padre hacen todo juntos. Juega con su padre, lo acompaña al club, duerme con él, pero que a diferencia de la relación con su madre, siente que papá es cercano, comprensivo y paciente con él. Al evidenciar la falta de autonomía, Murray Bowen (1991) nos lleva a explorar el proceso de diferenciación donde se evidencia una dificultad de Ernesto para crear un mundo de relación y desempeño aparte del peso de la familia. Inclusive tiene en el colegio un tutor que en cada clase le organiza sus actividades. Adicionalmente las profesoras observan que en los recreos Ernesto se mantiene solo hablando por teléfono con su papá. Esta falta de autonomía se conecta con la relación simbiótica que mantiene con dos significados diferentes con el padre y la madre. En este sentido, Wilfred Bion (2003) nos permite entender que las actividades básicas de alimentación, autocuidado y aprendizaje se dan en un nivel de dependencia absoluta. Por otra parte, John Bowlby (1998) nos ayuda a comprender la relación de apego con el padre como un apego inseguro que se traduce en una alteración de los límites jerárquicos paterno-filiales que se invierten y se muestran en la ansiosa preocupación por el bienestar del padre y que Salvador Minuchin (1979) nos ayuda a explicar como una severa alteración estructural

de las relaciones jerárquicas y de poder en la familia. La simbiosis con el padre que se traduce en el exceso de preocupación por el padre y la ansiedad por estar juntos, ha llegado al punto de crear una coalición contra la madre en la cual los dos se sienten víctimas de su poder. Los padres siguen atrapados en su guerra de pareja y utilizan el colecho como una forma sutil pero contundente de apropiarse de la corporalidad de Ernesto como una prolongación de sí mismos, disputándose en ese territorio la identidad de Ernesto.

Michael White y David Epston (1990) nos invitan a trabajar con el joven en la construcción de una narrativa propia que le permita situarse como actor principal, expresando sus necesidades y deseos aprovechando el hecho de que se avecina un cambio de contexto académico al entrar a la escuela secundaria. Al ser Ernesto el actor principal de la historia, entramos a engrosar el territorio de acción y significado incluyendo a personas, situaciones, responsabilidades, tareas propias de una persona de su edad. De esta manera, Ernesto va construyendo una identidad que comienza a liberarlo de la simbiosis con los padres y cuyo primer paso es renunciar al colecho con ambos. Para estimular su autonomía, adicionalmente durante las vacaciones de medio año asistirá a un campo de verano de fútbol con el objetivo que el se ha propuesto de poder integrarse con sus pares en los recreos. Se propone iniciar el año escolar creando amistades y en la actualidad dice que hace esfuerzos en sus diálogos internos por recordarse que él es responsable de sí mismo y no de su papá.

## MANUEL

Manuel es un niño de cinco años remitido por el colegio para un abordaje de familia. Ha presentado desde que entró al colegio una serie de comportamientos que se han vuelto incontrolables. No ha asistido a una sola clase, sino que se sale del salón y vaga por todo el colegio de tal manera que el colegio ha decidido poner a una auxiliar que lo acompaña constantemente para evitar que tenga un accidente en su deambular. Los comportamientos bizarros que ha presentado van desde orinarse en el rodadero (tobogán); destrozarse una exposición que habían hecho los niños del colegio; con un palo que tiene un clavo en la punta perseguir a sus compañeros y compañeras para cascarles; en la sala de espera de la directora de primaria desbarató la cerradura de la puerta, y una lista de estropicios similares que serían largos de enumerar. Manuel no maneja ningún tipo de límite en el colegio. Adicionalmente es un niño que asiste a Terapia Ocupacional por un problema de hipotonía muscular y de dificultades de integración sensorial. Cuando llega a la consulta acompañado de su madre, la historia clínica revela que es producto de una concepción casual de su madre a sus 43 años. Al año de haber nacido, el padre abandona la familia por una nueva relación, de manera que quedan en la casa una hermana de 17 años, un hermano de 16 años y Manuel. El padre se responsabiliza parcialmente de la economía familiar pero su relación con Manuel es puramente recreativa.

En una segunda cita a la que asisten la madre, la hermana y Manuel (el hermano no pudo asistir porque estaba trabajando) al preguntar sobre la vida cotidiana familiar, emerge en la conversación que Manuel duerme con su madre y la hermana en una misma habitación compartiendo la cama con ellas. Al focalizar en la precisión del colecho, la madre dice que solo duerme el fin de semana y dice: “Yo le he prometido que si él se porta bien en el colegio puede dormir conmigo en el fin de semana.” Sin embargo la hermana revela que de siete días de la semana, Manuel duerme con ellas seis días.

Al observar la situación de la madre, ésta se halla en un contexto donde no se habla con el padre del niño y la hija mayor hace de intermediaria. La madre adicionalmente presenta un duelo que no ha sido resuelto y que al momento de la consulta presenta todas las características de un cuadro depresivo para lo cual se le sugiere que debe tomar medicación y se le explica que parte de la conducta de su hijo es la expresión de un estado depresivo en él, dada la simbiosis que mantienen. Así mismo, el colecho es claramente propiciado por la madre quien se muestra incapaz de poner límites a Manuel y ha transferido todo el rol de madre a la hermana mayor que es la que intenta poner límites infructuosamente.

La depresión de la madre se desarrolla como consecuencia de dos duelos patológicos no resueltos. La muerte de un hermano muy cercano a ella un año antes de la separación, y el posterior

abandono del esposo. En este contexto Manuel se convierte en el depositario de la frustración, el dolor y sufrimiento de una madre que proyecta sobre él sus dificultades de resolución de los duelos.

En este caso llamamos a nuestro equipo imaginario a Bion (2003), que nos ayuda a entender cómo la simbiosis entre Manuel y su madre, expresada claramente en el *dibujo 1* no permite que Manuel acceda a elaborar su propia identidad. Sumergido como se halla en el interior de la madre, asume los duelos de ésta como un nudo de elementos Beta incomprensibles (mancha negra en el cuerpo de la madre) que no puede elaborar simbólicamente como elementos Alpha, dado que la madre con su estancamiento en los duelos no puede ayudar en la función Alpha simbolizante de Manuel. Por otra parte, Bowlby (1998) nos muestra como el apego de Manuel y su madre es de tipo desorganizado, en la medida en que Manuel sale de la órbita de la madre cuando va al colegio, se desorganiza psicóticamente y sus acciones se convierten en bizarras e incontrolables como sucede en el colegio. Bowen (1991) nos ayuda a entender que el proceso de individuación de Manuel está entorpecido por la simbiosis materno-filial que no favorece la autonomía y la independencia del “yo masa indiferenciada familiar. El Grupo de Milán (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988) nos ayuda a comprender que los síntomas atribuidos a Manuel, provienen del contexto en el que se halla, de manera que asume en su comportamiento todo lo vivido y no resuelto por la familia ante las pérdidas experimentadas en los tiempos recientes. Carl Whitaker (1992) nos permite comprender el elemento negro en el dibujo de su madre desde una perspectiva simbólica como una representación de la rabia y la ira de la madre que no ha podido expresar por las frustraciones padecidas, resumidas en su depresión y que Manuel actualiza con sus comportamientos destructivos y bizarros. Michael White y David Epston (1990) con su concepto de externalización abren la reflexión más allá del comportamiento de Manuel cuando dicen “que el niño no es el problema... el problema es el problema”.



Dibujo 1

Una vez comenzado el proceso terapéutico de familia, en una de las sesiones, Manuel expresa al terapeuta que a partir de ese día ya no va a dormir con su mamá y ese día hace el *dibujo 2* donde observamos que él ya no se encuentra en el vientre sino en un espacio intermedio entre la madre y el mundo donde él se aloja. Avanzado el proceso terapéutico se decide que Manuel asistirá al colegio acompañado de una “sombra” (una persona que estará permanentemente con él en todas las actividades del colegio). Al poco tiempo de esta incorporación, Manuel presenta un cambio radical y colabora en todas las actividades del colegio de manera que en varias ocasiones es felicitado. Winnicott (2009) nos ayuda a entender este acontecimiento si tenemos en cuenta que Manuel nunca tuvo objeto transicional (representación de la madre) que permite elaborar el proceso de duelo de la separación de la madre para salir de la simbiosis con ella. La “sombra” ejerce la función de objeto transicional en ausencia de la madre en el colegio y ello se muestra en el *dibujo 3* donde Manuel y su madre están ya separados. Todo ello ocurre desde el momento en que Manuel decide no dormir más con su madre.



Dibujo 2



Dibujo 3

## COLECHO Y LA PERTURBACIÓN DE LA IDENTIDAD

Si la evolución del niño y su desarrollo tienden hacia un proceso de autonomía, independencia e intimidad, que son tres pilares fundamentales para co-construir la propia identidad de una manera espontánea y natural en medio de sus relaciones familiares, el colecho irrumpe de forma perturbadora en este proceso. Como es un comportamiento propiciado por los adultos o no evitado por ellos, nosotros lo entendemos como una forma de alteración del proceso madurativo del niño. En este sentido el colecho con sus componentes de implicaciones eróticas, estaría en un lugar intermedio entre el abuso y el maltrato.

El problema con el colecho es que se trata de una circunstancia relacional que es muy vulnerable a diferentes formas de negación por parte de quienes lo experimentan: una negación inicial de que el hecho en sí mismo tenga una trascendencia en el presente y futuro; una negación de conciencia de estar haciendo algo que no es sano, una negación de la responsabilidad comprometida en el hecho mismo del colecho; una negación de que el colecho pueda tener un impacto en las personas. (Cirilo, 2012) Entendemos que la ignorancia de estar truncando un proceso natural, puede llevar a los padres a manejar repetitivamente momentos particulares que con la prolongación en el tiempo se convierten en maltrato de un proceso innato de desarrollo.

El colecho es un colapso regresivo de la intimidad tanto de los padres como del niño. En su actuar los padres también comienzan a alterar su propia intimidad y erotismo en los cuales participa el niño sin tener la madurez suficiente para su manejo. Los espacios nombrados y reservados para la actividad adulta, pierden su identidad creando un tiempo y un espacio confuso sin límites para todos.

El desarrollo del niño ocurre dentro de un proceso de intercambios y transacciones circulares con sus padres y personas cercanas donde cada uno influye y da sentido a la acción que va definiendo el valor de la relación existente entre ellos. En la época de la crianza cada una de las conductas del menor es la expresión de una necesidad, un deseo o un interés ante los otros. Con sus padres y cuidadores el llanto, la sonrisa, los pedidos, el rechazo o desobediencia; los rituales de la cotidianidad (levantarse, asearse, vestirse, acostarse) van creando un sentido de identidad (quien soy yo en diferencia al otro) y bienestar tanto en el adulto como en el menor. La experiencia vivida de logro y satisfacción se convierte en sentirse a sí mismo, apropiarse de sí mismo y de marcar límites hacia el otro. Este proceso de aprendizaje y maduración no es siempre fluido. En este artículo, partiendo de un análisis y reflexión de éstas situaciones terapéuticas, intentamos hilvanar las complejidades llenas de sutilezas que nos permiten ampliar la comprensión de la influencia del colecho en las conductas problemáticas que son el gatillador del proceso terapéutico.

Pueden aparecer dificultades en el entorno que llevan a los padres a perder la perspectiva del rol de acompañamiento que ejercen sobre sus hijos. Las acciones de los adultos ejercen una mayor influencia en determinar el sentido y la capacidad que el menor tiene para apropiarse de su proceso de desarrollo. Esto es retroalimentado por la actitud del menor que encuentra en la dependencia un alivio y confort temporal que consolidan un círculo vicioso.

Es normal que los niños puedan compartir en algunos momentos la cama de los padres como espacio de juego y consentimiento. Sin embargo, cuando la cama de los padres se convierte en un espacio para dormir juntos como un patrón continuo y persistente en el tiempo, consideramos que estamos ante una dinámica familiar a la cual le llamamos colecho. Es importante resaltar que el menor no es capaz de poner un límite sobre cuando el disfrute deja de ser una dinámica que favorece el apego y se convierte en una dinámica que limita la autonomía y el respeto a mutuas intimidades.

## ESPACIO, INTIMIDAD, AUTONOMÍA

Durante el periodo del embarazo, la díada madre-hijo conforma una totalidad fisiológica. Los cuerpos fusionados en la corporalidad son vividos como una unidad holística en la que no hay solución de continuidad; son un mismo espacio en el cuál no hay una diferenciación clara para la madre. Después de la transición que es el parto, los cuerpos son separados y el bebé aún no es autónomo; es absolutamente dependiente de la madre. Con el parto se produce un cambio en el espacio de la corporalidad, el bebé ha hecho el tránsito desde un lugar interior en el cuerpo de la madre en el que su contorno personal está en contacto con un medio líquido que abandona definitivamente cuando atraviesa el canal vaginal, hacia el mundo exterior del cuerpo de la madre que es un medio aéreo. Pasa de la protección de la placenta, en la interioridad del útero, a la protección de los brazos de la madre. Además de abandonar la conexión umbilical, pasa a conectarse oralmente a través del pecho. En este momento histórico del niño, aparecen las primeras sensaciones corporales kinestésicas que le informan, así sea de un modo arcaico, de un mundo más allá de su contorno; de un entorno. En ese contexto, comienza la crianza que es un proceso de progresiva separación de la simbiosis conformada con la madre para co-construir en la relación con otros un espacio personal y una cada vez mayor autonomía que le permiten al niño desde la sedestación, el gateo y el caminar, aumentar su rango de movimientos y co-construir con los otros una calibración de la distancia que le permita relacionarse en un apego seguro (Bowlby, 1998).

En el proceso de progresiva separación de la madre, el niño va co-construyendo su intersubjetividad que tiene una fase inicial hacia los dos meses (intersubjetividad primaria) en la que las interacciones de sonrisas, gorjeos, expresiones afectivas muestran que tanto él como la madre, se viven como interlocutores. Hacia los nueve meses el niño es capaz de distribuir su atención en las interacciones entre la madre y los objetos, de manera que es capaz de comunicarse para que la madre le acerque o le facilite el acceso de un objeto que le interesa; es el momento de la intersubjetividad secundaria. Desde el nacimiento de la intersubjetividad como experiencia relacional, el niño está en condiciones de reconocer que su corporalidad y la de la madre son diferentes. Se ha creado un esbozo del propio espacio personal y una arcaica dimensión de la intimidad.

Con la posibilidad de caminar, el niño emprende una aventura hacia la autonomía en la medida en que se puede mover en el espacio de su entorno y explorar el mundo a su alcance. Con esta posibilidad el niño traslada su propio espacio físico a otros espacios y por contraste, es más consciente de su propia corporalidad que se mantiene constante a pesar de la variabilidad de los espacios a los que puede acceder. La autonomía ha dado un nuevo paso hacia adelante. No necesita que otros lo trasladen, se puede trasladar solo y el hecho de poder hacerlo y de reivindicar su poder hacerlo, adquiere un nuevo hito, puede alejarse de la mirada y del control de otros, así sea transitoriamente. Es decir, ya experimenta el inicio de la autonomía, la independencia y la intimidad.

Hacia los dos años, el niño, bajo la supervisión de los padres, comienza el proceso del control de esfínteres, un hito en el que hace las primeras apropiaciones de su corporalidad, incorporando el manejo autónomo de las funciones fisiológicas tanto de ingesta como de evacuación. Simultáneamente con sus conductas y dirección, los padres van avalando y valorando el proceso de apropiación del menor, y el primer reconocimiento de parte de sus padres de su autonomía.

En ese momento ocurre otro salto evolutivo en la medida que el niño introduce cosas en su boca hacia la interioridad de su cuerpo y observa que salen cosas de la interioridad de su cuerpo. Se conecta con la experiencia de que su cuerpo tiene un espacio interior que es un nuevo paso en ese esbozo que va dibujando de su propia intimidad; espacio que San Agustín llamaba *el locus interius*. (Agustín de Hipona, 2010)

Como consecuencia de esta apropiación de su propia corporalidad, como exclusiva del sí mismo, aparece un sentimiento que mueve a ocultar su cuerpo de la mirada de otros para estar en intimidad consigo mismo, que es el pudor. El sentimiento de vergüenza aparece posteriormente como expresión de turbación o incomodidad ante la invasión de la mirada del otro y ante la constatación de estar viendo que el otro lo está mirando.

Durante este recorrido evolutivo individual, el rol de los padres como observadores y participantes en los cambios sutiles del niño, se instaura la intimidad como ese sentimiento de tener un espacio personal habitado por el propio cuerpo que es alimentado con la dignidad del pudor, la defensa de la vergüenza ante la humillación, para finalmente consolidarse el orgullo de tener un cuerpo, poder moverse en el mundo con él, sentir que es propiedad de sí mismo y poder afirmarlo con un yo que dice, “Yo puedo”. Adicionalmente este proceso es consolidado por el respeto de los adultos hacia esa independencia, autonomía e intimidad. Ahí la intimidad, que es una sensación inicialmente corporal del niño puede traducirse en sonidos que evocan sentidos propios, exclusivos a él; en definitiva, propios de su espacio mental; íntimo. Creemos que el reconocimiento del niño como un ser diferente y autónomo en su carácter y expresión, son la base para el apoyo y la promoción de la independencia, autonomía, seguridad personal e intimidad.

En este momento el menor comienza a apropiarse de espacios físicos como la cama propia, la habitación propia, crea sus propios espacios de juego y puede identificar con palabras, al incorporarse el lenguaje hablado a los diferentes espacios donde se moviliza. Es así como reconoce las funciones de cada espacio y limita su actividad o conductas en coherencia con cada lugar. En el lenguaje logra la referencia de los espacios en relación a sí mismo, de manera que puede afirmar si un espacio le pertenece o no. Adicionalmente es capaz de manejar la distancia con los otros en la medida en que puede decidir quién entra en su habitación o zonas de juego. Así mismo, reafirma la apropiación de su propio cuerpo mediante el enunciado de su propio nombre y la referencia que hace hacia sí mismo con expresiones como “Mío”, “A mí”, “Para mí”, “Yo”, en relación al mundo con el cuál interactúa. Es el momento en el que también emergen los primeros aspectos de un erotismo general que discrimina aquellas cosas que le agradan y le desagradan. Comienza a nombrar y a reconocer las diferentes partes de su corporalidad que es su espacio íntimo.

## INCESTUOSIDAD

En todos los casos el colecho puede enmarcarse en el orden de niños que presentan comportamientos desorganizados y que rayan en lo psicótico. ¿Cómo entender esto? A nuestro equipo imaginario llamamos a Paul-Claude Recamier (2010) que con su concepto de incestuosidad o incestual ilumina la comprensión de esta situación. La incestuosidad se refiere a un clima que tiene algo de incestuoso, pero sin que haya pasaje al acto sexual propiamente. Como dice Jean-Charles Bouchoux, “mientras que el complejo de Edipo es un fantasma destinado a seguir siéndolo para luego volver a ser reprimido, la incestuosidad se inscribe en lo real e impide que se elabore el fantasma. Efectivamente, solo se puede fantasear sobre lo inaccesible. Por ejemplo, el niño que duerme en la

habitación de sus padres no fantaseará jamás con poder acceder a su habitación puesto que está allí”. (Bouchoux, pg. 184, 2016)

Lo incestuoso está hecho de lo tácito no dicho, de lo secreto que tiene, según Recamier (2010) la capacidad para influir, no decir, no pensar. Así, el colecho que como vemos en los casos mostrados, no se dice, no se piensa. Solo cuando los terapeutas lo señalan con un sentido de experiencia relacional y generadora de significados y sentidos secretos, emerge en la conversación terapéutica como una preocupación. Y cuando expresa Bouchoux “cuando un niño ha estado inmerso en lo incestuoso, se ha sentido engañado, ha visto a sus padres engañarse y no puede plantearse una relación normal la persona” (Bouchoux, pg.187, 2016). Esto genera en él una angustia incontenible ante el fracaso constante de sus relaciones, porque cualquier otra relación lo pone en peligro, no sabe qué rol debe representar, puesto que la incestuosidad es una situación de ambigüedad, ambivalencia, en la medida en que está en un ambiente triangular (que es por naturaleza perverso) recibiendo las tensiones de los polos en conflicto. Un conflicto que no ha sido explicitado y que es secreto y que el colecho lo silencia en lo no dicho y lo no pensado.

De esta forma, el niño en colecho está sumergido en una paradoja; sus síntomas deben ser conservados y él debe permanecer desvalorizado como ser autónomo e independiente y mantenido atrapado en su marasmo desorganizado. ¿Por qué? Porque si el niño desaparece como síntoma sus padres se enfermarán de alguna manera.

Pero como el niño en colecho, solo conoce el vínculo patológico con sus padres que son el primer objeto de su amor, se halla en una paradoja y en un doble vínculo. Romper ese vínculo es correr el riesgo de perder a sus padres y sumergirse en el sufrimiento. Ante ello, ni al niño le interesa salir del colecho, ni a la pareja (en conflicto bien unida o separada) tampoco le interesa resolver el colecho. La familia cuando comprende que va a perder al portador del síntoma familiar o de la pareja, comienza a premiar y consolidar la situación triangular. Como dice Bouchoux (2016) “la pareja se convierte en el síntoma del niño síntoma”. De esta manera, ambos se benefician, el niño conservando su lugar junto al padre o madre con quien tiene colecho y los padres (juntos o separados) lo transforman en lugar de un objeto amado, en un objeto de descarga para ser desvalorizado, denigrado y así conservarlo atrapado en medio de su conflicto. Todo esto impide que el niño acceda al complejo de Edipo y, por lo tanto, lo somete a permanecer en la incestuosidad y lo incestual que son la evidencia de que en la familia no existe el tabú del incesto. Esto llevará a que el desarrollo del niño se oriente más adelante hacia organizaciones de carácter psicótico, límite, narcisista o perverso. La incestuosidad es lo opuesto al complejo de Edipo, la no elaboración del duelo edípico conduce a la neurosis, pero al ni siquiera haber la prohibición, el tabú sobre el incesto, orienta al individuo hacia las organizaciones simbióticas en sus diferentes versiones de expresión y penetrancia durante el desarrollo y existencia de la persona. Por ello la incestuosidad del colecho es un equivalente al incesto consumado, no genitualmente sino de forma colateral y sucedánea. Es decir, es un equivalente al incesto, una acción que no se consuma genitualmente y que no permite el desarrollo del complejo de Edipo y la instauración del tabú del incesto que como decía Freud es la más bella conquista de la autonomía psíquica y de la cultura (Recamier, 2010).

En este sentido, podemos decir con Jaroslowsky

es importante aclarar que la psique trabaja distinto en el registro individual y en el familiar. El Edipo es individual e intrapsíquico en cambio lo incestual es familiar y transpsíquico. El Edipo obra en red dentro de la psique, en cambio lo incestual penetra como proyectil a través de las psiques. El Edipo desemboca en la autonomía del deseo, organizando lo social en cambio lo incestual combate la autonomía y aglutina a las familias en contra de la socialización” (2010).

El camino más seguro hacia lo psicótico que en los pacientes presentados ya se esboza en su comportamiento.

En esta sección queremos ampliar nuestra comprensión del colecho como un nodo de confluencia de significados que se van creando en el proceso de desarrollo del ser humano en sus primeras etapas de vida. Un primer aporte lo tomamos del trabajo de Bowlby (1998) y su desarrollo de la teoría del apego, que si bien se entendió de manera individual, el mismo autor la fue ampliando para describir cómo el sentido de seguridad y conexión del menor es influenciado por las conductas y reacciones de sus padres y cuidadores cuando busca explorar el mundo, expandir su *self* con las experiencias del mundo y los otros, para por medio de significados creados, consolidar las narrativas que le permitirán articular su forma de relacionarse consigo mismo y el mundo.

Al reflexionar sobre los casos que hemos incluido tomamos e integramos conceptos de la Sistémica, el Socio-construccionismo, el Psicoanálisis, la Narrativa y la teoría del Apego para extraer de las experiencias vividas por nuestros consultantes los sentidos o significados ocultos que frenan el desarrollo y mantienen el colecho. Es evidente al escuchar las historias que son motivo de consulta que el colecho no es para ellos un motivo de preocupación. Podríamos decir que son las preguntas exploradoras del terapeuta, para conocer lo que está en el trasfondo, lo que evidencia las dinámicas recursivas familiares que mantienen la problemática que los trae a consulta. Del problema expresado como una dificultad individual, encarnada en el Paciente Identificado, la mirada sistémica nos permite identificar otros actores, eventos y relatos familiares que hacen parte del problema. Es así como la inseguridad de Ernesto; la soledad y falta de socialización en el colegio de Gregorio y Carmen; las acciones destructivas de Manuel, y el exceso de alcohol y la depresión de Bernardo se pueden rastrear a conductas, necesidades y deseos de los padres no explicitados, en ocasiones tácitos y en otras secretos, que develan el colecho como una experiencia relacional que distorsiona el proceso individual (desarrollo, autonomía, independencia, socialización y desarrollo del sentido de sí mismo). La relación de padres e hijos al nacer es un intercambio de necesidades, sensaciones y comunicación donde todos van creando una nueva identidad, una nueva relación y forma de estar en el mundo. Todo es nuevo para ellos y es un intercambio donde las conductas recursivamente generan una sensación de seguridad y sentido. Si los padres no logran interpretar el sentido de las expresiones del menor, ambos se angustian y pueden generar un círculo vicioso de ansiedades invasivas frente a las cuales, en su mutua dependencia, generan patrones de rechazo, ambivalencia y confusión. La inseguridad de ambos, con el tiempo produce explicaciones e intentos de buscar seguridad. El colecho aparece entonces como un tranquilizante transitorio de las mutuas ansiedades, que con el pasar del tiempo frena la evolución en los tres sobre nuevas formas para estar juntos y para desempeñarse en el mundo. La conexión segura que el menor necesita para explorar su mundo es frenada por la dificultad de los padres de separarse de él y de transmitirle gestos y palabras que el niño puede interiorizar como insumos para su autonomía.

Las preguntas que traen al espacio terapéutico situaciones no incluidas en el motivo de consulta permiten que en la conversación las familias y los terapeutas puedan identificar patrones de interacción que de manera recursiva producen las creencias y explicaciones que contribuyen a la creación y el mantenimiento del problema. La manera de conectarse afectivamente o el apego entre padres e hijos es el producto de lazos recurrentes de acciones, creencias y significados que eventualmente son mantenidos por todos. La aparición de nuevos elementos en la terapia permite explorar desde otros puntos de vista y a la vez puntuar los eventos individuales y familiares de una manera diferente, creando lo que Bateson llamaría la “diferencia que hace una diferencia”, lo cual nos remite a la reflexividad de Ken Gergen (1999) donde son las preguntas y comentarios del terapeuta las que llevan a los consultantes a mirar los eventos ocurridos de manera diferente, haciendo posible que puedan generar nuevas formas de comprender y actuar. Una diferencia que permite la emergencia de voces y sentimientos que se mantenían invisibles y silenciados. Estas nuevas expresiones luego se pueden construir en nuevas posturas o pueden en el ir y venir de la conversación, crear desde “dentro

de la conversación” (Shotter, 2001) nuevas posibilidades de acción.

Otro nivel de análisis para comprender la presencia silenciada del colecho y su influencia en la dificultad para cada uno de nuestros consultantes en alcanzar la seguridad requerida para movilizarse en su mundo, puede explicarse desde las incongruencias en la comunicación entre nuestros pacientes identificados y sus padres. Gregory Bateson sugirió hace algún tiempo cómo estas incongruencias entre lo verbal y no verbal, entre lo explícito (yo creo en ti) y lo implícito (dormir solo, es señal de seguridad y autonomía, pero tú y yo debemos dormir juntos para que puedas adquirir esa seguridad) donde el menor se siente atrapado entre el deseo natural de separarse y crecer versus la sumisión a un doble vínculo que mantiene un círculo vicioso entre ellos.

Nuestro entender de lo que sucede entre terapeuta y consultantes cuando estos últimos relatan las inquietudes que los llevan a buscar ayuda, es que detrás de las palabras existen varios niveles de comprensión. En el relato está de manera explícita el entender que se ha creado dentro de la familia sobre la problemática que les aqueja. Ese relato, sin embargo, integra un cúmulo de eventos, situaciones, libretos, creencias que se han ido organizando en una narrativa que de manera recurrente los organiza alrededor del síntoma consultado. A la vez, en la interacción, estos eventos son matizados por las emociones que van consolidando las narrativas. En el proceso terapéutico que comienza con la narrativa que trae la familia, las conversaciones permiten la emergencia de nuevos elementos que hacen pensar en narrativas subyacentes, no explicitadas ni evidentes para la misma familia. Desde una múltiple mirada y escucha (Sistémica, Psicoanalítica, Construccionalista, Vincular, Apego, Narrativa) el terapeuta con sus preguntas y comentarios convoca un equipo imaginario en el que no hay restricciones de orden conceptual, teórico, enfoque o técnico. Todo tiene cabida y se integra en el discurso comprensivo sobre la realidad consultada por los pacientes.

Para Jerome Bruner (1990) las historias que los miembros de la familia tienen sobre el problema, son los elementos (*building blocks*) que construyen en la “mente” humana la comprensión sobre lo que ha ocurrido. Él afirma, igualmente, que las historias son vitales porque tienen el poder de representar y explicar tanto eventos reales como imaginarios y que la narrativa transmite a la vez emociones y significados que su vocero le dio en su momento a los eventos. Al describir sus problemas, los consultantes expresan su sentido de frustración, vergüenza y minusvalía. La terapia Narrativa nos permite deconstruir estos relatos para luego crear nuevas historias que incluyen los eventos negativos de una manera diferente; una manera que permite contemplar la posibilidad de trascender los eventos negativos. La transformación de las narrativas también permiten la generación de nuevas emociones y sentimientos.

Conectándonos con el título del artículo, explicitamos que el colecho entra dentro del ámbito de las sutilezas clínicas que se constituyen al interior de la familia sin que sea evidente para los actores en su vida cotidiana. La ambigüedad en la que se mueve el concepto de colecho, que comienza como una expresión de amor y afecto, y evoluciona hacia un freno de la autonomía e independencia en el desarrollo del niño, dificultan su comprensión como fenómeno psicopatológico. Para los padres, el amor y la protección que creen haber dado a sus hijos a través del colecho no tiene una narrativa intencional de daño o perjuicio. Sin embargo la clínica nos muestra una serie de síntomas que conectados al colecho, se constituyen en una experiencia de nuevo sutilmente maltratante, sobre la cual es necesario ampliar las reflexiones y el análisis porque vivirlo representa para el niño de una manera no declarada un territorio confuso entre el abuso y la negligencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agustín de Hipona. (2010). *Confesiones*. Madrid: Editorial Gredos.
- Andersen, Tom. (1987). *The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work*. Family Process, 26, 415- 428.

- Bion, Wilfred. (2003). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- Boscolo, Luigi, Cecchin, Gianfranco, Hoffman, Lynn y Penn, Peggy. (1987). *Milan Systemic Therapy*. New York: Basic Books.
- Bouchoux, Jean-Charles. (2016). *Los perversos narcisistas*. Barcelona: Editorial Arpa.
- Bowen, Murray. (1991). *De la Familia al Individuo*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Bowlby, John. (1998). *El apego y la pérdida*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Bruner, Jerome. (1990). *Acts of Meaning*. Cambridge, Ma: Harvard University Press.
- Cirilo, Stefano. (2012). *Malos Padres*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Erikson, Erik. (2000). *El Ciclo Vital Completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Imber-Black, Evan. (1998). *The Secret Life of Families*. New York: Bantam Books.
- Jaroslawsky, Ezequiel A. (2010). *Incestual- Paul – Claude Recamier*. Argentina: Psicoanálisis e Intersubjetividad, N°5.
- Linares, Juan Luis y Campo, Carmen. (2000). *Tras la Honorable Fachada*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Madanes, Clóe. (1993). *Sexo, Amor y Violencia*. Barcelona. Editorial Paidós.
- Minuchin, Salvador. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Pincus, Lily y Dare, Christopher. (1982). *Secretos en la Familia*. Santiago de Chile: Editorial CuatroVientos.
- Recamier, Paul-Claude. (2010). *L'inceste et l'incestuel*. París: Editorial Dunod.
- Selvini Palazzoli, Mara., Boscolo, Luigi., Cecchin, Gianfranco y Prata, Guliana. (1988). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Shotter, John y Katz, A.M. (1998). 'Living moments' in dialogical exchanges. *Human Systems*, 9(2), 81-93.
- Shotter, John. (2001). *Realidades Conversacionales*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Tomm, Karl. (1996). *Seminario en Sistemas Humanos*. Bogotá. (comunicación personal).
- White, Michael y Epston, David. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W.W. Norton & Company.
- Whitaker, Carl. (1992). *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Winnicott, Donald B. (2009). *Clínica Psicoanalítica Infantil*. Buenos Aires: Editorial Horme-Paidós.

# Investigación





**From Adult Attachment Theory to affective bonds.  
Self-Reflection as a resource in couple therapy**

**Eric Beltrán<sup>a</sup>, Karina Spuler<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Departamento de Psicología, Universidad de la Frontera. e.beltrano3@ufromail.cl

<sup>b</sup>Departamento de Psicología, Universidad de la Frontera

**Historia editorial**

Recibido: 29-03-2018

Primera revisión: 18-03-2019

Aceptado: 15-04-2019

**Palabras clave**

autorreflexión, teoría del apego adulto, terapia de parejas, vínculos afectivos

**Resumen**

La investigación tiene como objetivo general “conocer la utilización de la Teoría del Apego Adulto en la terapia sistémica de pareja desde el conocimiento y práctica de los terapeutas de pareja”. El diseño metodológico está fundamentado en la investigación cualitativa, utilizando para la comprensión del fenómeno la Teoría Fundamentada. Se usó un muestreo teórico, el cual está constituido por ocho terapeutas de pareja, a los cuales se les aplicó la entrevista a expertos. Los resultados obtenidos dan cuenta que la capacidad de Autorreflexión del terapeuta, en su práctica clínica, permite destacar la relevancia de lo vincular presente en la Teoría del Apego Adulto como parte de su abordaje teórico y práctico, utilizándose como un recurso para entender y fomentar las experiencias de vinculación protectoras en la vida afectiva de las parejas. Se propone la Autorreflexión como una herramienta flexible y entrenable orientada a aumentar la calidad de las intervenciones en pareja.

**Abstract**

The main objective of this research project is to understand the use of the Adult Attachment Theory in systemic couple therapy based on the knowledge and practice of couple therapists. A methodological approach based on qualitative research was applied, using Fundamental Theory in order to understand the phenomenon. A theoretical sample was used, which constituted an interview of eight couple therapist, to whom the expert interview was applied. The results show that the capacity of the therapist's self-reflection in their clinical practice makes it possible to highlight the relevance of the bond present in the Adult Attachment Theory as part of its theoretical and practical approach, as a resource to understand and promote experiences of protective bonding in couples. Self-reflection is proposed as a flexible and trainable tool oriented to improve the quality of interventions with couples.

**Keywords**

self-reflection, adult attachment theory, couple therapy, affective bond

Sarquis (1995) señala que las parejas son un sistema social distinto a otros sistemas, puesto que son relaciones electivas y selectivas, cuya existencia requerirá de un compromiso recíproco de los miembros de esta. Esto implica que la pareja sea altamente inestable e impredecible, considerándose así un sistema complejo como lo describen Morin & Pakman (1994), puesto que constituiría un entramado de elementos que llevarían al sistema a la ambigüedad e incertidumbre.

Dentro de estos elementos podemos encontrar la influencia que tienen las familias en la construcción de pareja, tanto por el traspaso transgeneracional de creencias y actitudes respecto al amor, las obligaciones, el divorcio, la sexualidad, entre otros (Vetere & Dallos, 2012), como por la influencia que tienen relaciones interpersonales de la infancia y adolescencia sobre el desarrollo posterior de la capacidad de establecer y nutrir relaciones íntimas en la vida adulta en todos sus aspectos (Walter et al, como se cita en Marrone, 2016).

Asimismo, distintos autores (Burman & Margolin, 1992; Pennebaker, 1990; Whisman, 1999 citados en Johnson, 2008) han asociado la calidad de las relaciones afectivas con la salud física y psicológica del individuo, identificando un buen sistema inmunológico y el alivio del estrés y del trauma cuando las relaciones son positivas. En su contraparte, cuando las parejas mantienen conflictos sostenidos durante largos periodos tendrían más probabilidades de presentar graves consecuencias en su salud física y emocional (Gottman & Levenson, 1999 citados en Guzmán & Contreras, 2012). De esta manera, todo el acontecer de ser pareja se convierte en un problema no solo familiar y social sino también de salud pública.

La incorporación de la *Teoría del Apego Adulto* (TAA) al trabajo en pareja, ofrecería a los profesionales de la terapia sistémica una forma de entender y fomentar las experiencias de vinculación protectoras, donde el terapeuta puede actuar como una base segura en momentos de perturbación emocional del paciente, (Bowlby citado en Vetere & Dallos, 2012), permitiendo además la posibilidad de cuestionarse a sí mismo y tener en cuenta los estilos de apego del propio terapeuta y su resonancia emocional como facilitadores u obstaculizadores del cambio (Linares, 2012).

De esta forma, el objetivo general de la investigación es conocer la utilización de la Teoría del Apego Adulto en la *Terapia Sistémica de Pareja* desde el conocimiento y práctica de los terapeutas de pareja. Mientras que los objetivos específicos son:

- Describir los conocimientos de los terapeutas de pareja respecto a la TAA.
- Describir el proceder práctico de los terapeutas de pareja respecto a la TAA.
- Identificar los aportes y/o limitaciones de la utilización de la TAA en terapia de pareja.

## TEORÍA DEL APEGO ADULTO

Bowlby (1989) puntualizó que las personas de todas las edades se sienten mejor cuando tienen una figura vincular en quien confiar, por lo que, el sistema del apego, se encontraría durante toda la vida. Los investigadores Hazan y Shaver (1987) conceptualizaron el amor romántico de la adultez como un sistema de apego que sigue la misma secuencia y resultados que el apego entre el bebé y su cuidador. En este sentido los estilos de apego serían un elemento transversal a las relaciones significativas durante toda la vida, los cuales se manifestarán a través de las concepciones acerca del amor romántico, la disponibilidad y confianza en sus parejas y en su propia validez personal, las cuales mediarían las reacciones del adulto en sus relaciones de pareja (Hazan & Shaver, 1987).

Complementando lo anterior, varios autores (Ainsworth, 1970; Bowlby, 1969, 1980; Fonagy, 1991; Hazan y Shaver, 1987; Marrone, 2001, 2016; Vetere & Dallos, 2012) plantean que, el comportamiento del adulto en las relaciones cercanas, está moldeado por los *Modelos Operativos Internos* (MOI) (Bowlby, 1989; Lecannelier, 2009), cuyos orígenes se encuentran en las relaciones del niño con sus cuidadores primarios. Estos modelos serían mapas cognitivos, representaciones, creencias y expectativas sobre la propia conducta y la de otros en las relaciones íntimas. Por lo tanto, las relacio-

nes de pareja estarían moduladas por el grado de confianza y seguridad que cada miembro percibe de sí mismo y del otro, en lo que esperamos de los otros y en lo merecedores de amor y afecto que nos sentimos (Vetere & Dallos, 2012). En este sentido, los MOI serían el punto de encuentro entre la TAA y el modelo sistémico, cibernético y constructivista (Cócola, 2017), puesto que, la forma de construir el mundo relacional estará mediado por las percepciones personales que surgen de esquemas referenciales previos (Ceberio & Watzlawick citado en Cócola, 2017).

## CONSIDERACIONES CLÍNICAS DE TAA

La primera propuesta terapéutica desde la TAA es la *Terapia Centrada en las Emociones* (EFT en inglés) (Greenberg & Johnson, 1988; Johnson, 2008), la cual consideraría las problemáticas de la pareja como necesidades del apego insatisfechas que conducirían al sufrimiento y conflicto (Crawley & Grant, 2008). La EFT combina la TA con enfoques humanistas, sistémicos y gestálticos, así como la neurociencia afectiva, cuyo foco sería el “expandir las respuestas emocionales restringidas de la pareja, modificar los ciclos interactivos y promover vínculos de apego seguro, combinando técnicas experienciales-expresivas y estructurales sistémicas” (Tapia, 2001, p. 9).

Por otra parte, la propuesta desde la *Terapia Narrativa del Apego* (TNA) (Dallos, 2006), centraría la terapia no sólo en las historias que las personas elaboran sobre sus relaciones y el contenido emocional de éstas, sino también en cómo las personas gestionan sus sentimientos y apegos, especialmente frente a situaciones en las que surge dolor, miedo o ansiedad (Vetere & Dallos, 2012). En este sentido, las narrativas de apego que la pareja relate en sesión serían posibles de utilizar para establecer “metáforas guía” (Linares, 2012) que colaboren en la comprensión de la problemática en la relación, siendo la emoción una guía para el cambio desde el cual se interrumpe la escalada de interacciones desazonadoras y se fomentan conexiones más gratificantes y seguras en la pareja (Vetere & Dallos, 2012).

## 2. MÉTODO

Siguiendo la clasificación de investigaciones propuesta por Ato, López y Benavente (2013), el presente estudio corresponde a una investigación cualitativa empírica, de tipo descriptivo, puesto que se busca la descripción de las situaciones tal y como ocurren sin ninguna intervención de variables.

La metodología de análisis utilizada es la *Teoría Fundamentada* (TF), la cual guió la recolección y análisis de datos cualitativos para construir la teoría en base a los propios datos (Charmaz, 2014). Este tipo de investigación se desarrolló en procedimientos de análisis específicos, los cuales permitieron comprender el grado de aplicación de la Teoría del Apego en los procesos de terapia de pareja. En primer lugar, se realizó una *Codificación abierta*, consistente en el examen minucioso de los datos que permitió desarrollar una lista de códigos, la cual se comparó respecto de sus propiedades, dimensiones y significados, obteniendo una clasificación denominada categoría (Flick, 2007). En segundo lugar, se realizó una *Codificación Axial* que permitió esclarecer las relaciones, mostrar los contextos y levantar una serie de proposiciones en torno al tema de investigación (San Martín, 2014). Por último, se realizó la *Codificación Selectiva*, en la cual se utilizaron las categorías y subcategorías para obtener una categoría central que logró integrar la realidad expresada por los sujetos y expresar el fenómeno de investigación (San Martín, 2014).

Es importante mencionar que este proceso de análisis fue recursivo en sus fases, incorporando en éstas el método comparativo constante, logrando alcanzar la saturación de contenidos que permitió el desarrollo de una teoría equilibrada, densa y precisa de la realidad (San Martín, 2014).

Para operacionalizar los datos recogidos se utilizó el programa *ATLAS ti*, en el cual se logró armar las redes de códigos y categorías, así como también unificar los textos y las interpretaciones relacionadas con ella.

La elección de los participantes se realizó a través de un muestreo teórico, puesto que los terapeutas elegidos poseen un potencial suficiente para ayudar al investigador en las comprensiones teóricas sobre el área estudiada (Taylor & Bogdan, 1987). El contacto de los participantes fue de carácter informal, puesto que los terapeutas a entrevistar no se encuentran insertos en un contexto institucional que aloje la investigación. Para esto, se solicitó ayuda a los informantes claves, en este caso, profesionales del área de la psicología que tenían acceso y conocimiento de profesionales especializados en terapia de pareja de la ciudad de Temuco y otras ciudades del país. De esta forma, se contactaron a ocho profesionales psicólogos con experiencia mínima de cinco años en el área de terapia de pareja y con, al menos, una especialización como magister y/o postítulo en terapia sistémica familiar y/o de pareja. Como criterio de exclusión, no se incorporaron terapeutas cuya principal trayectoria terapéutica se haya realizado fuera de Chile. Debido a la alta experiencia que los profesionales entrevistados poseían sobre la práctica clínica con parejas, fue innecesario el contacto de más terapeutas, ya que los datos recabados lograron la saturación teórica requerida. En esta etapa se firmó un consentimiento informado que permitió a los profesionales conocer el objetivo de la investigación así como los deberes y derechos de los participantes.

Para la recolección de los datos, se les aplicó a los participantes la entrevista a expertos, debido a que la relevancia de su participación la otorgará su calidad de experto en terapia de pareja (Flick, 2007). La entrevista a expertos aplicada fue desarrollada íntegramente por los profesionales a cargo de la investigación, la cual contenía un primer apartado de datos generales del profesional, considerando sus especializaciones y experiencia profesional, un segundo apartado de preguntas abiertas respecto al conocimiento de la TAA, un tercero apartado de preguntas abiertas sobre la utilización de la TAA en terapia de pareja y un último apartado de aportes y/o limitaciones de la TAA en terapia de pareja.

Para asegurar el rigor metodológico de la entrevista, se realizaron tres procesos de revisión de la entrevista, la primera fue desarrollada por los autores de esta investigación, lo que permitió disminuir la cantidad de preguntas y organizar la entrevista de acuerdo a cada uno de los tres objetivos específicos. Posteriormente la entrevista fue revisada por profesional experto en metodología cualitativa, permitiendo replantear la formulación de algunas preguntas y así accedemos a la experiencia y modelos teóricos de los entrevistados. Por último, la entrevista fue revisada por dos expertos en el área de la Teoría del Apego en Chile, quienes propusieron algunas modificaciones de los ítems para mayor claridad y congruencia con los objetivos de la investigación.

Para resguardar la privacidad y confidencialidad de la información personal de los participantes durante toda la investigación se fomentó el anonimato de éstos durante y luego de la entrevista (Denzin & Lincoln, 2012). Asimismo, se resguardó la fidelidad de los datos a través de la transcripción fiel y completa de los testimonios y/o prácticas que los participantes señalaron, sin omisiones ni utilización de material fraudulento.

### 3. RESULTADOS

A continuación, se pasa a detallar los resultados obtenidos luego del análisis realizado a los datos, consistente en el proceso de codificación abierta, axial y selectiva. Los datos se presentan divididos según objetivos, los cuales a su vez se dividen en categorías y subcategorías con las respectivas descripciones, acompañadas de citas textuales de los participantes.

1. Codificación abierta: Aproximación a los conocimientos y prácticas de los terapeutas.

1.1. Categoría: Tipo de conocimiento de la TAA

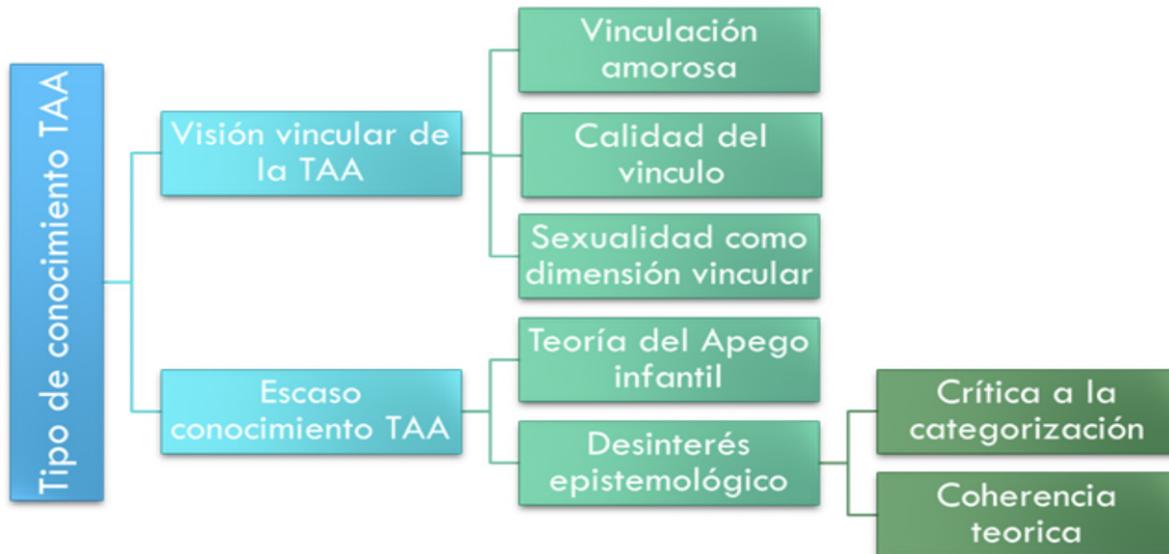


Tabla 1: Muestra la categoría, subcategoría, los códigos y relaciones entre ellos, describiendo los distintos tipos de conocimientos de los terapeutas poseen de la Teoría del Apego Adulto enmarcada en el contexto de la terapia sistémica.

#### 1.1.1. SUBCATEGORÍA: VISIÓN VINCULAR DE LA TAA

La visión que tienen los terapeutas de pareja respecto a la Teoría del Apego Adulto, tiene relación con la formación sistémica de base, desde la cual se considera al apego desde una mirada relacional, reconociendo la influencia de las experiencias vinculares en el desarrollo de distintos patrones relacionales más o menos permanentes en el tiempo, pero con alta capacidad de transformación. En este sentido, el apego adulto es traducido como un vínculo amoroso el cual se caracteriza por ser dinámico, relacional y directamente ligados a las necesidades que las personas tendrían en lo afectivo a lo largo de su vida. De esta forma, los terapeutas describen la vinculación como un aspecto transversal a los distintos ámbitos del ser pareja.

*“... es importante no perder de vista las historias de vínculos, de otros vínculos, porque la historia de infancia tiene una repercusión importante, pero dependiendo de lo que pase después, en el colegio, con otras figuras significativas, con los pares, en cómo sean acogidas las dificultades, tiene harta que ver en cómo después esto se refleja en pareja” (4:7)*

Los terapeutas describen que los vínculos amorosos tienen una estrecha relación con la historia de vida y la calidad de los vínculos con las figuras significativas, permitiendo comprender las capacidades y limitaciones de las personas para relacionarse con sus parejas. En este sentido, experiencias de abuso infantil, inseguridad o de trauma condicionarán las capacidades de amar y confiar en sí mismo y en los otros, además de influir en la capacidad de autorregular las emociones. En cambio, experiencias vinculares seguras permitirán mayor apertura a la entrega, a la aceptación de las diferencias, exigencias realistas, entre otros, pudiendo reconocer estos patrones relacionales en el grado de seguridad y disponibilidad que manifiestan las parejas en sesión.

*“...al haber vínculos saludables, confianza en los padres, las personas tendrían la capacidad de atreverse más y confiar más en los otros porque confían en sí mismo, y personas que vienen dañadas que no confían en sí mismas y les cuesta mucho confiar en los otros...” (3:7)*

Por último, la sexualidad es considerada como un aspecto vincular en el sistema de pareja, puesto que la sexualidad se desplegará sólo cuando existe una vinculación con un otro. En este sentido, la sexualidad sería un ámbito difícil de escindir de otros ámbitos de la pareja para los terapeutas entrevistados, quienes señalan que sería un continuo de conductas que van desde el tocar, arreglarse,

comunicarse, hasta el acto mismo sexual, lo cual estará inherentemente relacionado con el grado de confianza y seguridad que hayan experimentado los miembros de la pareja.

*“...yo creo que el desarrollo y la sexualidad van totalmente de la mano, no es un área ajena, entonces cuando hablamos de vincularidades, de desarrollo, de cómo yo me relaciono con los otros, mi sexualidad está siempre presente, va conmigo” (1:14).*

### 1.1.2. SUBCATEGORÍA: ESCASO CONOCIMIENTO DE LA TAA

Los terapeutas señalan tener un conocimiento general respecto a la Teoría del Apego, así como menor conocimiento de la Teoría del Apego Adulto, asociando este último a una teoría intrapsíquica, individual y determinista del comportamiento humano.

Lo anterior, ha generado un desinterés epistemológico por ahondar más en los conceptos relacionales del apego adulto, ya que, al considerar sólo los aspectos categoriales de la propuesta del apego infantil, no sería posible ser incorporados a la visión sistémica relacional y a la vez no permitirían abarcar las complejidades del trabajo con parejas.

*“... no parto por un preconcepto, por eso no me caso con la teoría del apego, en realidad no me caso con ninguna teoría intrapsíquica acerca del comportamiento humano, yo me apego a mi teoría que es relacional” (6:15).*

### 1.2 CATEGORÍA: PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS EN PAREJA.

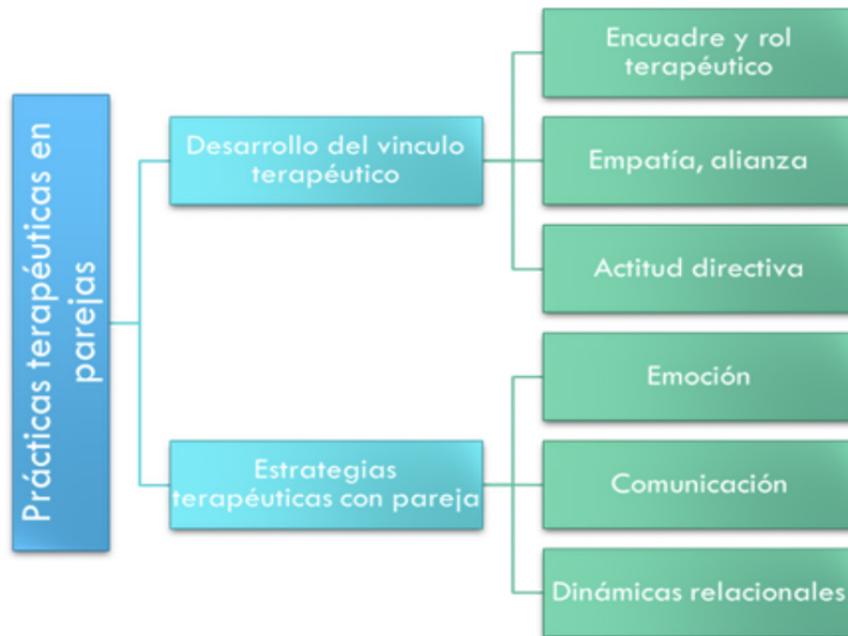


Tabla 2: Esta categoría agrupa distintos tipos de estrategias que los terapeutas realizan en su práctica clínica con parejas, destacándose las prácticas vinculares como un aspecto transversal de ellas.

#### 1.2.1 SUBCATEGORÍA: DESARROLLO DEL VÍNCULO TERAPÉUTICO.

Los terapeutas de pareja señalan que el trabajo en parejas es una de las prácticas clínicas más desafiantes y difíciles a realizar. Esto debido a la variedad de factores que intervienen en los procesos de psicoterapia, donde alta intensidad emocional, los diferentes grados de motivación, las influencias culturales de género, las altas expectativas y exigencias hacia el proceso terapéutico así como la necesidad de cambios rápidos tienen una especial relevancia para la construcción de un vínculo terapéutico seguro con las parejas. Los terapeutas describen como fundamental en su proceder práctico con parejas el desarrollo de una variedad de recursos no sólo teóricos sino también de la

experiencia clínica acumulada, para poder afianzar la confianza de la pareja que permita mantenerlos en el proceso terapéutico.

*“... los hombres suelen ser muchos más reticentes a la terapia en general y a la terapia de pareja más (...) ese aspecto es difícil, requiere poner en juego una serie de aspectos diferentes de uno mismo para poder aliarse con los dos.” (4:13)*

Del mismo modo, los terapeutas señalan que un rol de neutralidad en la alianza y respeto por ambos miembros de la pareja, así como un no enjuiciamiento e imposición de ideas personales, serían aspectos relevantes para establecer un espacio de tranquilidad y confianza, desde el cual se posibilite la construcción de objetivos y cambios realistas en la pareja.

*“... una actitud básica de respeto, de escucha, de no juicio, de intento de no aliarse con una de las partes, de ver a cada una de los integrantes de la pareja como elementos importantes y equilibrados” (5:11)*

Los terapeutas, además, señalan que su experiencia en terapia con pareja les ha servido para disminuir sus angustias frente a su rol como acompañante, lo cual les ha permitido tener una actitud más directiva con ellos, lo cual mencionan les ha ayudado a un mejor vínculo. En este sentido, se puntualiza como relevante la capacidad del terapeuta de auto observar sus sensaciones en sesión y de ir modificando su accionar según observen necesario.

*“...lo otro que ayuda en mi caso es que yo ya soy vieja, y ese es un factor extra técnico digamos pero que también es súper poderoso, muy power, cuando la gente se encuentra con alguien ya más mayor eso en sí como que les genera una cierta confianza” (6:19).*

### 1.2.2 SUBCATEGORÍA: ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS CON PAREJAS

Los profesionales señalan que las estrategias utilizadas en terapia de pareja, tienden a ser flexibles y diversas según la necesidad del caso, siendo usual la incorporación de técnicas de otros enfoques como recurso para fomentar el cambio. Entre ellas mencionan estrategias del Humanismo, de la Terapia Cognitiva Conductual, del Psicoanálisis Relacional, de la Narrativa y del Constructivismo, señalando no conocer ni utilizar elementos de las terapias basadas en el Apego.

*“... yo creo que esa es la gracia del terapeuta, que tenga un abanico donde uno tenga todo lo que está de parte de uno al beneficio del paciente y no el paciente que tiene que ajustarse. Claro porque yo, mi primera línea de trabajo que he vuelto más ahora de pregrado fue la humanista, (...) después me embarque en la sistémica... y la conductiva a mí me sirve como pa poner cositas más ajustada, y el psicoanálisis uno siempre lo tiene por formación (...) ahí voy viendo lo que a las personas les hace más sentido no más” (11:28).*

Respecto a las estrategias utilizadas por los terapeutas estarían centradas en intervenir y mejorar las formas vinculares de las parejas. Por un lado, los terapeutas mencionan dar un espacio importante a las emociones en sesión, facilitando a través de técnicas experienciales la conexión con las emociones y sensaciones, así como la expresión de estas de maneras más directas y menos conflictivas. Por otro lado, los terapeutas señalan realizar un modelaje conductual respecto a la forma en que interaccionan entre sí en sesión, de maneras que puedan implementar formas de comunicarse y escucharse con un menor nivel de sufrimiento. Por último, los terapeutas señalan utilizar la búsqueda de patrones relacionales conflictivos, tanto a través de la observación en sesión como a través de preguntas ingenuas, para posteriormente ser reflejados a las parejas instando a la aceptación y comprensión mutua de las diferencias presentes.

*“... a mí me parece súper interesante que ellos puedan tener una discusión ahí. Entonces en general yo no la freno, no la paro, dejo que se dé la discusión, por supuesto dentro de un contexto en que tenga la palabra uno, tenga la palabra el otro, y no signifique pasar a llevar a faltar el respeto pa' discutir un tema y los dejo y los dejo, les pido la palabra, cuando yo siento que han botado y les reflejo lo que aparece ahí” (7:16).*



Tabla 3: Se identifican la categoría y subcategoría que explica los aportes y limitaciones de la Teoría del Apego Adulto.

1.3.1 SUBCATEGORÍA: CRÍTICA A LA CATEGORIZACIÓN

Los terapeutas critican e identifican como limitación de la TAA la categorización y las nociones intrapsíquicas de ésta, dado que reduciría la comprensión y no lograría explicar la complejidad presente en los vínculos amorosos de las parejas. Asimismo, si bien las experiencias de cuidado y protección con las figuras significativas en la infancia son reconocidas como importantes, no serían determinantes de la conducta en la adultez, puesto que otros vínculos, el contexto presente y la complementariedad de la pareja tendrán una influencia en la calidad de las relaciones.

*“... pero las clasificaciones me son un poco difíciles de aceptar en esas cosas (...). Y cuando se trata de la vida adulta es aún más difícil porque el apego en general está descrito para la infancia, entonces, ¿Qué me queda? ¿Asumir que porque en la infancia pasó x su adultez es x? cuando yo pienso que el cambio es algo que siempre va con nosotros y que tenemos muchas posibilidades adaptativas y que, además, no somos iguales con todos” (1:4).*

1.3.2 SUBCATEGORÍA: LA VINCULACIÓN COMO ELEMENTO TRANSVERSAL

La TAA permitió hablar académicamente sobre conceptos tan importantes como el amor, los vínculos, la cercanía y la disponibilidad, elementos que los terapeutas consideran fundamentales para la comprensión de las problemáticas en las relaciones de pareja. En este sentido mencionan como aporte a su práctica clínica, el observar los vínculos de la historia de vida de las personas, la forma de vincularse que tiene la pareja entre sí y también la vinculación que realizan con el terapeuta, como recurso para potenciar la intervención.

*“... creo que ha sido un tremendo aporte y ha sido la forma más cercana que tenemos de poder hablar de los vínculos amorosos, del amor, del cariño, porque pienso que a nosotros en el mundo psicosocial nos ha costado mucho posicionarnos porque el cariño, la cercanía es tan importante en el desarrollo de las personas” (1:2).*



Tabla 4: Muestra las relaciones entre categorías, observándose la Autoobservación Reflexiva como una categoría transversal.

A partir de la revisión de los relatos y experiencia clínica de los terapeutas de pareja, se logra apreciar la *Autoobservación Reflexiva* como el recurso terapéutico que permite trabajar la complejidad presente en este tipo de terapia. La autoobservación reflexiva implicaría el análisis y revisión constante tanto de los marcos de conocimiento comprensivos utilizados, como de las estrategias clínicas elegidas. Lo anterior, es un proceso circular (y recursivo), que ha permitido la incorporación de nuevos elementos, destacando en esto la mirada vincular de la TAA como un ámbito que aporta a su comprensión sistémica y al desarrollo de estrategias vinculares que promuevan relaciones más nutritivas y seguras en el espacio terapéutico. Lo anterior, facilitaría tanto la permanencia como los cambios en los procesos de terapia.

Por otro lado, se identifica que la autoobservación reflexiva genera un tipo de conocimiento que surge desde la propia subjetividad y experiencia clínica. Esto permite la evaluación de sus propias experiencias afectivas, de su actuar y sentir en la terapia, elementos nuevos que destacan la importancia de los vínculos afectivos en la sesión entre las parejas y el terapeuta. Lo anterior, permitiría desplegar nuevas habilidades terapéuticas surgidas desde esta autorreflexión, pudiendo, desde la persona de la terapeuta, potenciar las estrategias terapéuticas ya presentes.

### 3. CODIFICACIÓN SELECTIVA

En el tercer proceso de análisis denominado codificación selectiva, emergió la categoría central que responde al objetivo general de esta investigación, referido a conocer la utilización de la TAA en la Terapia Sistémica de Pareja desde el conocimiento y práctica de los terapeutas. La categoría central de la investigación es “autorreflexión: un recurso terapéutico para abordar la complejidad de los vínculos afectivos en pareja”.

Esto implicaría que, el quehacer del terapeuta de pareja, sería consecuencia de un proceso continuo y constante de autorreflexión, el cual surgiría como un recurso anexo a los conocimientos teóricos del profesional. Esta autorreflexión permitiría incorporar un conocimiento desde la experiencia subjetiva del quehacer profesional, lo cual influiría en las decisiones que el terapeuta vaya

realizando de los elementos teóricos y prácticos a incorporar o desechar. Es en este proceso que, los terapeutas entrevistados, señalan, por una parte, no incorporar los conceptos categoriales de la TAA y, por otro lado, incorporar las nociones vinculares en las relaciones de pareja puesto que permitiría abarcar la complejidad de ésta.

#### 4. DISCUSIÓN

A raíz de los resultados expuestos con anterioridad se puede señalar que los terapeutas de pareja conocen la TA pero señalan tener poco conocimiento sobre la TAA debido a la escasa integración de esta línea comprensiva en sus formaciones. Sin embargo, consideran el apego, y más abiertamente los vínculos, como un elemento fundamental al trabajar en parejas, por lo cual mencionan que la TAA podría ser un aporte para comprender y abordar la complejidad de la terapia de pareja. De esta manera, se pasará a detallar el conocimiento y uso que tienen los terapeutas de pareja respecto a la TAA.

El concepto de vinculación utilizado en la práctica terapéutica con parejas es similar al descrito por Bowlby y otros autores desde la TAA. En este sentido se puede observar que, para los terapeutas, la vinculación sería una relación cercana y profunda con otro significativo, cuya interacción estará asociada a las necesidades que las personas tendrían en lo afectivo, y, por otro lado, Bowlby planteo la vinculación duradera y estable como una necesidad a necesidad innata donde se puede encontrar apoyo y consuelo que garanticen la protección y supervivencia (Bowlby 1969, 1980). La distinción realizada por los terapeutas es que la vinculación no necesariamente se activaría frente al peligro, sino más bien sería una práctica transversal a los distintos ámbitos de la pareja, siendo un aspecto central de la vida cotidiana de las personas.

La TA propone la importancia de la vinculación desde el nacimiento hasta la muerte (Bowlby, 1969), logrando incorporar sus postulados a las relaciones amorosas de la adultez (Hazan & Shaver, 1987). Este postulado logra ser evidenciado por los terapeutas, quienes comprenden y utilizan como hipótesis la influencia que tienen las distintas relaciones vinculares, a través de la vida, en las relaciones de pareja. En este mismo punto, se observa que los terapeutas, a pesar de no utilizar el concepto de estilos de apego en la adultez, señalan que la calidad de la relación se evidenciaría en la capacidad que tienen de amar y de confiar en otros, elementos similares a las distinciones que realizaron Hazan & Shaver (1987) respecto a los estilos de apego de adulto, los cuales se diferenciaban según las concepciones acerca del amor romántico, la disponibilidad y confianza en sus parejas y en su propia validez personal.

Asimismo, los datos obtenidos muestran que las vivencias de infancia tendrían una influencia en la sexualidad adulta y que ésta, a su vez, sería un aspecto vincular de la relación. Esto corrobora las ideas tanto de Marrone (2016) como de Vetere & Dallos (2012), quienes señalan, por un lado, que el modo en que un adulto experimenta la intimidad en pareja estará relacionado con las experiencias de su infancia, y por otro, que el apego y la intimidad se comprenden como un continuo que va de la sensualidad a la sexualidad, siendo imposible separarla de la relación de pareja (Marrone, 2016). Esto corrobora, una vez más, la idea de Bowlby respecto a que las experiencias vinculares serían importantes a través de toda la vida de las personas para el establecimiento de la calidad de las relaciones (Bowlby, 1969).

Por otro lado, se evidencia que los terapeutas despliegan variadas estrategias terapéuticas desde enfoques distintos que pueden ser integrados a la visión sistémica. En este sentido, señalan como aporte elementos técnicos del Humanismo, del Psicoanálisis Relacional, de la Terapia Narrativa, entre otras. Esta práctica coincidiría con los postulados que tanto la EFT y la TNA proponen como necesarios y enriquecedores al combinar técnicas provenientes de distintos enfoques, entre ellos Humanismo, Gestalt, Narrativo, y Constructivista que permitan expandir las respuestas emocionales (Tapia, 2001). En este sentido, ambas propuestas clínicas están a la altura de las necesidades de los terapeutas de pareja, siendo pertinente su incorporación a la práctica sistémica.

Asimismo, tanto los datos obtenidos en el presente estudio como la literatura especializada mencionan que, la utilización del terapeuta como una base segura, sería un recurso fundamental para ofrecer un espacio contenedor donde los sentimientos dolorosos se exploren con un otro sintonizado y fiable que permita el cambio (Bowlby citado en Vetere & Dallos, 2012). Por lo tanto, la incorporación de la Teoría del Apego Adulto vendría a enriquecer las estrategias de vinculación que utilizan los terapeutas, potenciando aún más el desarrollo de la vinculación segura.

Otro aspecto importante respecto a la práctica con pareja es su especial dificultad, la que incluye altas expectativas, necesidad de cambios rápidos, así como una alta intensidad emocional, pudiendo asociarse a los planteamientos de la complejidad de Morín & Pakman (1994) al presentarse como un sistema en el cual confluyen un sin número de variables interconectadas que dificulta la predictibilidad del sistema consultante y del sistema terapéutico. Esto, ha llevado a los terapeutas a priorizar el desarrollo del vínculo terapéutico, tanto para la adherencia como al proceso de cambio, coincidiendo con los postulados de Bowlby (1969) respecto a que el terapeuta se convierta en la figura que pueda otorgar seguridad para explorar los sentimientos y emociones que tienen las parejas respecto a sus dificultades relacionales.

Los terapeutas critican e identifican como limitación la categorización y las nociones intrapsíquicas de la TA puesto que se alejaría de la visión relacional complementaria que poseen los terapeutas. Esto se contradice con las propuestas más actualizadas de la TNA, la cual, al utilizar la idea de los MOI como fuente de intervención, permitiría dar cuenta de la flexibilidad, permeabilidad y permanente cambio que tienen las relaciones de pareja (Vetere & Dallos, 2012). En este sentido, los terapeutas no se encuentran familiarizados con la evolución teórica y clínica que la TA, desconociendo la complementariedad que esta manifiesta a su mirada sistémica, lo cual podría estar asociado al escaso desarrollo científico realizado en pareja en Chile, lo que reduce las posibilidades de formarse y conocer más en el área.

Para finalizar, se puede mencionar que la capacidad de autorreflexión del terapeuta en su práctica clínica permite destacar la relevancia de lo vincular presente en la TAA como parte de su abordaje teórico y práctico. Esta capacidad de autorreflexión de los terapeutas respecto a su quehacer terapéutico está íntimamente relacionada con la propuesta de Linares (2012) respecto a que el modelo sistémico otorga la posibilidad de cuestionarse a sí mismo, y permite tener en cuenta los estilos de apego del propio terapeuta y su resonancia emocional como facilitadores u obstaculizadores del cambio. Esto daría cuenta de la importancia de incorporar la TAA en las formaciones de los terapeutas de pareja, como una propuesta para entender y fomentar las experiencias de vinculación protectoras en la vida afectiva de las parejas, considerando que el trabajo con parejas aportaría a la salud mental de la población adulta en Chile.

Siguiendo ésta línea, consideramos importante proponer la necesidad de seguir ampliando este concepto inicial de la Autorreflexión, ya sea en la construcción de material práctico para la terapia de pareja como en la construcción de alguna guía o pauta de trabajo personal para el terapeuta.

## 5. CONCLUSIÓN

Se concluye que los terapeutas de pareja tienen poca información respecto a la TAA y que su utilización viene asociada a la relevancia del uso de la autorreflexión de las vivencias y experiencias del terapeuta para reconocer la propia forma de vinculación, como facilitador del cambio en la pareja. En este sentido, y al considerar el trabajo terapéutico con parejas como uno de los más difíciles de abordar, se identifica la necesidad de incorporar no solo estrategias y miradas teóricas de múltiples líneas comprensivas, sino también la propia persona del terapeuta como elemento necesario de ser constantemente revisado para su eficacia y para abordar los desafíos que presenta la complejidad del sistema. La autorreflexión de la vivencia de vinculación con otro sería clave para entender y proponer nuevas formas de relación en la pareja.

De esta forma, la autorreflexión sería un recurso que permite enriquecer la práctica clínica de parejas puesto que, no sólo los años de ejercicio condicionarán la calidad profesional, sino más bien sería la Autorreflexión de los años de ejercicio lo que permitirá mejorar la calidad del quehacer terapéutico. Asimismo, este recurso pudiese ser una herramienta entrenable con el tiempo y ejercicio profesional clínico puesto que permitiría una nueva forma de abordar los contenidos de la “persona del terapeuta” tanto en formación de pre grado como postgrado, pero sobre todo tener un recurso manejable para la revisión constante del trabajo terapéutico. En esta misma línea, la autoreflexión además podría aportar a construir el estilo terapéutico de cada profesional, al permitir explorar las vinculaciones más seguras para el propio terapeuta y de esta manera permitir mayor seguridad en el terapeuta para desarrollar e integrar las líneas de trabajo que más le acomoden y de esta manera impactar positivamente en la eficacia de sus intervenciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. & Bell, S. (1970). Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. En J. Delval, *Lecturas de psicología del niño: Las teorías, los métodos y el desarrollo temprano v. II: El desarrollo cognitivo y afectivo del niño y del adolescente* (págs. 372- 386). Madrid: Alianza.
- Ato, M; López, J J., Benavente, A; (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29, 1038-1059. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *El apego y la pérdida Vol 3: La pérdida, tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory second edition: A practical guide through qualitative analysis*. London: SAGE.
- Cócola, F. (2017). Integrando la teoría del apego al modelo sistémico, cibernético y constructivista. *Revista REDES*, 11-20.
- Crawley, J., & Grant, J. (2008). *Terapia de pareja, el yo en la relación*. Madrid: Morata.
- Dallos, R. (2006). *Terapia narrativa del apego*. Madrid: Morata.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2012). *Manual de Investigación Cualitativa VOL. I: El Campo de la Investigación Cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Flick. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 891-905.
- Greenberg, L., & Johnson, S. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.
- Guzmán, M., & Contreras, P. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *PSYKHE*, 69-82.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 511- 524.
- Johnson, S. (2008). *Práctica de la terapia matrimonial concentrada emocionalmente: creando conexiones*. Nueva York: Routledge.
- Lecannelier, F. (2009). *Apego e intersubjetividad II: Segunda parte, la teoría del apego - Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago: LOM Ediciones.

- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultra moderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Paidós.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Marrone, M. (2016). *Sexualidad. La tuya, la mía y la de los demás*. Madrid: Psimática.
- Morin, E., & Pakman, M. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- San Martín, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 104-122.
- Sarquis, C. (1995). *Introducción al estudio de la pareja humana*. Santiago: Universidad Católica de Chile
- Tapia, L. (2001). Algunas consideraciones para una terapia de pareja basada en la evidencia. *De Familias y Terapias*, 9, 7-30.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de la investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Vetere, A., & Dallos, R. (2012). *Apego y terapia narrativa*. Madrid: Morata.



## Facilitating and Hindering Factors of Intervention in Families with Multiple and Complex Problems

Maritza Jaque Alveal<sup>a</sup>, Ailin Sandoval Domínguez<sup>b</sup>, Marina Alarcón-Espinoza<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Programa de Reparación Integral en Salud (PRAIS), Temuco, Chile. maritza.jaque@gmail.com

<sup>b</sup>Departamento de Psicología Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

<sup>c</sup>Departamento de Psicología Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

### Historia editorial

Recibido: 11-07-2018

Primera revisión: 08-05-2019

Aceptado: 09-05-2019

### Palabras clave

relaciones familiares, intervención en crisis, alianza terapéutica, problemas sociales, enfoque de tratamiento interdisciplinario

### Resumen

Las necesidades de familias con problemas crónicos, múltiples y complejos requieren intervenciones especializadas para promover cambios que les permitan reanudar las funciones de cuidado y protección de sus miembros. El objetivo de esta investigación fue identificar los facilitadores y obstaculizadores de la intervención con familias que presentan problemas múltiples y complejos, desde la perspectiva de las duplas profesionales que trabajan en servicios psicosociales. El estudio utilizó un diseño cualitativo y descriptivo en el que se realizaron entrevistas específicas con profesionales de atención primaria en salud, responsabilidad penal de adolescentes y protección de niños y adolescentes en riesgo psicosocial. A través de un análisis de contenido convencional, se formaron categorías y subcategorías de resultados. Los resultados identifican a facilitadores y obstaculizadores de la familia, el equipo, la relación familia-equipo y la institución o servicio, destacando la necesidad de fortalecer la alianza terapéutica y la coordinación entre los equipos profesionales y entre servicios e instituciones que diseñan las políticas públicas que regulan las intervenciones que los equipos realizan.

### Abstract

The needs of families with multiple and complex chronic problems require specialized interventions to promote changes that allow them to resume the care and protection functions of their members. The objective of this research was to identify the facilitating and hindering factors of the intervention with families that present multiple and complex problems, from the perspective of the professional pairs that work in psychosocial services. The study used a qualitative and descriptive design in which specific interviews were conducted with primary health care professionals, criminal responsibility of adolescents and protection of children and adolescents at psychosocial risk. Through a conventional content analysis, categories and subcategories of results were formed. The results identify facilitators and obstacles to the family, the team, the family-team relationship and the institution or service, highlighting the need to strengthen the therapeutic alliance and coordination between professional teams and between services and institutions that design public policies that regulate the interventions that teams perform.

### Keywords

family relations, crisis intervention, therapeutic alliance, social problems, interdisciplinary treatment approach

Al presentarse en un sistema familiar de manera crónica múltiples y complejos problemas, es posible observar factores de disfuncionalidad, que manteniéndose por largos períodos de tiempo traspasando generaciones, han sido considerados como indicadores de multiproblematicidad, denominándose a estas familias en algún momento como multiproblemáticas. Así, aunque los términos más antiguos se basan en fragilidades o características de patología dentro de la familia, denominándolas disfuncionales; o multi asistidas, en épocas más recientes, el foco de la terminología se ha centrado en el proceso familiar denominándoles multi estresadas o multi crisis (Bodden y Dekovic, 2016).

Ahora bien, más allá de las denominaciones utilizadas, el conjunto de necesidades que poseen las familias con múltiples y complejos problemas hace que no puedan resolver por sí mismas las funciones de cuidado y protección de los hijos, con lo cual se incrementa el grado de estrés y malestar interno, el caos organizativo, la conflictividad y la agresividad respecto al exterior, produciéndose una progresiva escalada de sucesivas crisis. Esto conlleva a que en corto tiempo demanden la atención de gran cantidad de profesionales e instituciones, reforzando su dependencia y desarticulando la eficiencia de las intervenciones (Gómez, Muñoz y Haz, 2007; González, 2004; Panadés, 2001).

Las características que presentan las familias con múltiples y complejos problemas se pueden sintetizar en cuatro ejes descriptores: polisintomatología, desorganización, abandono de funciones parentales y aislamiento, que las transforman en un sistema vulnerable de alto riesgo para el desarrollo de sus miembros (Cancrini, 1997; Gómez et al., 2007; Linares, 1997). Por ello, el trabajo de los programas sociales de intervención cobra relevancia para la detección, contacto e involucramiento de estas familias mediante plataformas de apoyo y procesos de cambio que las orienten hacia modos diferentes de funcionamiento. (Gómez y Haz, 2008).

Dentro de los servicios y programas sociales que trabajan a nivel individual y familiar se encuentran la Atención Primaria en Salud (APS), Programas de Responsabilidad Penal Juvenil y distintos programas de atención a niñas, niños y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad y riesgo social, denominados Programas de Protección a la Infancia y Adolescencia.

Suárez, Muñoz y Gómez (2007), plantean las dificultades que conlleva el abordaje exitoso al trabajar con estas familias, tanto en términos de su conceptualización, involucramiento y permanencia en la intervención, como en la generación de cambios en pautas de interacción y la mantención de cambios en el tiempo.

Panadés (2001), refiere que la intervención exitosa sobrepasa las posibilidades tanto técnicas como personales de la intervención psicosocial tradicional, pues los servicios especializados de salud mental, socioeducativos y judiciales, difícilmente pueden por sí mismos dar respuestas satisfactorias, señalando además que la intervención en estas situaciones, puede llevar al estrés crónico en los profesionales. Así mismo, Gómez y Haz (2008), señalan que las teorías generales y modelos tradicionales de intervención frecuentemente resultan insuficientes para comprender y abordar las dinámicas y desafíos únicos que representa el trabajo con familias con múltiples y complejos problemas.

Aponte y Winter (1988), refieren que el enfoque ecosistémico sería el más idóneo para intervenir, puesto que considera el contexto en que se generan los problemas de la familia, su organización, creencias y valores, así como los recursos de la comunidad. Escartín (2004), enfatiza que conocer estos aspectos es fundamental para no caer en reduccionismos simplistas y en errores de juicio. Del mismo modo, Panadés (2001) señala que la óptica relacional-sistémica permite ampliar el foco de análisis e intervención al ecosistema donde se generan, desarrollan y frecuentemente se cronifican de manera transgeneracional los problemas de estas familias.

Coletti (1997), destaca la utilidad de un trabajo que reúna a dos operadores por cada caso, y que estos trabajen juntos en cada fase de la intervención, en tal sentido subraya que el apoyo emotivo mutuo que se obtiene del trabajo en dupla es un instrumento eficaz para el trabajo con la familia.

Gómez et al. (2007), señalan que en la intervención con estas familias deben considerarse tanto las problemáticas como los recursos, co-construir un foco de intervención y aprender a leer los pequeños avances y resaltarlos. Por tanto, una de las actitudes fundamentales de quienes intervienen, a la hora de acercarse a la familia es el poder considerarlas, no solo como parte del problema, sino que como parte de la solución, tratando de identificar en primer lugar los recursos con que cuentan (González, Vandemeulebroecke y Colpin, 2001).

De esta manera, la percepción que los profesionales tengan y la identificación de los recursos existentes en el sistema familiar, implica para los sistémicos la posibilidad de visualizar y movilizar los cambios necesarios en el funcionamiento del sistema familiar y de cada uno de sus miembros; al respecto Panadés (2001), señala que el tipo de intervención con una familia con múltiples y complejos problemas, dependerá y tendrá características diferenciales según el contexto profesional de cambio desde el cual se lleva a cabo, planteándose por tanto eventuales diferencias y especificidades en los abordajes desde el ámbito de salud o justicia.

Lamas (1997), define el contexto profesional de cambio como el marco que se establece entre el profesional y el cliente que permite dar significado a una serie de intercambios comunicacionales. Un factor que podría complicar la intervención aparece cuando se interviene con distintas metas y/o enfoques institucionales, pudiendo generar contradicciones en la intervención con una misma familia, así como asincronía en los tiempos en que se considera deben afrontarse los problemas. Panadés (2001), refiere que estas familias se caracterizan por un desajuste permanente y crónico con los profesionales y servicios que atienden sus necesidades: ni la familia se adapta al prototipo de oferta asistencial y a la organización de los servicios, ni éstos se adaptan a las características y modo de funcionamiento de la familia.

En el sistema compuesto por familia y servicios profesionales, se puede establecer una dinámica de relación generadora de cambios o inmovilismos tanto para unos como para otros (González, 2004). En muchas ocasiones existe escasa o nula concordancia entre los objetivos de la familia y los objetivos de los profesionales y servicios intervinientes, además es frecuente que se produzca desconfianza mutua, la familia se muestra desconfiada respecto de los servicios ya que estas las estigmatizan; y éstos servicios desconfían de que las familias sean capaces de salir de su situación (Escartín, 2004; González, 2004).

En cuanto a lo que ocurre con los equipos profesionales al intervenir González (2004), señala que el trabajar con estos casos supone un importante desgaste para el profesional, ya que la exposición a vivencias y emociones sería muy intensa. Coletti (1997) por su parte, describe algunas reacciones emocionales que se generan en los profesionales señalando la angustia de la espera de los cambios en las familias, la ansiedad de la cronicidad frente a las problemáticas y la vivencia de inmodificabilidad de la situación. Estas reacciones crean sentimientos de rendición y de resignación que pueden terminar en indiferencia y en repetir las intervenciones sin reflexión. Así también Panadés (2001), afirma que el cúmulo de tensión y problemas que presenta una familia con estas características suele ser de tal gravedad y de tan diversa índole (salud, economía, educación, justicia, vivienda, relaciones interpersonales, entre otros), que el profesional puede sentirse sobrepasado técnica y emocionalmente en sus capacidades de solución. Esto trae como consecuencia fenómenos de estrés crónico o síndrome de burnout, lo que se puede ver reflejado en dinámicas de burocratización al interior de los servicios, rigidez para adaptarse a las características y necesidades de los usuarios, visión de los casos centrada en los problemas y carencias, así como aumento de conflictos relacionales al interior de los equipos o con profesionales de otros servicios.

Como modo de hacer frente a las situaciones anteriormente descritas, se señala que la supervisión de casos favorece que emerja el material emotivo que obstaculiza la intervención y resulta de gran ayuda para evitar situaciones de desgaste, de agotamiento, de aparición del síndrome de burnout, a la vez que sirve para mejorar la competencia profesional y la calidad del servicio (Coletti, 1997; González, 2004; Linares, 1997).

Considerando lo expuesto, Gómez et. al. (2007), mencionan que se hace necesario estimular la investigación sobre las características específicas que adopta la familia con múltiples y complejas dificultades en estos contextos, para retroalimentar a los encargados de las políticas públicas, de la administración de las organizaciones sociales y a los equipos profesionales que intervienen directamente, y de este modo intentar mejorar el diseño de los programas y la intervención profesional, desarrollando conocimientos y herramientas profesionales específicas a estos desafíos (Gómez y Haz, 2008).

Por lo anterior, el presente estudio ha buscado conocer las características que facilitan y obstaculizan la intervención, con familias que presentan múltiples y complejos problemas, desde la perspectiva de duplas profesionales que trabajan en los servicios psicosociales chilenos.

## 2. MÉTODO

### DISEÑO

La investigación se realizó desde el enfoque cualitativo con un carácter descriptivo, a fin de obtener una aproximación empírica y comprensiva del fenómeno de interés, a través de las expresiones subjetivas de los sujetos de investigación, logrando con ello una mayor comprensión de sus experiencias (Callol, Colacios, Larburu y Ramires, 2002), respecto a los facilitadores y obstaculizadores en los procesos de intervención.

### PARTICIPANTES

La muestra estuvo compuesta por tres duplas de profesionales que incorporaron un profesional psicólogo, un asistente social y/o técnico psicoeducador, con experiencia en intervención con familias con múltiples y complejos problemas, en instituciones de atención psicosocial de Chile. Los participantes pertenecían a equipos que se desenvuelven en tres servicios diferentes: Atención primaria en salud pública, Programa de responsabilidad penal juvenil que atiende a jóvenes derivados por tribunales por una sanción y Programa de protección de derechos de infancia y adolescencia que atiende a niños y jóvenes en situación de riesgo psicosocial. El muestreo fue de caso típico, considerándose como criterios de inclusión que se tratara de una dupla profesional de cada programa, con experiencia de, al menos tres años, en intervención con familias con múltiples y complejos problemas en un mismo servicio.

### TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de los datos se utilizó una entrevista focalizada cuyos tópicos centrales fueron: identificación de los participantes en cuanto a su especialización y experiencia laboral, descripción desde los participantes, de facilitadores y obstaculizadores en los procesos de intervención, y reflexiones respecto a las condiciones necesarias para una intervención óptima con estas familias.

### PROCEDIMIENTO

Para la obtención de los datos se contactó a tres duplas de intervención psicosocial que cumplieran los criterios de inclusión, a los cuales se les solicitó su participación a través de un consentimiento informado, invitándoseles a participar voluntariamente, asegurándoseles la confidencialidad de los datos tanto personales como laborales.

Se realizó una sesión de entrevista con cada dupla de trabajo de una hora aproximadamente siendo registradas por medios magnetofónicos. Posterior a las entrevistas se realizó una transcripción literal de la información otorgada por los participantes. Finalmente, se dio a conocer a los participantes los principales hallazgos de la investigación.

Se realizó un análisis de contenido convencional, que consideró la lectura de las entrevistas realizadas, un proceso de codificación y posterior clasificación en categorías, las que fueron agrupadas en núcleos de significado para posteriormente ser organizadas en diagramas que permitieron explicar y dar cuenta del fenómeno (Hsieh y Shannon, 2005). Para reguardar el rigor metodológico, el proceso de análisis contempló triangulación por investigador y experto docente del área de la psicología. Se utiliza como criterio la saturación de contenido, la que se alcanza cuando hay redundancia en la información (Castillo y Vásquez, 2003).

### 3. RESULTADOS

Las duplas entrevistadas corresponden a profesionales entre 27 y 40 años de edad, cuya experiencia laboral en el equipo de intervención actual fluctúa entre 3 y 6 años; en todas las duplas al menos uno de los integrantes ha realizado formaciones de post-título a fin de especializarse en el abordaje de problemáticas psicosociales.

Para dar respuesta al objetivo de la presente investigación, se presentan los resultados agrupados en dos árboles de categorías: 1. Facilitadores de la intervención y 2. Obstaculizadores de la intervención.

En relación a los 1. Facilitadores de la intervención, (ver Figura 1) se identifican cuatro categorías: Facilitadores provenientes de la 1.1. Familia, del 1.2. Equipo, de la 1.3. Relación familia-equipo y de la 1.4. Institución.

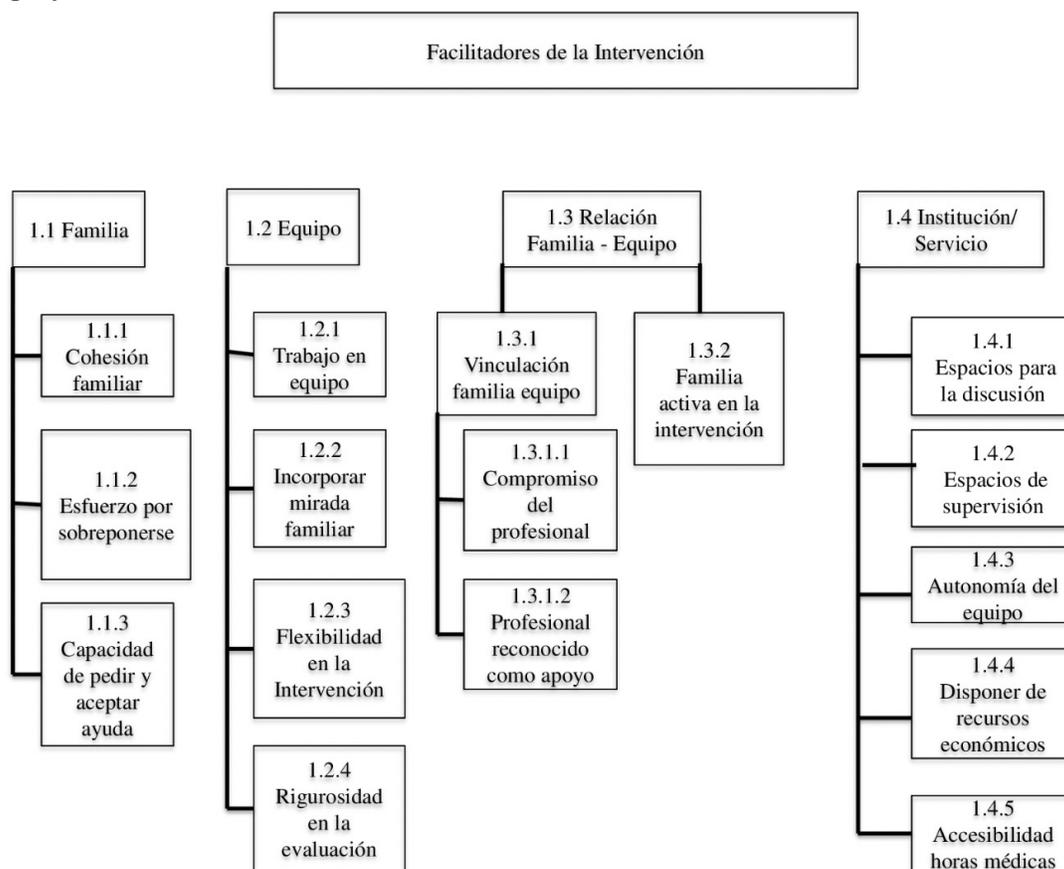


Figura 1: Árbol de categorías y Sub categorías correspondiente a facilitadores de la Intervención

En la categoría 1.1. Familia, definida como los recursos de la familia que favorecen la intervención, se encuentran tres subcategorías 1.1.1. Cohesión familiar, referida a la relación emocional

que algunos de los miembros tienen entre sí y que favorecen la vinculación; 1.1.2. Esfuerzo por sobreponerse, alude a una disposición positiva de la familia orientada a la superación de problemáticas que enfrenta; y 1.1.3. Capacidad de pedir y aceptar ayuda, entendida como la capacidad para buscar ayuda que le permita enfrentar de mejor modo sus problemáticas o bien la aceptación de apoyo cuando éste no es solicitado espontáneamente.

En la categoría 1.2. Equipo, definida como aspectos asociados a los equipos que facilitan la intervención, se divide en cuatro subcategorías: 1.2.1. Trabajo en equipo, referido a la organización del equipo que permite el logro de objetivos en común que se manifiesta en capacidad de coordinación, apoyo entre los profesionales que intervienen, buena comunicación, toma de decisiones en conjunto, expresión y contención emocional.

La segunda subcategoría es 1.2.2. Incorporar mirada familiar, señalada por las duplas de trabajo en Salud y en Programa de Protección, se refiere a que los profesionales amplían la mirada de lo individual a lo familiar. La tercera subcategoría es 1.2.3. Flexibilidad en la intervención, definida como la capacidad del equipo de incorporar cambios durante el proceso de intervención, tanto en estrategias como en objetivos, para adecuarse de mejor manera a las necesidades de ese proceso particular, esta subcategoría fue señalada por la dupla de trabajo en Programa de Protección. La cuarta subcategoría es 1.2.4. Rigurosidad en la evaluación, la cual se define como la aplicación de instrumentos psicométricos específicos a los adolescentes como parte del proceso de intervención, esta última fue señalada por la dupla de trabajo en Responsabilidad Penal Juvenil.

La tercera categoría es favorecedores que provienen de la 1.3. Relación familia-equipo, definido como los aspectos asociados a la relación de los miembros del equipo con la familia que favorecen la intervención. Esta se compone de dos subcategorías: 1.3.1. Vinculación familia-equipo y 1.3.2. Familia activa en la intervención. La primera se define como el establecimiento de un vínculo entre la familia y el equipo caracterizado por empatía hacia la familia y confianza hacia el profesional. Esta subcategoría se divide en: 1.3.1.1. Compromiso del profesional, definido como la actitud del profesional en relación al trabajo con la familia, donde se muestra disponible para satisfacer demandas asociadas a su rol en la intervención y que en ocasiones se dan fuera de los tiempos y espacios formales de la institución. Esta es señalada por la dupla de trabajo en Responsabilidad Penal juvenil y la dupla de Programa de Protección. 1.3.1.2. Profesional reconocido como apoyo, referido por la dupla que trabaja en Responsabilidad Penal juvenil, se define como situación en que la familia visualiza al profesional como alguien que le puede prestar ayuda para enfrentar algunas situaciones.

La segunda subcategoría denominada 1.3.2. Familia activa en la intervención, se refiere a la disposición de la familia a ser partícipe del proceso, co-construyendo con el equipo aspectos centrales de la intervención, como los objetivos de esta, fue referida por la dupla del Programa de Protección.

La cuarta categoría corresponde a los favorecedores que provienen de la 1.4. Institución, la categoría se define como el establecimiento de acciones desde la organización de la institución que permiten un mejor abordaje de los casos. Dentro de esta se definen cinco subcategorías: 1.4.1. Espacios de discusión, referido a las instancias donde el equipo puede reunirse para analizar los casos, 1.4.2. Espacios de supervisión, se refiere a las instancias donde se supervisan los casos con un recurso externo al equipo, mencionado por las duplas de trabajo en Salud y en Programa de Protección; 1.4.3. Autonomía del equipo, definido como la libertad que posee el equipo para disponer de su tiempo y recursos; 1.4.4. Disponer de recursos económicos, referido a disposición que posee el equipo de recursos para realizar sus intervenciones, como por ejemplo movilización para salidas a terreno, subsidios de movilización para la familia y otros beneficios de ayuda a los beneficiarios. La última subcategoría es 1.4.5. Accesibilidad de horas médicas, que se define como la disponibilidad de acceso a horas de especialistas médicos para poder derivar a miembros de la familia que requieren dicha intervención. Estas tres últimas subcategorías son señaladas por la dupla del Programa de Protección.

En relación al segundo árbol de categorías denominado 2. Obstaculizadores de la Intervención (ver Figura 2), se identificaron tres categorías: Obstaculizadores provenientes de la 2.1. Familia, de la 2.2. Relación Familia-Equipo y de la 2.3. Institución.

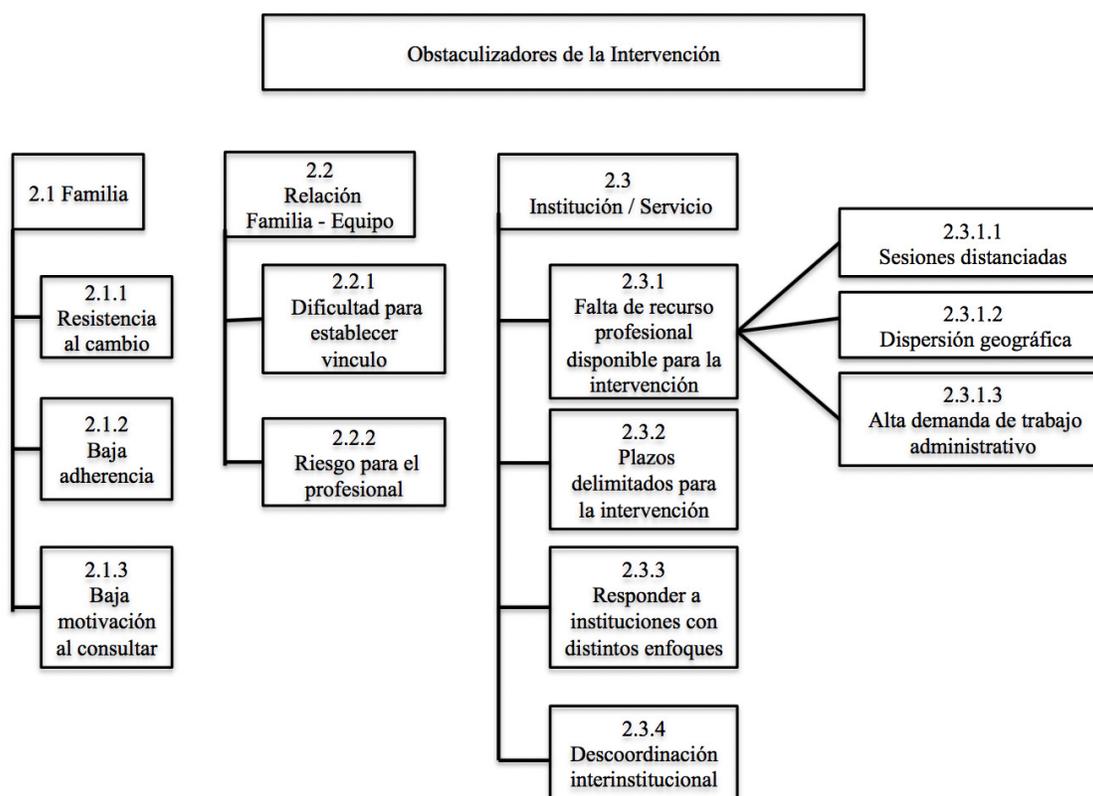


Figura 2: Árbol de categorías y subcategorías correspondiente a obstaculizadores de la intervención.

La primera categoría, 2.1. Obstaculizadores de la Familia, posee tres subcategorías: 2.1.1. Resistencia al cambio, referido a cuando las dinámicas internas de la familia tienden a estabilizar su situación disfuncional, señalado por las duplas de Salud y del Programa de Protección; 2.1.2. Baja adherencia, alude al bajo compromiso mostrado por la familia con el proceso de intervención, manifestado en ausentismos en las sesiones, referido por las duplas de trabajo en Salud y en Responsabilidad Penal Juvenil; 2.1.3. Baja motivación al consultar, refiriéndose al bajo interés de la familia al inicio de la intervención, señalado por la dupla de Salud.

En la segunda categoría de obstaculizadores provenientes de la 2.2. Relación familia-equipo, existen dos subcategorías: 2.2.1. Dificultad para establecer vínculos, señalándose la dificultad para establecer relaciones de confianza entre la familia y el profesional, mencionado por las duplas de trabajo en Salud y en Responsabilidad Penal Juvenil. 2.2.2. Riesgo para el profesional, se refiere al riesgo existente por exponerse a contextos familiares violentos o bien a barrios donde hay mayor delincuencia, señalado por la dupla de Responsabilidad Penal Juvenil.

En la tercera categoría referida a los obstaculizadores asociados a la 2.3. Institución, se encuentran cuatro subcategorías: 2.3.1. Falta de recurso profesional disponible para intervención, que se refiere a la necesidad de más horas profesionales para responder a la demanda de usuarios. Esta subcategoría de compone de: 2.3.1.1. Sesiones distanciadas, refiriéndose al tiempo transcurrido entre una sesión y otra, el que se prolonga debido a la alta demanda y falta del profesional, la cual fue señalada por dupla de Salud y de Responsabilidad Penal Juvenil, 2.3.1.2. Dispersión geográfica, que se refiere a la distancia en que se encuentran las localidades de pertenencia de la población atendida, por lo que el interventor debe destinar gran parte de sus horas para el desplazamiento cuando debe realizar intervenciones domiciliarias, y 2.3.1.3. Alta demanda de trabajo administrativo, referida a

la utilización de gran parte de las horas de intervención en trabajo administrativo asociados a distintos tipos de registro, estas dos últimas señaladas por la dupla de Responsabilidad Penal Juvenil. La segunda subcategoría dentro de obstaculizadores provenientes de la Institución, se denomina 2.3.2. Plazos delimitados de la intervención, señalándose que el tiempo de duración del proceso de la intervención es menor del requerido por la familia, referido por la dupla de Salud y del Programa de Protección. La tercera subcategoría se denomina 2.3.3. Responder a instituciones con distintos enfoques se refiere a que un mismo equipo de trabajo está supeditado a dos instituciones distintas las cuales poseen diferentes enfoques que orientan el trabajo a distintos objetivos, esta subcategoría es señalada por la dupla del Programa de Protección. La cuarta subcategoría es 2.3.4. Descoordinación interinstitucional, señalándose la poca coordinación que existe entre los diferentes equipos que intervienen un mismo caso, esta última referida por la dupla de Responsabilidad Penal Juvenil.

#### 4. DISCUSIÓN

Un denominador común observado al revisar tanto los facilitadores como los obstaculizadores en la intervención con familias con múltiples y complejos problemas, es la relación con el vínculo que se ha de establecer entre la familia y los profesionales. En relación a los facilitadores provenientes de la familia, se puede señalar que las tres subcategorías, cohesión familiar, esfuerzo por sobreponerse y capacidad de pedir y aceptar ayuda, denotan el interés de la familia por movilizar los cambios necesarios. Así mismo, en los facilitadores provenientes de la relación familia equipo, destaca el compromiso del profesional, cuando éste es reconocido por la familia como un apoyo para ellos. En este mismo sentido, dentro de los obstaculizadores de la intervención aparecen los relacionados con la categoría familia donde se encuentra resistencia al cambio, baja adherencia y baja motivación al consultar.

Estas tres subcategorías se podrían asociar con dificultades al momento de generar estrategias de intervención que promuevan los cambios esperados, ya que se traducen en inmovilismos, ausentismo y poco interés por la intervención. Lo anterior, sin dudas al ser percibido por las duplas entrevistadas como un obstaculizador de la intervención que dificulta la vinculación con las familias, podría ocasionar en los profesionales las emociones descritas por Coletti (1997) y Linares (1997) como la angustia de la espera de los cambios en las familias, la ansiedad de la cronicidad frente a las problemáticas y la vivencia de inmodificabilidad de las situaciones, lo que según los autores puede generar sentimientos de rendición perjudicando la intervención y la búsqueda de estrategias para enfrentar de mejor modo las dificultades del proceso.

Los aspectos descritos, llevan a plantear la necesidad de conjuntamente favorecer la alianza terapéutica lo que coincide con lo señalado por Santibáñez, Román, Lucero, Espinoza, Iribarra y Müller, (2008), quienes plantean que los sentimientos y actitudes de los participantes y el cómo estos se conjugan en el proceso de psicoterapia serían el aspecto central basado en la confianza y en el compromiso del consultante y el terapeuta hacia el proceso.

Al respecto, es importante recordar que dicha vinculación se realiza tanto con los adultos como con los niños, niñas y adolescentes de las familias, para quienes Muela, Balluerka, Torres-Gómez, y Gorostiaga (2015), plantean que un objetivo esencial de la intervención ha de perseguir el cambio en sus modelos y patrones relacionales y que tal modificación resulta viable en el marco de una experiencia relacional diferente que permita cuestionar los modelos y estilos de relación pre-existentes.

Al respecto, las duplas de protección de niños, niñas y adolescentes y de responsabilidad penal juvenil, enfatizan su compromiso hacia el proceso y la familia a través de una disponibilidad que en ocasiones va más allá de los tiempos y espacios regulares de la atención. Esta disponibilidad a la vez se vincula con la motivación que poseen los profesionales por el trabajo en el cual se desempeñan. Se podría considerar que la motivación que poseen los profesionales que trabajan con las

familias, es percibido por ellas a través de las acciones de los miembros del equipo y valorado como compromiso de parte del profesional facilitando la vinculación entre familia y equipo, lo cual de acuerdo a lo mencionado por Panadés (2001), facilita el cambio ya que permite una actitud de aceptación y de empatía, transmitiendo confianza en la propias posibilidades y reforzando los aspectos más funcionales de la familia.

No obstante, el desgaste al que se exponen los equipos en ocasiones puede traer como consecuencias el estrés crónico, observándose la necesidad de cuidar a los equipos para protegerlos del burnout y así garantizar una mejor intervención (González, 2004; Panadés, 2001). Coletti (1997), González, (2004) y Linares (1997) señalan que una de las estrategias para enfrentar el desgaste, el agotamiento y el estrés crónico, así como también para mejorar las competencias profesionales, es la supervisión. Esto concuerda con los resultados, en la categoría de los facilitadores provenientes de la institución, donde se destacan los espacios de discusión, señalados por las tres duplas y espacios de supervisión externa, señalado por dos de las duplas.

De esta forma, el que los profesionales trabajen en equipos y sean a su vez supervisados ha de contribuir a que en el proceso de intervención, a pesar de las múltiples y complejas dificultades se tenga presente el compromiso de la familia con la intervención pues, como señalan Gómez et al. (2007) y González et al. (2001), el visualizar recursos familiares puede ayudar a los profesionales a construir con la familia objetivos que tengan sentido para la familia, y para el equipo profesional, realizando una optimización de esfuerzos conjuntos que conlleven a los cambios necesarios para el esperado bien estar de las familias. El centrarse solamente en las dificultades que se observan en las familias con múltiples y complejos problemas, dejando de lado los recursos con que cuentan, podría llevar a perder de vista aspectos centrales que favorecen la relación terapéutica y por ende que dificultaría más aún el proceso de intervención y la consecución de los cambios que se esperan como resultado.

En cuanto a la categoría de facilitadores del equipo las tres duplas valoraron el trabajo en equipo como facilitador de la intervención, lo que es coherente con lo planteado por Coletti (1997), respecto a la necesidad de atender a las reacciones emocionales de los profesionales en lo cual el apoyo otorgado por un buen trabajo en equipo ha de ser fundamental. La elevada cantidad de dificultades con que acude la familia a intervención y las emociones a las cuales se expone el profesional, como señala González (2004) desgastan a quienes intervienen con estas familias, por lo que el poder contar con el apoyo de un supervisor(a) tanto a nivel emocional como en lo que se refiere a analizar acciones y decisiones en torno al trabajo con la familia, favorece la intervención y puede disminuir las posibilidades de que los interventores sufran del fenómeno de estrés crónico. Así mismo, la inclusión de las diferentes miradas disciplinarias es valorada por las duplas como facilitador que permite enriquecer las formas de abordar las distintas problemáticas familiares, lo que lleva a los equipos a trabajar no solo en duplas sino también interdisciplinariamente, complementando las posibilidades de trabajo con las familias y los distintos ámbitos de dificultad que presentan. De esta forma, se otorga mayor coherencia a la intervención, permitiendo abordajes mas integrales y por lo tanto, más pertinentes y efectivos.

El que exista capacidad de coordinación en el equipo, donde se establezcan adecuados canales de comunicación y relaciones de apoyo, donde los miembros no se encuentren aislados y tengan la capacidad de organizarse, son características que poseen los sistemas funcionales y a la vez son consideradas en este estudio como facilitadoras de la intervención, por tanto el sistema equipo que contiene al sistema familiar, tendría que poseer estas características para que contenga de mejor manera las crisis, la inestabilidad y la desestructuración que presente la familia en un momento determinado.

Otra subcategoría dentro de facilitadores del equipo es incorporar la mirada familiar, lo cual es coherente con lo planteado por Aponte y Winter (1988), respecto a la idoneidad del enfoque sistémico para estas intervenciones, que considerando el contexto familiar, atiende los múltiples y complejos problemas observados en una familia.

Al respecto es relevante considerar que dos de las tres duplas, quienes trabajan en atención primaria en salud y en la red de protección de niñas, niños y adolescentes, tienen lineamientos técnicos que señalan el enfoque familiar como necesario para la intervención, poseen orientaciones programáticas que vuelcan la mirada a las familias, los contextos y los recursos comunitarios para desarrollar las intervenciones. Sin embargo, la tercera dupla que trabaja con infractores de ley, interviene desde diversos enfoques incluyendo la mirada sistémica, enfoques psicoeducativos, jurídicos y criminogénicos. Desde la perspectiva de esta dupla, se aprecia que en su campo y los contextos profesionales en los que se desenvuelven, es menos valorado el trabajo con la familia, y aunque igualmente se incorpora, se demanda un trabajo más individual con el adolescente.

Por lo anterior, se puede observar que al vincular la intervención al área de justicia penal, se dificulta la incorporación de la mirada relacional sistémica, buscando la responsabilización de los adolescentes por sus conductas de un modo más individual, lo que si bien se estima necesario respecto al desarrollo moral de éstos jóvenes, pudiera implicar el perder de vista aspectos asociados a la organización familiar, los estilos relacionales y las formas de vincularse de la familia con el entorno, que podrían aportar a una mejor comprensión del fenómeno conductual del adolescente con el cual se está interviniendo, y por tanto mejorar las estrategias de abordaje para alcanzar los objetivos planteados, previniendo otras dificultades con el adolescente y/o con otros miembros de la familia. Al respecto, Restrepo, Chesin y Jeglic (2016) estudiando la relación entre situaciones de abuso en la infancia y conductas de riesgo en la adolescencia plantean la necesidad de trabajar con miembros de la familia del adolescente para fortalecer los lazos entre los miembros de la familia y proporcionar habilidades de resolución de conflictos ayudando a desarrollar y mejorar la dinámica familiar.

En cuanto a los obstaculizadores que se encuentran relacionados con los servicios institucionales aparece la falta de recurso profesional disponible para intervención, plazos delimitados de la intervención y descoordinación interinstitucional. Estos resultados se traducen en dificultades asociadas a los tiempos que poseen los interventores para realizar los procesos con la familia, ya sea en relación a la regularidad de las sesiones y la posibilidad de realizar acciones en plazos oportunos, como también el concepto del tiempo de duración de todo el proceso.

Además se señala la falta de cooperación entre servicios, que permita coordinar objetivos de intervención, cuando más de uno de estos servicios debe atender a una misma familia. Se observa que las exigencias metodológicas de intervención que vienen dadas por los distintos servicios y/o implementación de orientaciones técnicas específicas de cada uno de ellos, en ocasiones no logra ajustarse a las necesidades que este tipo de intervención altamente compleja presenta, lo cual incluiría intervenciones más frecuentes, mayores plazos para los procesos, fase motivadora del cambio más prolongada, flexibilidad para incorporar cambios durante el proceso de intervención tanto en estrategias como en los objetivos de los planes de trabajo con cada familia y acciones destinadas a coordinar las intervenciones con otros operadores que atienden a la misma familia. El desafío, entonces, se encuentra en que la metodología de intervención sea coherente con los requerimientos de una intervención especializada en intervenciones con familias que presentan problemas múltiples y complejos.

Al respecto, surge el interés por indagar respecto a las coordinaciones entre equipos profesionales que trabajen en territorios delimitados por un largo tiempo, y donde tanto familias como profesionales sean partícipes en procesos donde el foco sea el desarrollo de su comunidad, ya que, como Dávila de León y Finkelstein (2016) plantean, al observar conductas pro sociales y de cooperación en intervenciones sociales se releva la importancia de la pertenencia al grupo y el sentirse implicados en su desarrollo.

Dentro de las limitaciones de este estudio se pueden señalar que sólo se considera la percepción desde las duplas de trabajo respecto a los facilitadores y obstaculizadores de la intervención. Sería interesante conocer las percepciones de las familias con respecto a sus procesos de cambio y a qué los atribuyen, así como desde las instituciones / servicios, abordando cómo sus metodologías y orientaciones técnicas contribuyen o dificultan el logro de las metas propuestas para el trabajo con

las familias de elevada complejidad y cómo los equipos logran ajustarse o no a este tipo de desafíos.

Así mismo y tal como lo plantean Corrêa, Ribeiro, Pinto, y Teixeira (2016), se observa la importancia de profundizar el estudio relativo a los procesos de alianza terapéutica, identificando y analizando en conjunto familias y profesionales las estrategias más receptivas y generadoras de cambios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aponte, H. y Winter, J. (1988) . La persona y práctica del terapeuta. Tratamiento y entrenamiento. *Revista Sistemas Familiares*, 4(2), 2-15.
- Bodden, D., Dekovic, M. (2016). Multiproblem Families Referred to Youth Mental Health: What's in a Name?. *Family Process*, 55(1), 31-47. doi: 10.1111/famp.12144.
- Callol, A., Colacios, L., Larburu, I., y Ramires, C. (2002). *Trastornos afectivos: Estudio exploratorio de los factores relacionales y aproximación a una posible intervención familiar diferenciadora*. Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Castillo, E., Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167.
- Coletti, M. y Linares, J. L. (1997). Las Emociones del Profesional. En M. Coletti, J.L. y Linares (compiladores), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella* (pp. 201-222). Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Corrêa, A., Ribeiro, E., Pinto, P. y Teixeira, A., (2016). Therapeutic Collaboration and Signi cant Events to the Client's change: A Systematic Review. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(1), 49-60.
- Dávila de León, M. y Finkelstein, M. (2016). Comportamiento de ciudadanía organizacional y bienestar. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(1), 35-48.
- Escartín, M. J. (2004). Familias multiproblemáticas y servicios sociales. *Bits*, 6, Recuperado de <http://www.uclm.es/bits/sumario/28.asp#8>
- Gómez, E. y Haz A.M. (2008). Intervención Familiar Preventiva en Programas Colaboradores del SENAME: La Perspectiva del Profesional. *Psykhé*, 2, 53-65.
- Gómez, E., Muñoz, M.M; y Haz, A.M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención, *Psykhé*, 16, 43-54. doi: 10.4067/S0718-22282007000200004
- González, M., Vandemeulebroecke, V. y Colpin, H. (2001). *Pedagogía familiar. Aportes desde la teoría y la investigación*. Montevideo: Trilce.
- González, V. (2004). Familias multiproblemáticas. Dificultades de abordaje. *Revista de Trabajo Social*, 6, 145 -156.
- Hsieh, H., Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.
- Lamas, C. (1997). Los primeros contactos. En M. Coletti, J.L. y Linares (compiladores), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella* (83-124). Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Linares J.L. (1997). El modelo sistémico y la familia multiproblemática. En M. Coletti, J.L. y Linares (compiladores), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella* (pp. 44 -45). Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Moncada, L. (2007). *Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas*. Tesis Doctoral en Psicología. Universidad de Chile: Santiago de Chile.
- Panadés, C. (2001). *Familias y Servicios Multiproblemáticos*. Barcelona: Noos Psicoterapia. Recuperado de <http://www.cop.es/colegiados/b-00085/escritos/articulos/multiproblematicas>. HTML

- Muela, A., Balluerka, N., Torres-Gómez, B., y Gorostiaga, A. (2016). Apego romántico en adolescentes maltratados en su niñez. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(1), 61-72.
- Restrepo, D., Chesin, M. y Jeglic, E. (2016). The Relationship between Social Maladjustment, Childhood Abuse and Suicidal Behavior in College Students International. *Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 235-248.
- Rodríguez, M. (2003). La familia multiproblemática y el modelo sistémico. *Portularia*, 3, 89-115.
- Santibáñez, P., Román M., Lucero C., Espinoza A., Iribarra D., y Müller P. (2008). Variables inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89-98.
- Suárez, N., Muñoz, M., y Gómez E., (2009). Terapia de interacción guiada: Una nueva modalidad de Intervención con Familias Multiproblemáticas y en Riesgo social. *Terapia Psicológica*, 27, 203-213.

# Experiencias de vida de ser mamá sola de 10 mujeres que viven en la Zona Metropolitana de Guadalajara

## Life Experiences of Being a Single Mother of Ten Women Living in the Metropolitan Area of Guadalajara

Este artículo es una versión mejorada de una Ponencia presentada en el Coloquio de Investigación: Lenguajes, competencias investigativas y terapia familiar, llevado a cabo en agosto de 2018 en Guadalajara.

**Irasema Viedas Madrid<sup>a</sup>, Bernardo Enrique Roque Tovar<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Universidad del Valle de Atemajac, Guadalajara. Email: irasemaviedas@gmail.com

<sup>b</sup>Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente

### Historia editorial

Recibido: 23-05-2019

Primera revisión: 03-06-2019

Aceptado: 10-06-2019

### Palabras clave

madre sola, modelo narrativo, relatos dominantes

### Resumen

La presente investigación se centra en el estudio de las experiencias vividas por madres solas, que refiere al grupo de mujeres que por distintas razones ejercen su maternidad sin una pareja. El objetivo general fue describir sus vivencias desde su propia interpretación, por lo que se utilizó un enfoque cualitativo desde la fenomenología y las historias de vida de las mujeres participantes que radican en la Zona Metropolitana de Guadalajara. Se describen las dificultades que experimentaron, como las complicaciones en la situación económica, la discriminación, así como una constante estigmatización de la soledad. Se explica un sentido del deber como madres solas y los recursos de afrontamiento desarrollados, elementos vitales en esta vivencia. Finalmente, la teoría de la terapia narrativa también sirvió de base para encontrar una historia dominante de las madres solas, en la cual su vivencia relatada empezaba con una variedad de adversidades y finalizaba con un relato de una vivencia de empoderamiento.

### Abstract

The present investigation focuses on the study of the experiences lived by single mothers, which refers to the group of women who, for different reasons, perform their motherhood without a partner. The general purpose of this study was to describe their experiences from their own interpretation, so a qualitative approach was used from the phenomenology and life stories of the participating women who live in the Metropolitan Area of Guadalajara. They describe the difficulties they experienced, such as complications in the economic situation, discrimination, as well as a constant stigmatization of loneliness. It explains a sense of duty as single mothers and developed coping resources, vital elements in this experience. Finally, narrative therapy theory served as a basis for finding a dominant story of single mothers/moms alone, in which their lived experience began with a variety of complications and ended with a story of an empowering experience.

### Keywords

single mother, narrative model, dominant stories

*Mamás solas* se refiere al grupo de mujeres que por distintas razones ejercen su maternidad sin una pareja, ya sea porque están divorciadas, separadas, son viudas, son mamás solteras que generalmente nunca vivieron con el padre de su hijo, también mujeres que decidieron estar solas por elección y optaron por la adopción o la inseminación artificial, y mujeres que se hicieron cargo de su hogar y familia cuando su esposo o pareja se fueron a trabajar al extranjero y su figura se convirtió ausente (Lujambio, 2007). Definido este concepto, esta investigación da inicio con la premisa de que las mamás solas comparten una interpretación de su experiencia similar, a pesar de sus características particulares, ante las historias dominantes de la cultura heteronormativa que sigue vigente en un país como México.

La heteronormatividad se refiere “al conjunto de las relaciones de poder por medio del cual la sexualidad se normaliza y se reglamenta en nuestra cultura” (Warner, 1991, p. 114). Es decir, a partir de factores biológicos somos pertenecientes a un género, femenino o masculino, que determinan nuestros roles y acciones en sociedad. Un ejemplo es el modelo de la *familia nuclear, el cual* está compuesto por un hombre proveedor integrado al mercado laboral y responsable del hogar, y una mujer encargada principalmente de la socialización y reproducción del grupo, trabajo no valorado social y económicamente como el del hombre (Alberti, Martínez, Lázaro y Zapata, 2005).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017), México cuenta con 12.5 millones de mujeres que son madres. De esa cantidad, 8.2 millones son mamás solas, las cuales realizan distintas tareas en relación a la crianza y manutención de sus hijos. De este número, menos de la mitad reciben pensión alimenticia por parte del padre de sus hijos (Lujambio, 2007). Por lo que este suceso representa uno de los factores relacionados con el mayor número de mujeres integrándose al mundo laboral, y a la vez realizan su rol como madre y ama de casa (Gómez, 2004; Díaz, Jociles, Moncó, Rivas Villana, 2008; Aguilar, Martínez y Medina, 2017).

Por lo tanto, en México, cada vez son más los hogares que tienen como jefe de familia a una mujer. Según el Consejo Estatal de Población (COEPO, 2009) en el estado de Jalisco en 1990, 18.49 % de la población femenina eran jefas de sus hogares, para el 2009 el porcentaje aumentó a 24.01 %. Mientras tanto, el Instituto Jalisciense de las Mujeres (IJM, 2010) estima que las jefaturas femeninas crezcan en un 85.9% para el 2030. Sin embargo, definir el término de jefe de hogar representa una dificultad al no poder hacerse de forma concreta al ser un concepto subjetivo influido por aspectos socioculturales de cada región y que pueden variar según la forma en que las familias mantienen sus relaciones dentro del hogar, siendo la autoridad y el género, dos claves significativas para su conceptualización (IJM, 2010; Enríquez-Rosas, 2009).

Las estructuras familiares y sus formas sociales en México y en otras partes del mundo van más allá de los límites impuestos por el modelo de la familiar nuclear formada por una pareja-heterosexual- unida legalmente y sus hijos. Esto se sabe desde hace tiempo, pero los discursos provenientes de este modelo siguen prevaleciendo en las formas de conceptualizar a la familia, ideas y valores que impactan en cada uno de los sistemas con los que el ámbito familiar tiene contacto. Cuando una estructura familiar no se adapta a la configuración nuclear del modelo heteronormativo, se observa como una desviación (González, 1999). Las familias compuestas por mamás solas y sus hijos están fuera de este modelo por lo que experimentan discriminaciones y abandonos en distintos contextos a pesar que el número de este tipo de familias siguen aumentando al paso de los años (Ceballos, 2011).

Sumándole a lo anterior, las mamás solas generalmente ejercen tres roles: madre, proveedora y ama de casa (Aguilar et al., 2017). Esta labor puede resultar complicada cuando se ha construido la idea de que ser buena mamá es ser buena mujer. Desde el área de la terapia narrativa, a esta idea se le conoce como historia dominante, la cuáles son elaboradas por quienes ejercen más poder, por ejemplo: profesionales de la salud, de la educación, padres de familia, los medios de comunicación masivo, la iglesia, etc. Esta historia se interioriza como parte de la identidad de la persona y como

grupo (Castillo, Ledo y Del Pino, 2012), como es en este caso ser mujeres y ser madres.

Para las mujeres que tomaron la decisión de ser madres solas, una nueva forma de convivencia familiar sin un hombre, ha sido juzgada por la sociedad con mayor grado que quiénes se encontraron en esa situación involuntariamente. Se duda de su comportamiento moral y sexual (Cuevas, 2010), al ser cuestionadas y estigmatizadas. Por lo que es entendible que mamás solas tengan discursos ambivalentes, al crecer y desenvolverse en esos contextos. Pasan de la culpa, al orgullo. Del sacrificio, al amor propio.

Diferentes circunstancias han generado estas nuevas construcciones y de-construcciones de las estructuras familiares y la diversificación de los roles. Se encuentra el cambio sociodemográfico de la población, transformaciones en las actividades sociales de las mujeres en el interior y exterior del hogar, la diversidad cultural, la disolución en las parejas, y el debilitamiento del modelo familiar nuclear-conyugal-tradicional como el ideal (Alberti et al., 2005). Sin embargo, no ha sido asimilado por completo, al haber ideas que pueden ser dañinas tanto para mujeres y hombres en cuanto al género y su ideología al querer cumplir cada una de las demandas y expectativas (Gómez, 2004).

Este tema se empezó a investigar en México, al menos desde hace 30 años. Como tal, el término de *mamá sola* también se encuentra entrelazado con *jefatura femenina* y *madres solteras*, como tres conceptos utilizados según cada línea de investigación. También se pueden encontrar entrelazados uno con otro al demostrar la complejidad y la variedad de las estructuras familiares.

El ser mamá sola trae un conjunto de narraciones inmersas en cierto momento histórico y cultural. Gergen (1996) señala que el contar relatos es parte de la búsqueda de hacernos comprender y a la vez de relacionarnos. Esta explicación que presenta un individuo se le denominó como autonarración, la cual es un recurso cultural con propósitos sociales como son la autoidentificación, la autojustificación, la autocrítica y la solidificación social. Por lo que además genera un sentido de pertenencia o no pertenencia, de inclusión o exclusión, de aceptación o descalificación.

Esto también tiene relación con lo que señalan White y Epston (2010) respecto a las historias relatadas por un individuo. Las narraciones están estrechamente enlazadas con las historias dominantes del contexto y de un modo terminan por reprimir la exploración del sí mismo como elemento de varias posibilidades. Es así que las personas relatan a sí mismas la historia dominante que relatan los otros y esto alcanza a un punto que genera malestar, un problema para el ser y lo sujeta de tal manera que dejan a un lado los propios deseos. Pero la identidad del momento, no es un suceso de nacimiento o repentino, sino resulta ser un relato de vida, por lo que es posible su modificación.

Es así que al explorar la narración de la vivencia que tiene una mamá sola puede generar una serie de efectos, cambios y movimientos en el sistema familiar y en sí misma. Es importante contar con información que brinde un mejor campo de visión y entendimiento de estas familias para sustentar las intervenciones terapéuticas a realizar. Al investigar sobre estas realidades en México proporcionará mejores bases para la atención terapéutica adecuada a las necesidades de las distintas estructuras familiares en esta época posmoderna. Por lo que esta investigación tiene el objetivo de describir cuáles son las experiencias de las mujeres participantes respecto a su vivencia de ser mamá sola.

## MÉTODO

### METODOLOGÍA CUALITATIVA

Esta investigación fue realizada desde un enfoque cualitativo y de tipo descriptivo que guía al análisis de las narrativas de madres solas participantes. Se hizo uso de herramientas como son cuestionarios, en este caso, una entrevista semi-estructurada, y diarios de campo para recabar datos susceptibles para el análisis cualitativo.

El método utilizado para esta investigación fue la fenomenología, la cual sobresale entre otras corrientes de investigación cualitativa al hacer énfasis en lo individual y en la experiencia subjetiva.

Por lo tanto, la descripción del fenómeno representa un mayor acceso al campo del entendimiento de la experiencia del sujeto colaborador y se puede entender más de una situación colectiva a partir de las descripciones sobre la experiencia de una o varias personas (Rodríguez, 1996; Dantas y Moreira, 2009). Como en este caso, la vivencia de ser mamá sola.

Aunado a esto, se trabajó con las historias de vida, ya que se concentran en lo que las personas dicen y hacen, y cómo esto da como producto la definición de su mundo (Taylor y Bogdan, 1998). Es importante destacar, que no provee únicamente información en esencia subjetiva de la vida entera de una persona, sino que también encuadra su relación con su realidad social y contexto en los que participa. Por lo que no sólo da pie para conocer a la persona que narra, sino también las realidades que viven muchos grupos de personas y contextos (Veras, 2012).

En esta investigación la muestra fue de 10 mujeres quienes viven la experiencia de ser mamás solas, por lo que se buscó las narraciones compartidas.

## POBLACIÓN

El método de muestreo fue por bola de nieve, usado con mayor frecuencia en poblaciones con baja incidencia o individuos de difícil acceso, conocidas también como poblaciones ocultas (Espinoza, Hernández, López y Lozano, 2018). Este método resulta adecuado al tener la premisa que los miembros de la población tienen una red social, la cual nos permitirá contactarlos. Es decir, aquellas personas seleccionadas para ser estudiadas reclutarán a nuevos participantes entre sus conocidos. De esta forma, el tamaño de la muestra incrementa en el transcurso del desarrollo del muestreo.

Esto resultó conveniente para el caso de las madres solas, ya que es una población no cautiva, es decir, no pertenecen a un grupo o institución establecido. También algo que caracteriza a esta población es que son las principales proveedoras en sus hogares y mantienen una jornada laboral completa, por lo que los horarios eran variables y no se podía formar un grupo con motivo a esta investigación.

Para encontrar el inicio de esta cadena se buscó por medio de contactos con psicólogos y psicoterapeutas que conocieran un caso como el que ha sido expuesto. Se hizo contacto con la primera participante, se explicó brevemente el tema de investigación, se resolvió algunas dudas y se agendó la sesión de entrevista. Al finalizar la entrevista se le preguntó si conocía un caso como el de ella que quisiera ayudar con la investigación, si le interesaba y/o tenía dudas se le contactaría y si decidía participar, se acordaría la sesión de entrevista. De esa manera se fue formando una cadena para la búsqueda de participantes.

Al tener en cuenta la alta complejidad de las familias dirigidas por mamás solas en cuanto su conformación y dinámica, se tuvo que delimitar criterios para la selección de las participantes de esta investigación que fueron los siguientes:

- Mamás divorciadas, separadas, viudas o solteras.
- Principales proveedoras de la economía familiar.
- Cualquier edad.
- Cualquier estatus socioeconómico.
- Con hijos viviendo en casa.
- Sin pareja actual.

## CRITERIOS ÉTICOS

Antes de empezar la entrevista se les entregó un documento de consentimiento informado en las que se buscaba que ellas estuvieran enteradas respecto al objetivo de la investigación, el procedimiento de la sesión, lo que se haría con la información brindada y el aspecto confidencial. Se les pidió permiso de audiograbar las entrevistas aclarándoles que su identidad sería salvaguardada. Finalmente, se les informaba que podrían dejar de participar en cualquier momento que lo desearan.

A la vez que se realizaban las entrevistas se comenzó el proceso de análisis de lo que las participantes compartían para generar un mapa de posibles categorías haciendo uso de la saturación teórica, la cual va marcando el límite del muestreo al no encontrar más datos nuevos para desarrollar cuestionamientos por lo que ya no se incorpora nuevo material, es decir, más entrevistas (Hernández, 2014).

A partir de la transcripción de entrevistas se realizó la codificación, en el cual se agrupó la información obtenida en categorías en donde se concentraron aquellas ideas y temas que las participantes compartieron y eran similares. Posteriormente se generó un análisis para la integración de la información que se expuesta más adelante en resultados.

Como se comentó anteriormente, en la carta de consentimiento informado se protege la confidencialidad de las participantes por lo que se hace uso de seudónimos para mantener su anonimato. Las entrevistas se llevaron a cabo entre los meses de enero y febrero del 2018.

## RESULTADOS

Se identificaron tres categorías relevantes de aspectos que forman parte de la vivencia de ser madre sola que aparecerán en la Tabla 1. El título que se encuentra en la parte superior refieren el nombre de cada una, los tres títulos que se encuentran debajo de cada categoría aluden a los códigos encontrados al analizar los relatos de cada una de las entrevistadas.

Dificultades que se presentan en la vivencia de ser madre sola	Sentido del deber a partir de la vivencia de ser madres sola	Recursos de afrontamiento utilizados ante la vivencia de ser madre sola
Situación económica complicada	Necesidad del desarrollo académico profesional	Presencia y participación de redes de apoyo
Discriminación laboral y social	Esfuerzos por mantenerse presente	Creencias religiosas como recurso resiliente
Estigmatización de la soledad	Auto-realización del rol materno	Desarrollo de la capacidad de empoderamiento

Tabla 1: Resultados del análisis cualitativo.

La primera categoría trata los relatos de madres solas en dónde se habla de los obstáculos y dificultades que vivieron a partir de ser las únicas responsable de sus hijos, en distintas áreas de su vida. Tanto aquellas que tomaron la decisión de ser madre sola como quienes se encontraron en esa situación involuntariamente, pueden compartir en un primer momento, un sentimiento de duelo ante la pérdida de la idea de formar y mantener el bienestar de una familia a lado de una pareja. Veamos por ejemplo el siguiente testimonio:

L: Sentí mucha responsabilidad de llevar yo sola la dirección de la familia. Soy una persona que confiaba en el matrimonio, bueno sigo confiando a pesar de que no me he vuelto a casar ni tengo ninguna relación, pero en que la parte de los hijos se haga como que compartida y al momento que me quedé sin pareja es como que sientes como coraje de decir hijole. ¿Por qué yo sola? Entre angustiada, entre enojada, porque no era lo que tú planeabas, entonces pues sí te sientes como medio frustrada en ese sentido .

Las personas que se encuentran a su alrededor también crean un estigma respecto a su soledad. Tanto familiares como amigos ejercen de alguna forma un modo de presión para que estas madres busquen un compañero, como si se vivieran en la falta, sin tener en cuenta que para ellas resulta una falta de respeto a su decisión de en esos momentos no querer una relación de pareja. Por lo que el ser madre sola puede representar un problema para las personas con las que se relaciona en el ámbito social:

A: Mira, hay un problema con mis amigas, ellas son la del problema, no yo. Que siempre quieren que salga con alguien, que yo tenga una persona, un hombre a mi lado, que yo lo necesito para que me sienta bien, que me relaje y mis ratos libres. Pero pues mis ratos libres los tengo totalmente llenos y mis ratos libres, los que yo verdaderamente disfruto es estar con mis seres queridos, con mis hijos, con mis amigos... Yo siento que un hombre no es como dicen, tan necesario en tu vida (Lorena, comunicación personal, 18 de enero de 2018).

Por lo que algunas madres en esta situación, al no seguir la norma del modelo familiar nuclear-conyugal-tradicional, pueden ser segregadas y discriminadas no solamente en el entorno social sino también en el laboral, en donde algunos casos sufren acoso tanto laboral como sexual:

D: Como mamá sola se quieren aprovechar mucho de ti. Tanto tus jefes como mucha gente que saben que estás sola y quieren, casi siempre es el hombre, que quiere aprovecharse de ti. Y las mujeres burlarse de tu soledad, de mujer sola. Como que eres persona fácil, o quieres llamar la atención (Diana, comunicación personal, 26 de enero de 2018).

Sin embargo, salir a trabajar es una necesidad ante la constante preocupación de la situación económica, la cual resulta complicada por distintas situaciones como el ser el único ingreso y soporte de la familia, pocas oportunidades de trabajo ante la falta de estudios y/o el recibir sueldos bajos. El querer brindar una mejor calidad de vida para sus hijos, las lleva a buscar trabajos de tiempo completo o más de un sólo empleo.

En esta situación podemos observar el sentido del deber de las madres solas, que sienten la responsabilidad de crecer en el ámbito laboral, situación que en algunos casos no se habían planteado antes de ser las únicas responsables de su familia. Por lo que, para obtener mayores recursos económicos, algunas madres solas buscan retomar los estudios para tener mayores oportunidades de empleo o crecer en el área donde se encuentran trabajando, como podemos ver en el siguiente ejemplo:

O: Y me metí luego a la prepa en dos meses, la prepa abierta se me hizo muy pesada porque era todos los días. Salía de trabajar y corriendo y saliendo a las 9 de la noche no veía a mi hija, me tocaba dormida nada más. Entonces sí fue muy difícil, pero yo decía todo sacrificio tiene su recompensa. Terminé la carrera, hice pausa porque no me sentía preparada todavía para el posgrado y ya después lo retomé... para mí fue como una oportunidad (Olivia, comunicación personal, 17 de enero de 2018).

Aun así, podemos observar cómo se menciona lo complicado que era poder estar con su hija, relato que también fue compartido en estas entrevistas. Algunas buscan trabajar y generar dinero desde sus hogares, pero expresan que aun así se ven exigidas a pasar menos tiempo con sus hijos. Ante esto buscan distintos medios y formas de estar presente lo más que sea posible, ya que significa para ellas tanto una preocupación como una motivación:

A: Es que hago demasiadas cosas y trato de tener un tiempo. Los viernes tenemos viernes social juntos y los domingos nos salimos juntos a caminar, a correr. Y entre semana trato de cuando ellos llegan o están antes de dormir de platicar un poco con ellos. O sea, de verdad trato de tener ese tiempo (Adriana, comunicación personal, 22 de enero de 2018).

Algo que buscan las madres solas entrevistadas es brindarles la mejor calidad de vida posible a sus hijos. La educación es un elemento clave para ellas. También buscan que sus hijos sean buenas personas en sociedad. El ver a sus hijos alcanzando sus propias metas, representa para ellas el cumplimiento y auto-realización del rol materno. Por lo que como se ve a continuación, buscan formar personas independientes y autosuficientes:

E: Más que nada que tuvieran calidad de vida en todos los aspectos, que no pasaran situaciones que yo he pasado, que sean ellas, que tengan las herramientas para salir adelante y en el momento que yo no esté sepan enfrentar las situaciones ellas solas y ser independientes (Elena, comunicación personal, 4 de febrero de 2018).

¿Pero cuáles son los recursos que estas madres solas han utilizado para poder cumplir y lograr sus objetivos? El que sean madres solas, no necesariamente significa que no hay personas a su

alrededor que las apoyen de alguna forma. Familiares, amigos, distintos profesionales y al mismo tiempo sus mismos hijos, representan un soporte.

S: Pues fijate que tuve buena respuesta, la mayoría, mi familia y la familia de mi esposo, pues seguimos la relación. De los amigos también seguí con las mismas amistades, en general, bien. Fíjate que le pido ayuda mi hermana, somos las que más nos apoyamos. Con mi hija menor pues todo nos platicamos. Nos pedimos opinión, ya sea yo a ella o ella a mí de alguna situación, de alguna decisión que queremos tomar, nos apoyamos (Sara, comunicación personal, 23 de enero de 2018).

También otro soporte es la espiritualidad, en la que las creencias religiosas han sido factor de apoyo y de impulso ante las adversidades al expresar que les brinda fortaleza y esperanza cuando se presentan momentos muy difíciles para algunas de ellas. En el siguiente caso se puede ver como también fue una oportunidad de encontrar apoyo en un grupo de personas:

S: De alguna manera, el área espiritual nos ayudó muchísimo a salir adelante. A mis hijas las invitaron a un grupo de oración, como carismático, con muchos cantos, pedimos Espíritu Santo, entonces pues eso me apoyo muchísimo. El tener ese respaldo porque yo sí me sentía como pues una familia (Sara, comunicación personal, 23 de enero de 2018).

La vivencia de ser madre sola tiene situaciones difíciles que en algún momento dudaron si podían solucionarlo; sin embargo, al utilizar y desarrollar herramientas para resolver problemáticas, elaboraron una percepción de ellas mismas como mujeres que pueden superar tanto sus propias capacidades y fortalezas. Esto les brindó la confianza de poder tener el dominio de las decisiones en favor de su familia y su persona, como podemos observar en los siguientes testimonios:

B: Pues yo creo que hasta el momento yo me calificaría con 10, o sea creo que me he esforzado bastante para mantenerme en pie. Sobre todo, por mi hijo, por mí misma, y pues entender que la vida sigue, que tenemos que seguir luchando (Beatriz, comunicación personal, 11 de enero de 2018).

S: Me siento satisfecha que he podido hacer muchas cosas que quizás en otro momento, si me hubieras preguntado, pues no me creería capaz de (Sara, comunicación personal, 23 de enero de 2018).

En síntesis, lo que las entrevistadas comparten se resume como historia dominante en la siguiente descripción: Al inicio de la experiencia de ser madre sola hay sentimientos de frustración, impotencia y/o tristeza ante las diversas situaciones que se presentan como la pérdida de una idea de criar una familia con una pareja, el ser señaladas por su situación familiar, ser discriminadas en el ámbito social y laboral, e incluso el miedo de no ser capaces de sacar sus hijos adelante. Estas circunstancias representaron un reto para ellas al tomar distintos roles en los ámbitos de su vida en los que anteriormente no se habían planteado integrarse y/o desarrollarse como en el área académica y laboral en búsqueda del bienestar de su familia. Para poder lograr las distintas metas que se han propuesto, han contado con la ayuda de distintas personas dentro y fuera de su familia como en el cuidado de sus hijos, apoyo económico, soporte moral y espiritual. Por lo que buscaron la manera de sobreponerse y enfrentar cada reto donde el objetivo permanecía en proteger, cuidar y estar presente para su familia, pero también encontraron la oportunidad de crecer y darse cuenta que podían ser capaces de eso y mucho más.

## DISCUSIÓN

El tema de las estructuras familiares ha sido foco de debate e investigación en diferentes campos de estudio. Con el paso de los años las configuraciones se han modificado, surgiendo nuevos modelos como son las familias dirigidas por una madre sola.

Tanto en libros como en artículos de investigación se menciona de forma extendida o breve sobre un aspecto sociodemográfico de las familias dirigidas por una mamá sola, que es la pobreza, como un factor que prevalece en dichas familias como son en los artículos de Acosta (2001) y Lujambio (2009) en donde se mencionaban como los hijos de estas madres podrían dejar la escuela o

incluso ser partícipes de la delincuencia.

Sin embargo, esta investigación no se enfocó exclusivamente a un estrato socioeconómico. Se examinó si los relatos se diferenciaban a partir de pertenecer a distintos estratos socioeconómico o si tenía que ver con situaciones particulares de cada familia. Por lo que, al interpretar los relatos desde una perspectiva narrativa, se pudo observar las historias dominantes y las transformaciones de estas narraciones con historias alternativas construidas por las madres participantes. Lo cual, enriquece la visión que se puede tener de estas familias.

En la misma línea de la presente investigación, González (1999) y Lupica (2012) también cuestionaron estos estereotipos al observar cómo en las últimas décadas, en América Latina, las familias monoparentales encabezadas por mamás solas, se han extendido a estratos socioeconómicos medios y medios altos, por lo que ambos autores insisten en que no se les identifique como familias que únicamente viven situaciones de pobreza o con mayor riesgo de padecerla.

Lo que experimentan en común, es que en algún momento de su vida viven los efectos de la falta de inclusión de la diversidad familiar, tanto en las políticas públicas como en la invisibilización social. A la vez, la exclusión se ve reforzada por las prácticas, normas y lenguaje que giran alrededor del reconocimiento de las familias que se adaptan al modelo tradicional, el cual es el más defendido, pero también, el que más se ha reducido en las últimas décadas.

## CONCLUSIONES

En los últimos años, han incrementado las familias encabezadas por una mamá sola en nuestro país y se han estudiado en sectores de pobreza debido a la vulnerabilidad e indiferencia social que experimentan. Sin embargo, en la actualidad hay un mayor número de familias que no se “ajustan” al modelo tradicional, siendo los hogares dirigidos por madres las que más han aumentado exponencialmente en todos los estratos socioeconómicos. Por lo tanto, fue de suma importancia tener esto presente al realizar esta investigación de forma inclusiva.

La adopción del modelo narrativo comparte la asunción de la complejidad y cuestionar cómo el uso del lenguaje puede normalizar las ideas heteronormativas y tradicionales que giran en torno a la configuración familiar. Sin embargo, el lenguaje también puede ser una gran herramienta para la liberación de aquellas verdades dominantes de cómo debe ser una familia, que sólo generan segregación y la visión de una vida insatisfactoria. Se generan narrativas alternativas que recuperan perspectivas de competencia y satisfacción personal y familiar (Montesano, 2012). Esta flexibilidad mental y aceptación de los distintos modelos familiares, hace una diferencia en cuanto a la intervención terapéutica y la postura del terapeuta ante la heterogeneidad.

Finalmente, el conocer las vivencias de las madres solas en nuestras comunidades, genera nueva información y conocimiento para su uso en el área de la psicoterapia familiar tomando en cuenta que pertenecemos a un contexto sociohistórico, cultural y demográfico diferente a las investigaciones que se han realizado en otros países. Permitirá construir una base teórica que justificará el uso de distintas intervenciones como la elaboración de preguntas durante la práctica profesional. Pero también cuestionará aquellas creencias, prejuicios o estigmas de los mismos terapeutas, para poder ampliar la visión y resonancia que se tiene en relación a las familias constituida por madres solas y sus hijos, al proponer intervenciones inclusivas, de aceptación y entendimiento. Esta investigación a su vez termina por hacer una invitación a la comunidad terapéutica familiar sistémica para seguir generando nueva información en relación a la diversidad de las configuraciones familiares.

- Aguilar, D., Medina, B., y Martínez, R. (2017). El sentido de vida en madres solas. *Integración Académica en Psicología: Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología*, 5(13), 121-131. Recuperado de <http://integracion-academica.org/22-numeros-antteriores/volumen-5-numero-13-2017/158-el-sentido-de-vida-en-madres-solas>
- Alberti, P., Lázaro, R., Martínez, B., y Zapata, E. (2005). Jefatura femenina de hogar y transformaciones en los modelos de género tradicionales en dos municipios de Guanajuato. *Revista de Estudios de Género*, 22, 219-268. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/884/88402210.pdf> / <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/263>
- Castillo, I., Ledo, H. I., y Del Pino, Y. (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Norte de salud mental*, 10(42), 59-66. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3910979>
- Ceballos, F. (2011). El último aliento: una fenomenología sobre ser madre soltera. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(16), 165-173. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963015yidp=1ycid=8424>
- Consejo Estatal de Población Jalisco. (2009). *Hogares y familia en Jalisco*. México: COEPO. Recuperado de <https://iieg.gob.mx/contenido/PoblacionVivienda/CoepopdfHogaresyfamilia.pdf>
- Cuevas, A.J. (2010). Jefas de familia sin pareja: estigma social y autopercepción. *Estudios Sociológicos*, 84(28), 753-789. Recuperado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59820671004>
- Dantas, G., y Moreira, V. (2009). El Método Fenomenológico Crítico de Investigación con Base en el Pensamiento de Merleau-Ponty. *Terapia Psicológica*, 27(2), 247-257. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?idp=1yid=78511847010ycid=19410>
- Díaz, P., Jociles, M.I., Moncó, B., Rivas, A.M., y Villami, F. (2008). Una reflexión crítica sobre la monoparentalidad: el caso de las madres solteras por elección. *Portularia*, 8(1), 265-274. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2797266>
- Enríquez-Rosas, R. (2009). *El crisol de la pobreza: Mujeres, subjetividades, emociones y redes sociales*. México: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Recuperado de <https://rei.iteso.mx/handle/11117/418>
- Espinosa, P., Hernández, H., López, R., y Lozano, S. (2018). Muestro de bola de nieve. *Departamento de Probabilidad y Estadística UNAM*, 2-12. Recuperado de [http://www.dpye.iimas.unam.mx/patricia/muestreo/datos/trabajos%20alumnos/Proyectofinal\\_Bola%20de%20Nieve.pdf](http://www.dpye.iimas.unam.mx/patricia/muestreo/datos/trabajos%20alumnos/Proyectofinal_Bola%20de%20Nieve.pdf)
- Gergen, K. J., y Ortí, F. M. (1996). *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gómez, V. (2004). Estrés y salud en mujeres que desempeñan múltiples roles. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 117-128. Recuperado de <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.7440/res6.2000.03>
- González, M. (1999). *Divergencias del modelo tradicional: hogares de jefatura femenina en América Latina*. México, D.F: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Hernández, R. M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: Su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, 23, 187-210. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/36261>
- Instituto Jaliscience de las Mujeres. (2010). *Jefes de familia en el estado de Jalisco*. México: IJM. Recuperado de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Jalisco/jalmeta3\\_1.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Jalisco/jalmeta3_1.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Estadísticas a propósito del día de la madre*. México: INEGI. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/madre2018\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/madre2018_Nal.pdf)

- Lujambio J. (2007). *Mamá sola un nuevo significado para la maternidad sin pareja*. México: Planeta.
- Rodríguez, G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Veras, E. (2010). Historia de vida: ¿un método para las ciencias sociales? *Cinta De Moebio*, 39, 142-152. Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/39/veras.pdf>
- Warner, M. (1991). *Fear of a queer planet: Queer politics and social theory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- White, M., y Epston, D. (2010). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

# Intervención





## Open dialogue: a contextualizing essay

Ismael Nieto Gómez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Sevilla

### Historia editorial

Recibido: 20-01-2018

Primera revisión: 28-02-2019

Aceptado: 24-03-2019

### Palabras clave

diálogo abierto, psicoterapia, intervención, psicosis

### Resumen

El enfoque del diálogo abierto no es un método en sí mismo sino una forma de intervenir, basado en una filosofía distinta, que nace en la Laponia occidental finlandesa. Esta perspectiva ha recibido mucho interés en el campo de la psicoterapia por sus prometedores resultados en el tratamiento de la psicosis en personas con esquizofrenia. Dado los problemas para extrapolar la teoría a la práctica del diálogo abierto, como anuncian los intentos fallidos de aplicación en diferentes países al finlandés, se plantea este trabajo bajo una perspectiva pragmática. Este artículo de revisión se construye con el objetivo de (1) exponer sus características, (2) indagar en la concepción que maneja y (3) revisar los indicadores que evidencien su eficacia. Se analiza, finalmente, la innovación que supone a la psicoterapia, y se propone un ejemplo con pautas concretas de actuación que se espera surta de ayuda al psicoterapeuta.

### Abstract

The open dialogue approach is not a method in itself but a way of intervening, based on a different philosophy, that is born in Finnish western Lapland. This perspective has received much interest in the field of psychotherapy for its promising results in the treatment of psychosis in people with schizophrenia. Given the problems to extrapolate the theory to the practice of open dialogue, as announced by the failed attempts to apply in different countries to Finnish, this work is presented from a pragmatic perspective. This review article is constructed with the aim of (1) exposing its characteristics, (2) investigating the conception it handles and (3) reviewing the indicators that demonstrate its effectiveness. Finally, the innovation involved in psychotherapy is analyzed, and an example is proposed with concrete action guidelines that are expected to help the psychotherapist.

### Keywords

open dialogue, psychotherapy, intervention, psychosis.

El presente estudio de revisión bibliográfica expone un novedoso enfoque que atrae el interés a nivel internacional. Éste supone un cambio de perspectiva en la atención psicoterapéutica prestada a las personas con trastorno mental grave, y en concreto, en la actuación ante las crisis psicóticas. Se trata, no de un método en sí mismo, sino de una forma de intervenir basada en una filosofía distinta.

Este enfoque nace en forma de proyectos en la Laponia occidental finlandesa en la década de los sesenta, pero, no se empieza a desarrollar completamente a hasta los noventa, cuando se reformula el modelo de salud mental de la zona. Se da un giro al tratamiento ortodoxo de la esquizofrenia, adscribiéndose de este modo, al modelo adaptado a las necesidades. Como sugiere éste, se pretende ofrecer una atención individualizada y ajustada a las necesidades cambiantes de pacientes y familiares (Aaltonen, Seikkula, & Lehtinen, 2011). Es dentro de éste marco de trabajo, en una nueva incorporación, donde surge el llamado *diálogo abierto*.

## 2. DESARROLLO

### CARACTERÍSTICAS DEL DIÁLOGO ABIERTO

Es preciso hablar sobre los siete principios fundamentales que articulan el diálogo abierto, pues, nos ayudan a entender cómo se genera la dinámica de este enfoque. Dichos principios se repiten en la inmensa mayoría de publicaciones revisadas sobre el tema (Buus et al., 2017; Jackson & Perry, 2015; Brown, 2012; Seikkula, Aaltonen, & Rasinkangas, 2003; Aaltonen et al., 2011; Bellingham et al., 2018; Bergström et al., 2017):

1) Ayuda inmediata: Desde que se recibe la petición de ayuda psicológica, sea por el propio paciente o un familiar, la primera atención se realiza en menos de 24 horas. Además, existen unidades disponibles para responder rápida y urgentemente a cualquier demanda imprevista.

2) Una perspectiva de red social: se establecen reuniones que involucran a todos aquellos personajes, significativos para el paciente, que deseen participar en dar su particular visión del problema y posibles formas de solución, con el fin de generar un diálogo común. Se dan tantas citas grupales como necesite el paciente, no obstante, se tiene en cuenta la gravedad que presente.

3) Flexibilidad y movilidad: Siguiendo el modelo de adaptación a las necesidades, no se plantean tratamientos establecidos, estos se van construyendo colaborativamente y se ajusta a cada paciente. Se podría dar cualquier tipo de terapia y en el entorno que se elija. Sin embargo, suele ser aconsejable el desplazamiento al hogar, ya que es más fácil ver la dinámica familiar en su contexto natural.

4) Responsabilidad: El profesional que atienda la primera toma de contacto es el encargado de establecer el equipo de personas que estarán presentes en las reuniones dialógicas. En éstas hay un equipo multidisciplinar de profesionales, cuya categoría laboral, no suma o resta valor a las aportaciones u opiniones expresadas en el transcurso de las sesiones (no prescripciones). De esta forma se eliminan las posiciones jerárquicas.

5) Continuidad psicológica: Una vez se establezca el grupo terapéutico se mantiene en el tiempo. Esto permite que se elabore una historia integrada pues los profesionales han estado inmersos en el proceso completo. Se alimenta la confianza en los profesionales.

6) Tolerancia a la incertidumbre: se basa en la seguridad de que la práctica dialógica proporcionará el contexto donde se hablarán de los temas preocupantes. A veces, apremia el sentido de urgencia de hablar de los temas que creemos importantes, pero, se debe respetar que surjan del grupo. En el caso de que hubiese serias dificultades para abordar tales asuntos, se utilizaría la reflexión audible como método para tentar a la familia a intervenir, pero no para dirigirla.

7) Dialogismo: Uno debe expresarse como una persona que escucha e intenta comprender, más que, desde una posición de especialista que desea interpretar y dar soluciones. Se trata de que

en el devenir del diálogo se establezca entre todos una comprensión del problema. Ésta permitiría encontrar las palabras oportunas a las experiencias psicóticas que vive el paciente. Se trata de darles una coherencia para mitigar su angustia.

La propuesta del diálogo abierto, por tanto, se puede simplificar alrededor de dos ejes sustantivos: (1) la utilización del contexto social que rodea al individuo, como un recurso terapéutico, (2) para llevar a cabo la práctica dialógica dentro de un tratamiento (Olson, Seikkula & Ziedonis, 2014). Con esto se pretende reorganizar la forma en la que las familias están presentes en el proceso terapéutico. Se establecen lazos de unión entre profesionales y usuarios. No obstante, para que esto ocurra, se hace necesario un cambio del sistema que proporciona tales servicios, una modificación que fomente la comunicación entre estos personajes (Jackson & Perry, 2015).

## OTRO CONCEPTO, NUEVOS RECURSOS

Bajo este modo de trabajar se entiende que el síntoma psicótico no es más que un gesto simbólico que transmite una experiencia carente de palabras. Es la manera que se encuentra para dar salida al conflicto sin resolver. El paciente de larga duración, es fruto de una mala comprensión del problema, de una intervención tardía que no responde a la necesidad real (Jackson & Perry, 2015). El empleo de los psicofármacos para la eliminación del síntoma psicótico, según este punto de vista, observaría una visión de corto alcance.

Por ello el diálogo abierto puede ser un elemento determinante para la recuperación. A través del diálogo abierto se da la oportunidad al grupo de generar un nuevo lenguaje que permita explicar las experiencias psicóticas, sin cuestionarlas, solo tratando de entenderlas. Se trata de darles valor a todas las voces, también las psicóticas, que aparezcan en el grupo, incluso las que sean contrapuestas, para generar distintas perspectivas (Seikkula, 2002).

El entorno terapéutico se vuelve en un lugar acogedor en el que sentirse tranquilo, donde se abordan los miedos y preocupaciones de la familia, pacientes y profesionales. Estos últimos actúan como otro igual, prestando su apoyo, donándose personalmente, sin dar respuestas que demuestren su posición (Brown, 2012).

El objetivo de las reuniones no es encontrar soluciones, en cambio, las soluciones surgen a medida que se enfocan en lograr que todas las voces sean escuchadas en el diálogo. El propósito es el diálogo, pero como consecuencia, éste trae la solución, al dar rienda suelta a la expresión de las emociones. Se trata de reelaborar la narrativa para hallar una lógica (Jaakko Seikkula, 2014).

## INDICADORES DE EFICACIA

En el estudio original, realizado por Aaltonen, Seikkula, & Lehtinen (2011), comprueban la incidencia media de diversos tipos de trastornos, que denominan *psicosis funcionales no afectivas*, en dos momentos temporales de cuatro años, previa y posteriormente a la implantación del enfoque. Se encontraron un descenso significativo de la incidencia del trastorno de esquizofrenia en la región finlandesa <sup>1</sup>(de 24.5 a 10.4 por 100.00 habitantes;  $\chi^2 = 13.75$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.001$ ) en el último periodo. Además, el número de pacientes ingresados de larga duración acabó siendo inexistente. Por el contrario, aumentó sensiblemente la incidencia de las psicosis breves <sup>1</sup>(de 1.2 a 6.7 por 100.000 habitantes;  $\chi^2 = 8.89$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.025$ ). Se mantuvo constante la incidencia de los casos prodrómicos y psicosis no afectivas. Esto se interpreta como un reflejo de la función preventiva de este enfoque. Al actuar de esta forma ante las primeras crisis psicóticas, se impidió que la esquizofrenia llegara a desarrollarse y cronificarse, pues, el número de demandas de pacientes que presentaban síntomas iniciales no disminuyó.

Seikkula, Alakare & Aaltonen (2011) comparan el mantenimiento de los resultados en de tres grupos de pacientes (API, ODAP1, ODAP2) pertenecientes a diferentes momentos temporales. Todos ellos tratados durante dos años con el nuevo enfoque de tratamiento. Éstos descubren que

1 Se han extraído literalmente los datos del estudio original

se producía un cambio estable a largo plazo en la mayoría de los casos. En los tres grupos establecidos menos del 30 % volvieron a presentar alguna recaída ( $\chi^2 = 16,1$ ,  $df = 10$ ,  $p > 0.05$ ) y más del 80% retomaron sus actividades laborales y/o académicas, o bien, estaban buscando trabajo de forma activa ( $\chi^2 = 7,29$ ,  $df = 4$ ,  $p > 0.05$ ). Constataron una reducción sustancial de los síntomas residuales en todos grupos al comparar su evolución. Se comprobó una disminución sintomática, entre el grupo API 1 ( $\bar{x} = 0,5$ ) y ODAP21 ( $\bar{x} = 0,17$ ), que resultó significativa ( $t = 10,1$ ,  $p = 0,003$ ). De igual forma, se halló una importante reducción significativa en los días de estancia hospitalaria entre estos dos grupos ( $t = .96$ ,  $p = 0,001$ ). Esto sugiere que versiones más recientes y desarrolladas de este enfoque informan de mejores respuestas al tratamiento.

Líneas parecidas concluye el estudio de Lehtinen (1993), quien compara un grupo de tratamiento, basado en el modelo de adaptación a la necesidad, con otro grupo de control histórico. A los cinco años tras la terminación de la terapia el grupo de tratamiento tenía menores probabilidades de vivir con una pensión por incapacidad ( $G^2 = 9$ ,  $p < .005$ ), era más propensos a no presentar síntomas psicóticos ( $G^2 = 3.9$ ,  $p < .05$ ) y a mantener sus relaciones sociales ( $G^2 = 3.8$ ,  $p < .05$ ).

En un estudio de revisión (Gromer, 2012) se reporta esta misma respuesta al enfoque. En este se pretendía comprobar los resultados clínicos obtenidos de la aplicación del diálogo abierto en grupos de tratamiento comparativos. Si bien en algunos de los casos se obtenían unos resultados similares, a comparar con los pacientes que recibían la atención tradicional, en otros los resultados mejoraban, con lo que en ningún caso sería contraproducente. Estos últimos reportaban estancias más cortas y menos frecuentes de hospitalización, disminución de síntomas psicóticos y mayores índices de recuperación de la función social.

Concretamente, en uno de los trabajos que se recoge en dicha revisión (Lehtinen, Aaltonen, Koffert, Rökköläinen & Syvälahti, 2000), se comparan diversas zonas de Finlandia que utilizan distintos tipos de tratamientos. En unas se aplica el enfoque junto con medicación mínima y en otras se sigue el modelo tradicional con dosis de fármacos estándar. Éstos encuentran que, en el grupo del diálogo abierto, más del 40% estuvieron menos de dos semanas hospitalizados, más del 50% de ellos no presentaron síntomas durante, al menos, dos años, y alrededor del 30% encontró trabajo en este periodo.

Sin embargo, ha surgido muchas dudas acerca de cuáles son las características que hacen que la práctica dialógica dé sus frutos. A este respecto, Seikkula (2002), estudia con la metodología cualitativa, la calidad de los discursos de dos grupos de pacientes, que fueron asistidos bajo este mismo enfoque. Estos se clasificaron en función del éxito del tratamiento, medido por, los síntomas residuales presentados y la reinserción a la vida laboral/académica, tras el paso por el programa. Se concluía que, los factores que se asociaban a unos buenos resultados eran: que el equipo familiar mantuviera el dominio de las interacciones, tomando en mayor medida las iniciativas, aportando más significados y en un nivel simbólico frente a indicativo. Por el contrario, en el grupo con menor éxito, se mostraban más reticencias a la hora de hablar sobre las reacciones psicóticas peculiares del paciente, y cuando lo hacían, era más probable que fuera en un diálogo monológico y a nivel indicativo. Dichos resultados, más que buscar las repuestas a por qué funciona, siendo su filosofía, pretende guiar sobre la forma más acertada de intervenir en las reuniones.

Como crítica, cabe notar que, aunque los primeros estudios ofrecen resultados prometedores de su aplicación, son pocos los lugares donde se ha establecido. Las escasas investigaciones que hay son en su inmensa mayoría de metodología cualitativa y análisis descriptivo. Se necesitan más estudios experimentales que puedan respaldar los primeros hallazgos encontrados.

## INNOVACIÓN PARA LA PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA

Tradicionalmente, en la atención psiquiátrica, los profesionales han limitado lo que se comunica al paciente. Se presupone que una comunicación abierta puede tener efectos negativos para la alianza terapéutica. Generalmente, se realiza una entrevista inicial con la que recabar datos y dar con un diagnóstico, para, posterior e independientemente del paciente, seleccionar un tratamien-

to a seguir. Esto puede aumentar el sentimiento de pérdida de control y aislamiento, pues, no se les considera dignos de escucha, dada sus “perturbaciones mentales”, se les coloca, de esta forma, en una posición inferior al profesional que perjudica la relación terapéutica y el tratamiento en sí mismo (Rosen & Stoklosa, 2016). Fundamentalmente, son las acciones políticas, al abogar por una racionalización de gasto económico, las que dan lugar a este tipo de atención individualizada y centrada en aspectos biomédicos.

El dialogo abierto ofrece una nueva perspectiva de entender los servicios de salud mental. Una perspectiva que repercute favorablemente en el paciente, familiares y profesionales. Este promueve una visión comunitaria. Valora la importancia del sistema que rodea al individuo en la recuperación de enfermedad mental. Utiliza las relaciones y los significados. Constituye una forma más democrática de organizar los servicios sanitarios. Consigue la integración de las partes del sistema y rehumaniza la práctica clínica.

Los profesionales que a menudo son relegados a un segundo plano (trabajadora social, personal administrativo, enfermeras...etc) son utilizados como recursos valiosos. Estos pueden aportar tanto desde su rol de terapeuta, a partir del conocimiento adquirido sobre el diálogo abierto, como, desde el rol de su ocupación profesional. Proporcionan otros puntos de vista, al tener otras experiencias prácticas, que enriquecen al modelo biomédico (Bellingham et al., 2018). Además, de esta forma, se ofrece a los pacientes distintas posibilidades, se permite que sea la persona quien elija, para así, tomar el control sobre su propia curación (Gromer, 2012).

Las experiencias donde se roto con el modelo psiquiátrico tradicional, aplicando este enfoque, son positivas. Los profesionales notan mayor aceptación al cambiar un tratamiento y mayor número de pacientes ingresan voluntariamente (Rosen & Stoklosa, 2016). Parece que, darle al paciente un papel protagonista y considerar su voz a la hora de deliberar, ofrece sus beneficios.

En esta línea, el estudio de Razzaque & Wood (2015) recoge las opiniones de distintos profesionales y usuarios de la salud mental sobre este enfoque. En él se valoran las ventajas y desventajas de su posible implementación en Reino Unido con la intención de ver su acogida. Se comprueba que hay un consenso generalizado sobre la utilidad de la aplicación de sus principios, y notan cómo esas aportaciones se refieren a las deficiencias del modelo existente.

En la revisión de Buus et al. (2017), se sondean las investigaciones realizadas sobre este enfoque en países escandinavos. Se reporta un buen número de artículos sobre proyectos específicos que pretendían la adaptación de este modelo, verificándose la creciente expansión del mismo. No obstante, si bien el enfoque era muy bien recibido por sanitarios, pacientes y familiares, han tenido muchos problemas para la implementación. Se hallan diferencias en la manera de apropiarse del enfoque si se comparan distintos países al finlandés. Esto sugiere que, al seguir una filosofía contraria a la estandarización y descripción concreta de la práctica, se hace costoso una interpretación exacta que permita replicar este enfoque, dando lugar a la variabilidad existente.

## PROPUESTA ESPECÍFICA DE INTERVENCIÓN

Por lo expuesto anteriormente, en este artículo, se ofrece una propuesta de intervención. Ésta va más en la línea de sugerir una posible aplicación del dialogo abierto, basada en la revisión de diversos artículos, que de establecer una propuesta sistemática. Debido a las dificultades que supone levantar un programa, desde un enfoque basado en principios generales, se decide tomar como punto de referencia los doce elementos claves del diálogo abierto que propone Olson, et al (2014):

El tratamiento se empieza en un plazo máximo de dos días a contar desde la petición de ayuda psicológica al servicio. Durante la llamada se le plantea al paciente el deseo de que acuda a la primera cita, además de él, aquellas personas a las que la situación les afecte y quieran colaborar: parejas, padres, hermanos, amigos íntimos...etc. De igual manera, se prepara un equipo experto de un mínimo de dos personas que tengan formación en terapia. Es pertinente encontrar algún profesional que no sea psiquiatra o psicólogo (enfermeras, trabajadoras sociales, administrativos...etc). Es responsabilidad de quien recibió la llamada de organizar tanto el equipo terapéutico como las

reuniones periódicas. Estas deberían darse, al menos, una vez por semana durante 90 minutos. Sin embargo, se ha de ser totalmente flexible en cuanto a las características organizativas, adaptándose a las necesidades del paciente.

Dichas reuniones, en las cuales se forma un círculo terapéutico, no están programadas previamente en cuanto a su contenido. Los terapeutas pretenden escuchar y generar el diálogo para que surjan todas las voces de los asistentes. Los terapeutas también forman parte del diálogo, compartiéndose a sí mismos con sus conocimientos profesionales y personales, mostrando profundo respeto a los demás, sin poner etiquetas psiquiátricas, en un lenguaje común y sincero. Al inicio, se hablan de los temas que traen los propios pacientes, de sus preocupaciones, para ir dando paso a la toma de decisiones. En la terapia todo se delibera de forma conjunta: la toma psicofármacos, la hospitalización, el cierre la sesión...etc. Este proceso deliberativo y reflexivo, de voz audible, da lugar a intervenciones más transparentes, en la que todos son importantes. Se mantiene una actitud de no urgencia, sin búsqueda soluciones, sin pensar en cómo se va a enfocar el proceso, manteniendo la tolerancia a la incertidumbre.

Durante las sesiones, de número indeterminado, se favorece el uso de preguntas abiertas, que no se dirijan a nadie en particular, para favorecer la reflexión grupal. Los terapeutas deben: integrar los propios términos del equipo para usarlos ellos mismos en las respuestas, permanecer con una “escucha receptiva” que favorezca un clima cálido y tranquilo, mantener la congruencia con lenguaje no verbal de otro y respetar los silencios, pues, son momentos idóneos donde la creatividad suele aparecer en forma de voz. También, deben actuar en el momento en el que sucedan las cosas, no fuera de la terapia, dando lugar a la expresión de emociones, libre de interpretaciones. Asimismo, se trabaja bajo una perspectiva dialógica, que promueve el uso de preguntas dirigidas a las relaciones entre los miembros, lo cual, incita a todos a despertar sus voces.

Se trabaja de un modo en que se normalice el comportamiento sintomático, sin verlo como resultado de un trastorno mental, más bien, como una respuesta natural a las situaciones complicadas que está viviendo. Esto dota de cierta coherencia a la conducta. Es primordial que se escuchen las historias, las palabras que se asocian a los hechos que hacen sufrir a la persona, ya que se entiende que lo que falta es expresarlas, darles vueltas para encontrarles la voz, hacer decible lo indecible. Una vez logrado, el síntoma se esfumaría.

### 3. CONCLUSIONES

Se determina que el enfoque del diálogo abierto parece ser un cambio perspectiva que a priori tiene buenos resultados, sin embargo, no se ha comprobado cómo funciona en otros lugares. Es ahora cuando se están empezando a plantear los primeros estudios piloto en diferentes países al finlandés. Aun queda por avanzar en esta línea terapéutica de la que se puede esperar más. Además, para llevarlo a cabo se requiere de cambios políticos importantes que faciliten su desarrollo. Por ello, se deberían hacer más estudios enfocados a los ahorros económicos que a largo plazo podría suponer su aplicación, así como, mayor número de investigaciones experimentales que avalen la mejora en la calidad de vida de las personas. De igual forma, supone un reto para los profesionales, pues, requiere de entrenamiento y estar dispuesto a perder el poderoso rol de experto. La investigación futura podría dar respuesta a cuestiones sobre la viabilidad de su implementación práctica en diversos contextos.

- Aaltonen, J., Seikkula, J. & Lehtinen, K. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*, 3(3), 179-191. DOI: 10.1080/17522439.2011.601750
- Bellingham, B., Buus, N., McCloughen, A., Dawson, L., Schweizer, R., Mikes-Liu, K., Peetz, A., Katherine B. & River, J. (2018). Peer work in Open Dialogue: A discussion paper. *International Journal of Mental Health Nursing*. DOI: 10.1111/inm.12457
- Bergström, T., Alakare, B., Aaltonen, J., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. & Seikkula, J. (2017) The long-term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first-episode psychosis. *Psychosis*, 9(4), 310-321. DOI: 10.1080/17522439.2017.1344295
- Brown, J. M. (2012). Theory, practice and use of self in the open dialogues approach to family therapy: A simple complexity or a complex simplicity?. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33(4), 266-282.
- Buus, N., Bikic, A., Jacobsen, E. K., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J., & Rossen, C. B. (2017). Adapting and Implementing Open Dialogue in the Scandinavian Countries: A Scoping Review. *Issues in mental health nursing*, 38(5), 391-401.
- Gromer, J. (2012). Need-adapted and open-dialogue treatments: empirically supported psychosocial interventions for schizophrenia and other psychotic disorders. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 14(3), 162-177.
- Jackson, V. & Perry, A. (2015). Communication – a culture of open dialogue. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 36(1), 29-35. DOI: 10.1108/TC-12-2014-0042
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rääköläinen, V., & Syvälahti, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, 312–320.
- Lehtinen, K. (1993). Need-adapted treatment of schizophrenia: A five-year follow-up study from the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 96–101.
- Olson, M, Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA.
- Razzaque, R., & Wood, L. (2015). Open dialogue and its relevance to the NHS: opinions of NHS staff and service users. *Community mental health journal*, 51(8), 931-938. DOI 10.1007/s10597-015-9849-5
- Rosen, K., & Stoklosa, J. (2016). Finland in Boston? Applying Open Dialogue Ideals on a Psychotic Disorders Inpatient Teaching Unit. *Psychiatric Services*, 67(12), 1283-1285. DOI:10.1176/appi.ps.201600340
- Seikkula, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples from families with violence. *Journal of marital and family therapy*, 28(3), 263-274.
- Seikkula, J., Aaltonen, J. & Rasinkangas, A. (2003). Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-year Follow-up on First Episode Schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3(3), 192-204.
- Seikkula, J. (2014). “Diálogo abierto”, un abordaje finlandés, alternativo, para sanar la psicosis [Video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=4Xvp5vpwWf4&t=1561s>



# Suicidios y familias. Ingredientes en la evolución de los procesos de duelo y líneas de intervención

## Suicides and families. Ingredients in the evolution of grieving processes and lines of intervention

José Miguel Antón San Martín<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio Andaluz de Salud. Málaga, España. jmasanmartin@telefonica.net

### Historia editorial

Recibido: 01-02-2019

Primera revisión: 03-22-2019

Aceptado: 01-04-2019

### Palabras clave

familia, suicidio, duelo, ingredientes, intervención

### Resumen

A partir de los desarrollos terapéuticos efectuados con familias que han perdido a un componente por suicidio, se analizan las características particulares de estas familias, así como los procesos específicos de duelo que sufren. Se describen algunos de los componentes presentes en el proceso de duelo y su impacto a nivel familiar: El método usado y el lugar de la realización, la presencia o ausencia de “notas de despedida”, el momento evolutivo familiar en que se produce y que miembro lo realiza, los patrones comunicacionales y la interrelación entre los procesos de duelo individual y familiar. Se analiza la funcionalidad o disfuncionalidad de estos. Se concluye con la exposición de algunas líneas de intervención en estas familias tomando como eje central el dar sentido y comprensión al acto mediante un proceso de modificación de la historia oficial presentada por la familia a historias alternativas facilitadoras del proceso de duelo.

### Abstract

From the therapeutic developments carried out with families that have lost a component by suicide, the particular characteristics of these families are analyzed, as well as the specific processes of grief that they suffer. Some of the components present in the grieving process and their impact at the family level are described: The method used and the place of the realization, the presence or absence of “farewell notes”, the family evolutionary moment in which it occurs and which member performs it, the communicational patterns and the interrelation between individual and family grieving processes. It analyzes the functionality or dysfunctions of these. It concludes with the exposure of some lines of intervention in these families taking as a central axis to give meaning and understanding to the act through a process of modification of the official history presented by the family to alternative stories facilitating the grieving process.

### Keywords

family, suicide, grief, ingredients, intervention

El suicidio puede considerarse como una muerte traumática. Reúne las características de este tipo de muerte. Se produce de forma violenta, es prematura y no esperable, está estigmatizada socialmente y presenta efectos acumulativos a nivel afectivo, cognitivo y pragmático en el individuo y en la familia. Es un fenómeno presente en la historia de algunas familias (Antón, 2014; Antón, 2011; Walsh, 2007) como efecto, entre otros factores, de la existencia de patrones de comportamientos que se han transmitido de generación en generación validando dicho el acto como mecanismo resolutivo de conflictos (Antón, 2010; Ratnarajah y Schofield, 2007). Aunque se considera un acto individual, las repercusiones que presenta tanto a nivel familiar como social son traumáticas. Cada persona que se suicida deja detrás de sí a familiares y amigos cuyas vidas resultan afectadas en múltiples facetas (Cerel, Jordan y Duberstein, 2008; Cvinar, 2005).

Se han desarrollado toda una serie de estudios que confirman que el duelo por pérdida de un componente familiar por suicidio es diferente. Se han analizado las repercusiones que este acto provoca en los diferentes miembros familiares (Cerel et al., 2008; Cerel y Roberts, 2005; Lohan, 2002; Harwood, Hawton, Hope y Jacoby, 2002; Pfeffer, Karus, Siegel y Jiang, 2000; Farberow, Gallagher, Gilewski y Thompson, 1992) y lo hallado es compatible con lo diferencial de este proceso de duelo. Los resultados señalan una disminución de la cohesión y adaptación familiar, la presencia de más psicopatología en diferentes miembros familiares, un menor apoyo emocional y una mayor vergüenza, estigmatización y culpa. Aparece un responsabilizarse por la muerte, una sensación de rechazo a nivel social y una necesidad obsesiva de explicar el porqué de la muerte (Benítez, 2017; Shields, Kavanagh y Russo, 2017; Jordan, 2008). A los familiares del suicida se les juzga socialmente de forma más negativa con respecto a familiares con otro tipo de pérdidas (Jordan, 2001; Jordan, Kraus y Ware, 1993) siendo más reacios a buscar ayuda profesional (Cvinar, 2005).

A lo anterior habría que añadir otras particularidades: la presencia de lo que se ha denominado el “miembro diana/miembro doliente” a nivel familiar, las distorsiones comunicacionales y la creación de secretos; una rumiativa necesidad de explicar o el dar sentido a la muerte; una elevada responsabilidad por lo ocurrido, por conocer las motivaciones y sentimientos que llevaron a su familiar al suicidio; la amplificación de los tiempos en las tareas de duelo; el cambio irreversible en las epistemologías individuales y familiares (Antón, 2010) y la consideración de este duelo sin un final definido (Antón, 2010; Payés, 2010; Hogan y Schmidt, 2002).

Las distorsiones comunicacionales se han colocado en la base de lo complejo y dificultoso de este proceso de duelo (Walsh y McGoldrick, 2004). Se plantea que la evolución del duelo está basada en la posibilidad o imposibilidad de hablar sobre lo perdido, sea como mecanismo de afrontamiento familiar o como pauta comunicativa previa de la familia (Kissane y Bloch, 1994).

Un tema clave en la literatura sobre duelo es el reconocimiento de que cada experiencia de duelo es única e irrepetible a pesar de las redundancias encontradas. Su evolución depende de factores tales como las circunstancias de la muerte, las características del individuo en duelo, su relación con el fallecido, la provisión y disponibilidad de apoyo, así como un cúmulo de factores socioculturales. Walsh y McGoldrick (2004) señalan cómo la reacción de la familia al duelo depende de variables tales como el modo o forma de la muerte, el rol del fallecido, el funcionamiento familiar previo y la frecuencia y tipo de rituales.

Dentro de la complejidad del proceso de duelo familiar por suicidio se definen algunos componentes o ingredientes que pueden servir como guías tanto en la comprensión como en la intervención terapéutica con estas familias. Nos referimos al momento evolutivo de la familia (ciclo vital) y a quién realiza el acto, a la presencia o no de un mensaje de despedida y explicativo, a la forma y el lugar del acto, a la pauta comunicativa familiar previa, a la interrelación entre el duelo individual de cada miembro familiar y el de la familia en conjunto, y a la disponibilidad de apoyo y acompañamiento no solo de las familias de origen sino de los grupos locales más próximos emocionalmente. Éstos van a definir y marcar, entre otros elementos, como se produce la construcción del acto por parte de

## 2. INGREDIENTES EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PROCESOS DE DUELO

### COMUNICACIÓN Y DUELO

Pereira (2002) señala que con la muerte de un miembro en la familia se activan lo que denomina mecanismos defensivos. Éstos consisten en procesos tendentes a un reagrupamiento familiar, a una intensificación y proximidad de la familia de origen y redes sociales más próximas, a un descenso de la comunicación con el medio externo y a una atenuación en sus conflictos familiares previos. Son procesos facilitadores del duelo y protectores con respecto al impacto de la muerte. Cuando la pérdida se produce por suicidio todos estos mecanismos protectores de la familia se ponen en marcha, al igual que en cualquier proceso de duelo, aunque con singularidades. Este tipo de muertes provocan un impacto emocional más intenso que otras pérdidas. La onda de conmoción emocional familiar, parafraseando a Bowen (1989), es más profunda. Aunque la exposición al suicidio, como dice Jordan (2008), no significa necesariamente que se presente un impacto negativo significativo ni que la afectación sea similar entre los miembros familiares (Antón, 2013) el bloqueo y el impacto emocional inicial es generalizado.

Gaffney y Hannigan (2010) señalan la presencia al inicio del proceso de sensaciones de shock, de despersonalización, de sentirse robótico, alejado de la realidad y con deseos de aislarse. Habría que añadir la incredulidad, la negación, los sentimientos de irrealidad, de bloqueo y del inicio de rumiaciones constantes y permanentes con respecto a lo que ha pasado. Recurrencias presentes en estas familias. En estas condiciones se inician los rituales de duelo, los instituidos y marcados por el sistema sociocultural. Se produce un reagrupamiento familiar, incluidas las familias de origen, quienes, la mayoría de las veces, ponen en marcha estos rituales con los pasos sucesivos que requieren tanto a nivel de gestión extrafamiliar como intrafamiliar. Estos rituales son un primer nivel de apoyo emocional, de acompañamiento familiar y social. Lo prologando en el tiempo de todas estas reacciones, sentimientos y cogniciones, así como el bloqueo emocional causado (Antón, 2010) hace que estos procesos de ayuda no sean de todo eficaces.

En este momento comienzan a instaurarse las distorsiones comunicacionales descritas por Cerel, Jordan y Dubertein (2008) tales como la culpa, el mantener el suicidio como secreto y el autoaislamiento. La instauración de los secretos desde la imposición de las normas de cómo y a quién comunicar lo ocurrido, impuesta sobre todo a los niños y a las personas mayores, se realiza inicialmente como “mecanismo protector”, aunque lo que está presente es la inseguridad y el miedo sobre todo en el qué, el cómo y el cuando decirlo. La imposibilidad de articular un relato comprensible para la infancia provoca barreras y coaliciones que afectan al patrón comunicativo y relacional de la familia, así como a la creación de trastornos de conducta y emocionales en los niños (Antón, 2013; Cerel et al., 2008; Imber-Black, 1998; Berger y Paul, 2008). Ese mismo “mecanismo protector” está presente en la no participación de los niños en los rituales de duelo con el consiguiente efecto de distanciamiento en los procesos de despedida del fallecido y las repercusiones emocionales que trae parejo.

Existe otro elemento que añade aún más complejidad a este momento del proceso. Es aceptado que la cultura crea, influye, modela, limita y define el duelo (Rosenblatt, 2008). La valoración social que del suicidio se realiza, así como de las implicaciones locales y familiares que el mismo provoca tiene su imbricación en las distintas conceptualizaciones y actitudes hacia el fenómeno que la historia nos ha mostrado. A saber, el ocultamiento y el estigma del suicidio como construcción social. Las normas sociales y culturales no definen, por tanto, cuáles son las respuestas apropiadas en este tipo de experiencias (Dyregrov, 2003; Wagner y Calhoun, 1992) lo que provoca distorsiones comunicacionales y relacionales en los rituales de acompañamiento en el duelo (Antón, 2013). Dyregrov (2011) señala como los familiares aprecian la ayuda en la normalización de la vida por parte de los

grupos sociales más próximos. Y esto se consigue, sobre todo, cuando se alientan y se producen espacios donde poder compartir relatos.

Los tiempos de duelo tienen un marcado componente social y cultural. Se busca con prontitud la normalización y la vuelta a la vida. El forzar los tiempos de normalización por parte de algunos componentes familiares y las familias de origen intensifica el silencio, la evitación y el aislamiento como mecanismos de funcionamiento.

La ambigüedad social, las distorsiones comunicacionales junto con la implementación de secretos, la amplificación temporal de esta fase de duelo debido a la intensidad de las reacciones iniciales que presenta y una normalización forzada se pueden considerar como elementos no facilitadores del proceso de duelo.

#### DUELO INDIVIDUAL, DUELO FAMILIAR

El modelo de proceso dual de afrontamiento de la pérdida de Stroebe y Schut (1999, 2001, 2010) define dos categorías de factores, que denominan de estrés, asociados a cualquier proceso de duelo individual. Aquellos que están orientados hacia la pérdida y los orientados a la restauración. Los factores de estrés orientados a la pérdida hacen referencia a la concentración en la persona afligida, en la experiencia de pérdida en sí. La expresión emocional, la rememoración, el recuerdo, las rumiaciones con respecto a lo perdido, la evitación/negación de los cambios y un rompimiento de los lazos con la persona fallecida serían algunos de estos factores. Los orientados a la restauración se refieren a un reorientarse en un mundo sin la persona fallecida y por lo tanto cambiado. Una nueva planificación de la vida, el hacer cosas nuevas, la búsqueda de distracciones y la evitación de la pena serían, en general, sus componentes. La intrusión definiría los factores orientados a la pérdida mientras que la evitación especificaría los orientados a la restauración. La evolución del proceso de duelo vendría definida por la oscilación que se produce entre ambos tipos de factores. Lo funcional vendría por el balanceo entre aceptar la realidad de la pérdida y el aceptar la realidad del mundo cambiante, el experimentar el dolor de la pena y tomarse un tiempo libre de la misma, el reajustar la vida recolocando emocionalmente al fallecido y seguir adelante; y el desarrollar nuevos roles, identidades y relaciones.

La interconexión de los procesos individuales y familiares puede considerarse como otro elemento funcional o disfuncional en el proceso de duelo. Es necesario un acoplamiento en la oscilación que, en general, no se produce en estas familias. Se presenta una tendencia a la rigidez bien en una posición de pérdida, bien en una posición de restauración provocando un aumento añadido en la incomunicación, en la soledad, en el aislamiento y en un no compartir. La ausencia de una oscilación individual y el posicionamiento rígido en una de las dos posturas provoca conflictividad añadida. Se articulan “bandos familiares” cuyo objetivo, disfuncional, es la imposición de cual de las dos posiciones es la más adecuada en el manejo del duelo.

La familia Álvarez la componen los padres y dos hijos de 28 y 23 años. Fue su hijo menor quien se suicidó. Toda la intervención se realizó con la madre ante la negativa de su marido e hijo de no poder acudir por “motivos laborales”. Una de las quejas de Inés, ubicada en la posición de la pérdida de forma rígida, es la imposibilidad de hablar de su hijo fuera de pequeños comentarios. Presenta una necesidad de exteriorizar y de traer continuamente a su hijo en su relato que no encuentra encaje a nivel familiar al ubicarse su esposo e hijo en el lado de la restauración con la casi imposición de ir hacia adelante, de pasar página, de seguir sus vidas. Esto ha provocado una escisión familiar que ha llevado, por ejemplo, a que en los rituales de duelo posteriores al entierro, tales como de acudir al cementerio, solo participe la madre. Algo similar ha ocurrido en la familia Castro puesto en evidencia en la realización de un cuadro del hijo perdido y el planteamiento de en qué lugar de la casa se ubica. En el salón, lugar de encuentro familiar o en una de las habitaciones. El cuadro se ha realizado, pero no se ha colgado. Representa una metáfora del desacoplamiento en cuanto estilos/posiciones: pérdida versus restauración.

## MODO/FORMA Y LUGAR DE LA MUERTE

En la bibliografía general sobre el suicidio es aceptado que la frecuencia de mismo depende de factores tales como la región, el país analizado, la edad, el género, la distribución estacional, la raza, etc. (Nock, Borges, Bromet, Kessler, Cha y Lee, 2008; O.M.S.,1976). Existen toda una serie de condicionamientos sociales y culturales que definen incluso el método usado: ahorcamiento, precipitación (altura, tren), envenenamiento y arma de fuego. Es conocido como el método cambia de acuerdo con el país y/o la raza y a la disponibilidad de acceso al mismo.

La valoración que del acto construya la familia viene marcado por lo agresivo del mismo. La brutalidad del disparo en la cabeza, el precipitarse desde alturas importantes o arrojarse al tren envían un mensaje definitorio a la familia: el deseo irrenunciable de buscar la muerte. Lo brutal del encuentro con el cadáver, por el deterioro, deformidad e incluso irreconocimiento del mismo, marca, incluso, como deben realizarse los rituales familiares y sociales iniciales del duelo por la introducción de las instituciones judiciales. Por otra parte, dónde se realiza el acto envía otro mensaje (con mayor o menor nivel de percepción desde lo agresivo) a la familia.

La familia García compuesta por la madre y dos hijas, ya independizadas y con familias propias creadas, acuden a una primera sesión de valoración familiar dentro del *Programa de Intervención con Familias en Duelo por Suicidio*. Su marido se ha suicidado ahorcándose en un árbol en el campo. En un momento de su relato, de como ocurrió, plantean que fue algo meditado, preparado y con un arreglando todo lo pendiente. La elección del sitio se realizó pensando en ellas. No fue al azar. No solamente no eligió los múltiples sitios donde realizarlo en la casa del campo (garaje, escaleras, ventanas altas) sino que lo realizó dentro de las tierras de su pertenencia en un lugar apartado para “que nosotros pudiéramos seguir yendo allí”. El mensaje para esta familia es que no deseaba invalidar un lugar de vida. En otras familias, el mensaje es lo contrario. El marido de María y Javier (casos descrito en Antón, 2010) se suicidaron, uno mediante un disparo en la cabeza y el otro por ahorcamiento, uno en el garaje, y el otro en su habitación. A partir de ese momento esos lugares quedan excluidos para la convivencia. E incluso provocaron la imposibilidad de convivir en ellos. María siempre sintió que el realizarlo de esa forma y en su casa fue un acto de venganza a la ruptura temporal de la pareja cuando descubrió la infidelidad de éste.

El marido de Sandra se suicidio por ahorcamiento en el garaje (transformado en salón juegos y de encuentro familiar) de la casa. Tardó varios años en poder volver a pesar de haber realizado toda una serie de reformas con el objetivo de “borrar” lo ocurrido. Cada vez que entraba en la casa la angustia y la ansiedad comenzaban a presentarse con unos niveles tan altos que tenía que abandonarla. Necesitaba acompañarse de sus padres para poder recoger, sobre todo, ropa de sus hijos. Intentos de recuperar la casa, de forma prematura, provocaron la presencia de miedos, no solo en ella sino en una de sus hijas. La agresividad que en un momento del proceso aparece no solamente se enfoca al acto, al abandono y al dolor que provocaron sino también a la inutilización de la casa como lugar de continuar sus vidas. “De tantos sitios como tenía ¿por qué tuvo que escoger la casa?”.

El cometer el acto suicida alejado de los lugares de convivencia se puede señalar, no tanto como un elemento facilitador del duelo, algo excesivo, aunque sí como elemento que no añade más dificultad al proceso. Carlos, el padre de Rosa, murió por ahorcamiento en un árbol donde solía sentarse cuando salía pasear por el campo. Se convirtió en un lugar donde cada cierto tiempo se desarrollaba el ritual de llevarle flores toda la familia. Era un lugar especial para él.

## NOTAS DE DESPEDIDA

La frecuencia de las notas de suicidio varía mucho de un estudio a otro, abarcando un rango que iría del 15% al 42% (Salid, Cawley y Healy, 2002). Si bien es algo que no se da de forma frecuente, cuando se produce, permite introducirla en la comprensión de lo ocurrido para la familia. Hasta hace unos años siempre se realizaba en papel, tanto en formato de nota como de carta. Actualmente la forma ha cambiado con la introducción de las llamadas “nuevas tecnologías”. El uso de la mensajería a través de los móviles o incluso la realización de videgrabaciones como mensaje pós-

tumo comienza a ser habitual. Independientemente del formato usado, la realización de un mensaje de aclaración, despedida y/o solicitud de perdón puede facilitar el dar un sentido a la muerte y por tanto posibilitar un descenso de la rumiación por parte de la familia en cuanto a la motivación, razones y momentos previos del fallecido. No obstante, la imposibilidad de poder acceder a estos últimos mensajes en el móvil (desconocimiento de las claves de acceso o uso de la huella digital) en cuanto a contenido y a quien iban dirigidos; y los intentos repetidos tanto a nivel personal-familiar como en la búsqueda de técnicos que puedan desbloquearlos (pedidos no aceptados la mayoría de las veces) provocan bloqueos en esta búsqueda de significados. El darle un sentido, un significado, el crear un relato comprensible de lo ocurrido se ha planteado como algo imprescindible en la elaboración de estos procesos de duelo (Antón, 2010; Payés, 2010; Owens, Lambert, Lloyd y Donovan, 2008). Usamos los relatos/narraciones en el proceso constructivo de la identidad dotando de un sentido y significado a nuestra vida en un proceso circular constante.

El marido de Alicia murió por ahorcamiento. Al lado del cadáver encontraron una nota que decía. “Abre el ordenador”. Tardó en realizarlo, pero cuando reunió fuerzas, encontró una videograbación de despedida y de solicitarle perdón. Durante unos 15 minutos fue desgranando cuestiones como la necesidad que le perdonaran ella y sus hijos, lo mucho que los quería, que era la única salida y algunos otros temas pendientes a nivel familiar. Lo que no dijo, y que Alicia esperaba, era el porqué lo había hecho. Cuales habían sido sus razones. De forma obsesiva visionaba y escuchaba la videograbación buscando indicios que pudieran ayudarla a entender lo que había pasado, a comprender como había ocurrido. “Estaba bien, no había problemas...no iba bien el negocio, pero otras veces había pasado y se había salido”. Lo único particular de la grabación era el tiempo que le dedicaba a su familia de origen junto con un pedido repetido consistente en que “no les contara nada de como había muerto”. El visionado de la grabación en una sesión individual con Alicia, con el objetivo de ayudarla en este proceso y sacarla de su comportamiento obsesivo de visionado, permitió darle un entendimiento a lo ocurrido. Alicia vivía con su hija fruto de una relación previa que finalizó con un divorcio complicado. Así estuvo años, trabajando, cuidando de su hija, hasta que conoció a Alfredo. Llevaba unos años en España procedente de Sudamérica intentando labrarse un futuro mejor que el que hubiera tenido allí. Se casaron y tuvieron dos hijos. A pesar de estar tan lejos mantenía un contacto muy frecuente con su familia de origen. Alicia relataba como el tiempo que les dedicaba y el dinero que continuamente les enviaba provocando situaciones precarias económicas había generado muchos conflictos internos. A través de las sesiones se fue construyendo un relato del tipo de relación que presentaba y el legado, la deuda económica y emocional, que mantenía con su familia de origen. La migración supuso una desvinculación dolorosa tanto individual como familiar, así como una deuda económica con su familia de origen. El esfuerzo para desprenderse de él, hijo mayor y soporte a todos los niveles, se acompañó de una deuda contraída con la misma, de un pedido, explícito e implícito, de tener que cumplir con su obligación después del esfuerzo realizado. Llevaba meses sin poder mandarles dinero lo que trajo aparejado un descenso importante en la comunicación con ellos. Había fracaso. El no poder cumplir el mandato, con el legado suscrito, con la deuda contraída, se consideró como un elemento comprensivo de su acto.

#### PERSPECTIVA EVOLUTIVA. QUIÉN ES EL FALLECIDO

Se da una constatación clínica, en cuanto a repeticiones/redundancias, que el impacto familiar de la muerte por suicidio viene marcado, entre otros factores, por qué miembro familiar lo ha realizado y que funciones desempeña. Es decir, el momento de desarrollo evolutivo en el que se encuentra la familia. Se parte de un concepto amplio del desarrollo que abarcaría todos los procesos co-evolutivos vinculados al crecimiento de la familia, incluyendo los procesos de continuidad y cambio relacionados con todos los hechos que alteran y modifican la trama de la vida familiar. No solo se incluirían las tareas normativas evolutivas propias de cada fase, tanto intrafase como interfases, sino también las no normativas, como las migraciones o las enfermedades. Incorpora también las lealtades invisibles, las triangulaciones intergeneracionales, los duelos no resueltos, los mitos,

los secretos, etc. Cada familia difiere de las demás en cuanto a lo particular y específico de su senda de desarrollo, marcado por la conceptualización que presentan de su historia (Falicov, 1991; Carter y McGoldrick, 1980). El desarrollo de la familia se comprende desde lo trigeracional y como un proceso recursivo sin principio ni fin.

A nivel expositivo se tomará como eje rector al integrante familiar que ha realizado el acto suicida.

### 1. Pérdida de la pareja en los inicios de su formación.

Rosa de 39 años ha finalizado dos relaciones conflictivas. De su primera pareja, de 5 años de relación y con una hija, se divorció a raíz de una infidelidad. Definía su relación de pareja desde sus sentimientos de soledad, de no ser escuchada y atendida, de un rol de “florero” y de estar visible. Bajo estas condiciones decidió romper la pareja e iniciar una nueva relación con el impacto familiar que provocó. Nadie aceptó esta decisión y a partir de aquí la relación con su familia de origen se definió desde el abandono, la distancia, el ostracismo y la ausencia absoluta de comunicación con ella y con su hija. “Me repudiaron”. Su relación, especialmente con su padre, rector de los mandatos familiares, de ser conflictiva pasó a ser ausente. En estas condiciones todo giraba en torno a su hija y a la creación de una nueva relación de pareja. Aquí depositó todo su mundo emocional. Pasó de una relación con su primera pareja y marido de ser reconocida desde lo ausente, a una nueva relación donde el reconocimiento era desde la agresión física. La necesidad de proteger su hija y a ella de esta violencia provocó la ruptura. A partir de este momento su vida era su hija y el trabajo. A pesar del mensaje enviado a su familia de “me equivoqué”, con un pedido indirecto de recuperación familiar, todo siguió igual. Estaban solas. En las pocas salidas que podía realizar conoció a Sergio. Estaba recién separado con un hijo pequeño. Comenzó una nueva andadura relacional. Como vivían en localidades distintas era los fines de semana cuando realizaban la convivencia los cuatro. La familia de Sergio no aceptó la relación, e incluso la culparon de interferir en el matrimonio y facilitar el divorcio. Bajo estas condiciones se comenzó a estructurar la relación de pareja. Sergio era una persona muy reservada, no hablaba mucho, no realizaba intentos de introducirla en su familia, se aislaba ante la mínima discusión, no aceptaba el cuestionamiento o la mínima frustración. El último fin de semana de convivencia, se fue enfadado y envió un mensaje a la hermana de Rosa, y no a ella, donde mostraba lo encantado de haberla conocido. Esa noche se suicidó.

El estar en un momento de formación de la pareja, la distancia geográfica que limitaba y condicionaba su relación, la no aceptación de la relación por parte de la familia de origen de Sergio, la negativa a no incluirla en los rituales de despedida y, sobre todo, el perdón y la recuperación de su familia que se produjo a raíz del fallecimiento fueron condicionantes que facilitaron el proceso de duelo.

### 2. Pérdida de la pareja en fase de consolidación.

La familia Rodríguez estaba compuesta por la pareja y dos hijos (segunda infancia). Llevaban más de una década juntos. Una familia tranquila y sencilla. El trabajo, la casa, el colegio de los niños, las vistas a las familias y algunas penurias económicas definían el funcionamiento familiar. Nada importante. Gracia era la gestora, el soporte en un sentido amplio. El único problema era que su marido, previamente definido como con un carácter ausente e introvertido, estaba un poco deprimido. En la convivencia diaria estaba más distante, a lo suyo. Un día salió a trabajar y no volvió. Lo encontraron ahorcado en un árbol con una nota en el bolsillo del pantalón donde se despedía señalando lo mucho que los quería. Salvo la desconexión familiar y social (Antón, 2010; Neuburger, 1997) achacada a su depresión no había otros elementos comprensibles de lo ocurrido. Alrededor de la ésta se tejió un relato comprensible de lo ocurrido. Fue la culpable y la responsable de su muerte. Al año y medio de la pérdida, Gracia inició una nueva relación de pareja en un intento de normalizar la vida familiar.

No obstante, esta sencillez no ejemplifica la pauta habitual. Los procesos de duelo de las familias de María, Alicia o Sandra, por ejemplo, fueron mas dificultosos. Los tiempos empleados en los mismos para alcanzar la última etapa, fase o momento de reafirmación del sentimiento de pertenencia

cia al nuevo sistema familiar (Pereira, 2002), de reinversión en otras relaciones y metas en la vida (Waslh y McGoldrick, 2004), de acomodación (Neimeyer, 2002) o de recolectar emocionalmente al fallecido y continuar viendo (Worden, 1997) fueron largos y con bloqueos constantes. La construcción de la muerte como acto agresivo y de abandono de la familia facilitan construcciones narrativas que alejan al difunto, y en cierta medida facilitan el duelo. Se pasa de “lo que ha hecho” a “lo que nos ha hecho”. De un plano constructivo narrativo focalizado en el fallecido a la ampliación del foco al efecto destructivo a nivel familiar.

### 3. Pérdida de un hijo adolescente.

Las pérdidas de un hijo adolescente o joven adulto son las que más conmoción emocional provocan a nivel familiar. Son estas pérdidas las que presentan la mayor complejidad de todos los procesos de duelo. Podemos definir el proceso duelo en estas familias como duelos sin fin.

La afectación emocional que provoca el suicidio es desigual en los componentes de la familia en cuanto a la presencia e intensidad de los sentimientos e incluso en el desarrollo de diferentes psicopatologías. Varían de una familia a otra. Pero en el caso de pérdida de un hijo adolescente el impacto es generalizado. La familia Fernández está compuesta por los padres y tres hijos (17, 13 y 7 años respectivamente) varones. Su hijo de 17 años se suicidó por precipitación minutos antes que su padre fuera a recogerle al piso que compartía con los compañeros de universidad. Era su primer año de estudios. Todos los miembros familiares mostraron la presencia de síntomas. El pequeño, con diversos trastornos de conducta presentes en el contexto escolar, así como reacciones de tristeza, desganancia, aislamiento, apatía y bajada en el rendimiento escolar. Esto provocó la introducción de sistemas extrafamiliares: escolar y social, como mecanismos de protección del menor, por la percepción social de lo inadecuado de las pautas de cuidados y crianza que en ese momento sus padres estaban realizando. Esto indujo una elevación del monto de angustia que sufrían los padres por el cuestionamiento social realizado. Se había marcado a la familia como inoperante e incompetente. Salvador, de 13 años se aisló de su mundo social y se convirtió en el guardián emocional y protector de su madre (parentificación), no por el miedo a que su madre realiza un nuevo acto suicida, sino por la desconexión que realizó con respecto a la realidad: aislada, encerrada de forma continua y permanente en la habitación de su hijo, con una renuncia casi total de sus funciones y roles familiares, y un abandono de su persona. El padre con una focalización en su trabajo y una mayor distancia con respecto a su esposa. Un no estar. Pero esta situación familiar no era fruto solamente del fallecimiento de su hijo. Hacía años que la pareja se encontraba en una situación de “como si”. Se había producido un divorcio emocional intenso que favoreció la distancia familiar del padre, sus frecuentes salidas, su “no echar cuenta de nada”. Su función era el trabajo y el facilitar el sustento económico. El refugio de Cristina fueron sus hijos, sobre todo su hijo mayor, y el cuidado de su madre, alternando sus tiempos entre los dos hogares. Alberto, su hijo mayor, presentó dificultades en sus relaciones sociales con una casi total ausencia de las mismas, a excepción de las obligatorias a nivel escolar. Se convirtió en el sustento, en el soporte emocional de su madre, facilitando un mayor desligamiento a nivel social, todo entendido de forma recursiva. En estas circunstancias se produjo su salida de la familia y su enfrentamiento a un proceso de desvinculación e individuación, a lo sumo, dificultoso (Cancrini y La Rosa, 1996).

Se ha señalado que las familias con un miembro suicida muestran características particulares tales como la pobreza en sus relaciones sociales, la expresión abierta de conflictos, la presencia de alteraciones emocionales en alguno o varios de sus miembros, la presencia de hostilidad/agresividad tanto explícita como implícita y la disminución de su pauta comunicativa (Antón, 2013). La familia Rodríguez encajaría en estas características.

### 4. Pérdida de un joven adulto.

A excepción de su hija mayor que se había casado recientemente, aunque su vida seguía realizándose la mayoría del tiempo con sus padres, todos los hijos de la familia Castro (otros cuatro hijos varones) convivían en el núcleo familiar. Jóvenes adultos con trabajos, parejas y vida social, pero con pocos deseos de independizarse. Todo giraba en torno a la familia con estilos cohesivos de fun-

cionamiento, aunque como se verá posteriormente, con escasa comunicación interna. Fue Francisco (el cuarto hijo) quien perdió la vida ahorcándose en un árbol en un punto alejado de la localidad donde habitaban. Todos tenían claro quién era el responsable. Desresponsabilizaban a su hijo de lo ocurrido colocando la culpa en su pareja. Era algo externo a la familia lo que había provocado la desgracia (Owens et al., 2008). Durante su último año los conflictos de la pareja, alternando momentos de ruptura con reencuentros, habían sido una constante en su relación. Debido a lo hermético de Francisco en cuanto a compartir sus dificultades, esta relación había sido percibido por todos los miembros de la familia como meros espectadores. A esto añadían que el último contacto fue con su expareja a través de mensajes de móvil donde amenazaba con hacerse daño, algo frecuente y repetido en los momentos de desencuentro de la pareja, como en sesiones posteriores se desveló. “Ni siquiera se dignó a avisarnos”. A excepción de la culpa por no haber sido conscientes de lo mal que se encontraba, toda la agresividad vinculada a la pérdida se enfocó hacia ella y hacia su familia. Ésta había optado por el silencio y la distancia –no concurren al entierro– lo que facilitó la validación de la historia oficial familiar de responsabilidad, a la par que intensificó de forma exponencial su agresividad hacia ella y su familia. La necesidad de validar su historia oficial los llevó al intento, de forma obsesiva, de acceder a su teléfono móvil. Primero en la búsqueda como tarea familiar de claves para, posteriormente, pasar a un peregrinaje por diferentes profesionales que pudieran desbloquearlo y así poder acceder a estos últimos mensajes considerados vitales y esclarecedores de todo lo ocurrido en los momentos previos. Todo fue infructuoso. Los profesionales se negaron y la familia no encontró las claves. Esto es un ejemplo de lo señalado previamente cuando se planteaba el uso de las notas de despedida como elemento esclarecedor, cara a un relato comprensible familiar, de lo ocurrido.

A lo largo de las sesiones, y en los distintos formatos realizados: familia, pareja, individual con los distintos miembros familiares, comenzaron a vislumbrarse detalles, hechos y acontecimientos que permitieron ir modificando la historia oficial. Las dificultades de la relación, que se venían produciendo desde hacía unos meses, y el miedo a perderla desencadenaron más distancia y aislamiento que de costumbre, e incluso el día previo al suicidio presentó toda una serie de conductas extrañas. Percibían que estaba deprimido, pero no provocó alarma. Por otra parte, el funcionamiento rutinario de Francisco estaba marcado por la necesidad de resolver los problemas ya, con estilos personales y relacionales de dicho y hecho, independientemente a quien o que tuviera que movilizar, mostrando rasgos de personalidad disfuncionales en cuanto a sus maneras de afrontar y enfrentar. Los hermanos conocían las dificultades de pareja y las formas de funcionar a la hora de enfrentarse a ella llegando a situaciones previolentas que forzaron consultas psicológicas en él por parte de la pareja. El posible desvelamiento de la presencia de otra relación en los últimos meses previos al suicidio y cuando la relación estaba muy deteriorada, la dependencia emocional con respecto a ella y el control posesivo eran relatos que continuamente iban apareciendo a lo largo de las sesiones y que sirvieron para una co-construcción diferente de lo que había ocurrido y con que tenía que ver. El “carácter” impulsivo y a veces agresivo de Francisco, su necesidad de funcionar en el ámbito familiar como “dicho y hecho”, la relación conflictiva, posesiva y agresiva con su pareja, la explicitación a sus hermanos por parte de la pareja de lo imposible de la relación (mantenido en secreto por sus hermanos cara a sus padres), los episodios depresivos sufridos, el miedo a perderla por la sospecha de una nueva relación, su desligamiento relacional en los últimos días, los comportamientos erráticos como sus recorridos por los alrededores del cementerio minimizados y no valorados, a pesar de ser percibidos por todos, y la construcción de la pareja como persona sufriente, entre otros elementos, facilitaron el descenso de la agresividad, la atenuación emocional y la redistribución de las responsabilidades. Estas particularidades y su introducción en la historia oficial fomentan la modificación de la misma y por lo tanto la evolución del proceso de duelo. Se creó una nueva historia co-construida en la interacción con la familia (Sluzki, 1994 a, b).

### 5. Pérdida de un padre/madre.

Evolutivamente la familia se encontraría en la fase de retiro de la vida activa y la vejez de Haley (1980) o en las últimas etapas de la vida de Carter y McGoldrick (1980). Es la etapa que se inicia con la marcha del hogar del último hijo. Los padres tienen que afrontar tareas tales como el reaprender a vivir solos, el focalizar en la pareja, en la aceptación de la vejez y sus limitaciones y en un continuo enfrentamiento con las pérdidas.

Retomemos a la familia García. José, el padre, de 87 años llevaba, sobre todo, el último año cambiado. Comenzaba a sentirse que estaba diferente. Se le olvidaban contenidos de las tareas, e incluso las mismas tareas, de gestión de sus propiedades, estaba más enlentecido y le costaba todo mucho más. Su familia colocó como punto de inflexión de su cambio una intervención quirúrgica sin importancia. Comentaba frecuentemente que “su cuerpo no tiraba”. En los últimos meses había pedido a una de sus hijas si podía ayudarlo en algunas actividades y, en otras, delegó en ella. Era una persona muy “activa”, muy “vital”, que necesitaba continuamente “sentirse útil”. Y parecía que últimamente no se sentía así. La presentación del relato de esta familia mostraba un contenido que definía una situación previa de vida, unas razones o causas-una necesidad personal de no poder seguir sin lo que para él era prioritario y básico desde su existencia, un ir arreglado todos los asuntos, una búsqueda de un sitio alejado pensando en ellas- y una decisión final. La historia oficial presentada mostraba una coherencia que, junto con un respeto por su decisión, naturalmente no compartida y con un impacto emocional familiar costoso, facilitó la elaboración del proceso de duelo. Generalmente los actos suicidas en este momento vital provocan una conmoción familiar de menor magnitud que las pérdidas de un hijo. El considerar el envejecimiento, la enfermedad, el deseo de no ser una carga, etc. como elementos comprensibles del acto facilitan el proceso. La familia de Carlos desde el primer momento comprendió que el cáncer terminal que padecía había sido la razón de su decisión.

La consigna vital y evolutiva que dice que “los hijos siempre tienen que sobrevivir a los padres” se cumple.

### 3. LINEAS DE INTERVENCIÓN

En publicaciones previas (Antón, 2010, 2013, 2014) se había planteado como la demanda inicial siempre venía marcada y definida por el correlato sintomático del denominado “miembro doliente/diana familiar”. Se consideraba que esto era producto, por una parte, del estigma y de la búsqueda de apoyos informales y no profesionales (Vessier-Batchen y Douglas, 2006) y por otra, como mecanismo protector familiar. Sin negar estas dos consideraciones, la creación del “miembro doliente” puede ser fruto, también, del tiempo que se produce entre el acto suicida y el impacto familiar que provoca y el pedido de intervención. Como se ha señalado previamente el impacto de un fallecimiento en la familia provoca una serie de mecanismos de protección, que en caso de la pérdida por suicidio pasan a ser mecanismos disfuncionales habituales a nivel familiar. Nos referimos al reagrupamiento familiar y a la restricción del contacto con lo social, así como a la disminución comunicacional tanto intra como extrafamiliar. Esto favorece la soledad y la incomunicación, ingredientes propiciatorios de la aparición del “miembro doliente” en el manejo del proceso de duelo por parte de la familia, condición considerada disfuncional en cualquier proceso de duelo. El acortar los tiempos entre el acto y la intervención familiar facilita la evitación del aislamiento, el compartir emociones y sentimientos junto con la creación relatos atribucionales más funcionales a nivel familiar evitando la colocación del dolor y sufrimiento solamente en una persona.

La comprensión del acto, así como la reatribución de la culpa y la responsabilidad por lo ocurrido se considera el eje director en la intervención familiar. El dar un significado al acto suicida está presente a lo largo de las sesiones independientemente del formato realizado (individual, pareja, familia). Cuando no se puede realizar existe mayor riesgo de presentar diferentes síntomas en los

miembros familiares, así como a la pérdida de significado en la vida y en la propia identidad (Shields et al., 2017; Lichtenthal, Currier, Neimeyer y Keesee, 2010). Cuando el sobreviviente es capaz de lograr un sentido, un significado en relación con la muerte traumática, la angustia se reduce (Waljarvi, Weiss y Weinman, 2012).

Se opta al inicio del proceso terapéutico por el formato familiar, cuando es posible, debido a la tendencia de estas familias al silencio, a la incomunicación, a la creación de secretos, a la ausencia de espacios donde contar historias (Antón, 2013), al no compartir emociones y a la consideración de deslealtad ante las mínimas diferencias, incluso en la manifestación de emociones y sentimientos (Ratnarajak y Schofield, 2007; Walsh, 2007). Las sesiones familiares indirectamente suponen un rompimiento a estas pautas de funcionamiento familiar, por una parte, y por otra, la creación de espacios temporales donde compartir y construir historias alternativas a las oficiales (Sluzki, 1994 a, b.). La creación en las sesiones de alianzas terapéuticas basadas en la confianza, la empatía y la tolerancia sirve de ejemplo para la familia en cuanto pauta comunicativa para instaurar en su vida diaria. A lo largo del curso de la intervención se produce una oscilación, necesaria e imprescindible, entre lo familiar y lo individual. La disponibilidad de los diferentes miembros familiares a acudir a las sesiones, las consideraciones estratégicas de intervención en cada situación familiar y sobre todo la necesidad de alejarse de las prácticas terapéuticas basadas en el prejuicio que para cambiar o ayudar a las personas basta con cambiar las relaciones familiares sin tener en cuenta los procesos internos individuales (Boscolo y Bertrando, 1996) justifican este balanceo.

En el proceso del duelo por suicidio se considera que el trabajo con modelos/fases o etapas debe abandonarse ya que “no hay evidencia empírica que demuestre que las personas que experimentan un duelo atraviesan todas esas fases, ni siquiera que estén vinculadas con la adaptación” (Stroebe, Schut y Boerner, pp. 598, 2017). El trabajo con modelos de tareas tanto a nivel familiar (Pereira, 2002; Walsh y McGoldrick, 2004) como a nivel individual (Payés, 2010; Worden, 1997; Neimeyer, 2002) debe ser prioritario, aunque implementadas de forma orientativa y no secuencial debido a lo complejo y diferencial de este duelo.

## TAREAS

Se plantean como tareas a implementar durante el proceso de duelo familiar por suicidio las siguientes:

- Dar sentido y comprensión al acto, introduciendo el tema de la culpa y la responsabilidad familiar en el acto suicida. Búsqueda de un cambio de la historia oficial a historias alternativas (Sluzki, 1994 a, b). Uso de los “universales suicidas” (Antón, 2013).
- Favorecer la expresión de las emociones y sentimientos no solamente en las sesiones sino en los diferentes contextos: familia, familia de origen y núcleos sociales más próximos a nivel afectivo.
- Comprensión de los síntomas como elementos reactivos a la pérdida.
- Evitar las normalizaciones forzadas y atemporales por parte sobre todo del núcleo familiar y de las respectivas familias de origen.
- Fomentar un cambio en las pautas de comunicación familiar (silencio, secretos, ambigüedad) como objetivo prioritario en las sesiones.
- Respetar los tiempos familiares (Boscolo y Bertrando, 1996)
- “Decir hola” (White, 1994), sobre todo cuando los tiempos entre el acto suicida y la intervención sean largos y principalmente con el “miembro doliente/diana.
- Introducción en el proceso de duelo familiar a los niños y adolescentes a través del proceso terapéutico bien participando en las sesiones o a través de tareas asignadas a los familiares. Introducción, lo más rápido posible, de “normalización” en el día a día. Implementación de las rutinas diarias. Evitación en la creación de secretos.
- Facilitar el cambio narrativo a nivel familiar de “lo que ha hecho” a “lo que nos ha hecho” a través de permitir la expresión de las emociones y sentimientos considerados como ne-

- gativos: agresividad.
- Respetar los rituales existentes de duelo individuales y familiares cuando sean funcionales e implementarlos, de forma progresiva, cuando no existan o haya que modificarlos (Imber-Black, Roberts y Whiting, 1990; Boscolo y Bertrando, 1996).
- Recuperación de las redes sociales más próximas.
- Reorganización de roles y funciones sobre todo en las pérdidas de parejas y padre/madre. Apoyo de las familias de origen.
- “Seguir viviendo” con la pena y la ausencia.
- Y por último la consideración del proceso de duelo familiar por suicidio como un “duelo sin fin”. Luisa, en psicoterapia desde hace más de un año por el suicidio de su hijo de 16 años, describe a través de una metáfora la diferencia entre sufrir esta pérdida de otras pérdidas que ha sufrido (la de su marido por cáncer hace unos años). Plantea que “es como leer un libro. Las personas leen el libro y cuando lo finalizan cogen el libro y le guardan en la biblioteca o en un sitio similar. Cuando pasan cerca o alguien les comenta algo del libro o que puedan relacionar con el libro se acuerdan, pero el libro está acabado. Para mí, el libro nunca se acaba de leer. Cuando se llega al final aparece otro capítulo. Se lee uno y cuando finaliza siempre aparece otro. Es un libro que no se acaba de leer nunca”.

Sluzki (2011), en su trabajo sobre duelos, plantea que a medida que la cotidianidad se va reconstituyendo los fantasmas van desvaneciéndose. En este tipo de muertes violentas, éstos, se empeñan en quedarse y permanecer.

#### 4. CONCLUSIONES

Los procesos de duelo familiar por suicidio presentan unas particularidades y características diferenciadoras con respecto a otros tipos de duelos. Esto motiva que el abordaje de estas familias debe contar con elementos propios tanto en la comprensión del proceso como en las pautas terapéuticas a implementar. A partir de los desarrollos terapéuticos realizados con familias con estas problemáticas se han ido perfilando una serie de redundancias en cuanto a ingredientes presentes en la evolución del duelo. La introducción de estos componentes, en cuanto a la disfuncionalidad que puedan provocar, pueden ser de gran utilidad en el proceso terapéutico.

El formato inicial familiar no solo se señala como necesario sino como imprescindible. El cambio de formato a pareja y/o individual vendrá marcado por la línea estratégica definida con cada familia. Se señalan una serie de tareas o intervenciones específicas que se han observado como útiles en el abordaje de estas familias y facilitadoras de la evolución de estos duelos tan complejos.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antón, JM. (2014). *Suicidios y Duelos. 1ª Jornadas Internacionales sobre el Abordaje Multidisciplinar de la Conducta Suicida*. Ponencia. 14-15 Noviembre. Málaga.
- Antón, JM. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Mosaico*, 55, 47-60.
- Antón, JM. (2011). *Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica en una población española*. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga.
- Antón, JM. (2010). El impacto del suicidio en la familia. El proceso específico del duelo familiar. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 24, 109-123.
- Benítez, L. (2017). Características resilientes y maladaptativas en el proceso de duelo por suicidio en las familias. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 36, 57-68.

- Berger, R. y Paul, M. (2008). Family secrets and family functioning. The case of donor assistance. *Family Process*, 47, 553-566.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia Sistémica Individual*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Bowen, M. (1989). *La terapia familiar en la practica clínica II*. Bilbao: DDB.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1996). *La caja de Pandora. Manual de Psiquiatría y Psicopatología*. Barcelona: Paidós.
- Carter, E. y McGoldrick, M. (1980). *The Family life cycle: A framework for family therapy*. New York: Gardner Press.
- Cerel, J., Jordan, J. y Duberstein, P. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis*, 29(1), 38-44.
- Cerel, J. y Roberts, T. (2005). Suicidal behaviors in the family and adolescent risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 36, 325-356.
- Cvinar, J. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 14-21.
- Dyregrov K. (2003). Micro-sociological analysis of social support following traumatic bereavement: Unhelpful and avoidant responses from the community. *Omega: Journal of Death and Dying*, 48(1), 23-44.
- Dyregrov, k. (2011). What Do We Know About Needs for Help After Suicide in Different Parts of the World? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(6), 310-318. doi: 10.1027/0227-5910/a000098.
- Falicov, C. (comp.). (1991). *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo vital*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Farberow, N., Gallagher, T., Gilewski, M. y Thompson, L. (1992). Changes in grief and marital health of bereaved spouses of older suicide. *Journal of Gerontology*, 47, 357-366.
- Gaffney, M., Hannigan, B. (2010). Suicide bereavement and coping: a descriptive and interpretative analysis of the coping process. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 526-535. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.137.
- Harwood, D., Halton, K., Hope, F. y Jacoby, R. (2002). The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying though suicide: a descriptive and case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 72, 185-194.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erikson*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Hogan, N. y Schmidt, L. (2002). Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. *Death Studies*. 26:615-634.
- Imber-Black (ed). (1998). *Secrets in families and family therapy*. New York. Norton.
- Imber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. (1990). *Rituales en la familia y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Jordan, J. (2001). Is suicide bereavement different: a reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 91-103.
- Jordan, J. (2008). Bereavement after suicide. *Psychiatric Annals*, 38, 679-685.
- Jordan, J., Kraus, D. y Ware, S. (1993). Observations on loss and family development. *Family Process*. 32,425-440.
- Kissane, D. y Bloch, S. (1994). Family grief. *The British Journal of Psychiatry*, 164(6), 728-740.
- Lichtenthal, W., Currier, J., Neimeyer, R., Keese, N. (2010). Sense and Significance: A Mixed Methods Examination of Meaning Making after the Loss of One's Child. *Journal of clinical psychology*, 66(7), 791-812.
- Lohan, J. (2002). Family functioning and family typology after and adolescent or young adults' sudden violent death. *Journal of Family Nursing*, 8, 49-60.

- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida*. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Paidós.
- Neuburger, R. (1997). *La familia dolorosa. Mitos y Terapia Familiar*. Barcelona: Herder.
- Noch, M., Borges, G., Bronet, E., Cha, Ch., Kessler, R. y Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologia Reviews*, 30, 133-154.
- Organización Mundial para la Salud (O.M.S.). (1976). *El suicidio. Cuadernos de Salud Publica*. n° 59. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- Owens, C., Lambert, H., Lloyd, K. y Donovan, J. (2008). Tales of biographical disintegration: How parents make sense of their son's suicides. *Sociology of Health & Illness*, 30, 237-254.
- Payés, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo relacional*. Barcelona Paidós.
- Pereira, R. (2002). Duelo Familiar. *Sistemas Familiares*. 18,(1-2), 48-61.
- Pfeffer, C., Karus, D., Siegel, K. y Jiang, H. (2000). Child survivors of parental death from cancer or suicide. *Psycho-oncology*. 9,1-10.
- Ratnarajah, D. y Schofield, M. (2007). Parental suicide and its aftermath: a review. *Journal of Family Studies*, 13(1), 78-93. doi:10.5172/jfs.327.13.1.78.
- Rosenblatt, P. (2008). Grief across cultures: A review and research agenda. In M. S. Salid, E., Cawley, S. y Healy, R. (2002). The significant of suicide notes in the elderly. *Aging & Mental Health*. 6(2), 186-190.
- Shields, C., Kavanagh, M., y Russo, K. (2017). A Qualitative Systematic Review of the Bereavement Process Following Suicide. *Omega: Journal of Death and Dying*. 74(4),426-454. <http://dx.doi.org/10.1177/0030222815612281>.
- Sluzki, C. (1994a). Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*. 31, 217-213.
- Sluzki, C. (1994b). *La transformación de los relatos en terapia*. En Elkaïm, M. (comp.). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.
- Sluzki, C. (2011). *La presencia de la ausencia: Terapia Familiar y fantasmas*. Barcelona: Gedisa.
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*. 23, 197-224.
- Stroebe, M. & Schut, H. (2001). Meaning making in the dual process model of coping with bereavement. En R. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction & the experience of loss* (pp. 55-73). Washington, DC, US: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.10397-003>.
- Stroebe, M. y Schut, H. (2010). The Dual process model of coping with bereavement: A decade on. *Omega. Journal of Death and Dying*, (4), 273-289.
- Strobe, M., Schut, H. y Boerner, K. (2017). Modelos de afrontamiento en duelo: Un resumen actualizado. *Estudios de Psicología*. 38(3), 586-607. Doi.org/10.1080/02109395.2017.1340055.
- Vessier-Batchen, M. y Douglas, D. (2006). Coping and complicated grief in survivors of homicide and suicide decedents. *Journal Forensic Nurse*, 21(1), 25-32.
- Wagner, K. y Calhoun, L. (1992). Perceptions of social support by suicide survivors and their social networks. *Omega: Journal of Death and Dying*, 21, 61-73.
- Walijarvi, C., Weiss, A. y Weinman, M. (2012). Traumatic death support group program: Applying an integrated conceptual framework. *Death Studies*, 36, 152-181.
- Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: strengthening family and community resilience. *Family Process*, 46, 207-227.
- Walsh, F. y McGoldrick, M. (Eds.) (2004). *Living beyond loss: Death in the family*. New York. Norton.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Worden, J. (1997). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

# El estilo personal del psicoterapeuta. Autorreflexión y autocrítica de la práctica terapéutica como herramientas formativas y de revisión epistémica

## The Psychotherapist's Personal Style: Self-reflection and Self-criticism of Therapeutic Practice as Training Tools and Epistemic Review

Silvia Varela Fuentes<sup>a</sup>

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

### Historia editorial

Recibido: 24-05-2019

Primera revisión: 29-05-2019

Aceptado: 03-06-2019

### Palabras clave

supervisión en psicoterapia,  
modelo sistémico-narrativo,  
estilo terapéutico.

### Resumen

En el presente artículo se describe un proceso de autoanálisis, reflexión y crítica de la práctica psicoterapéutica basada en un modelo de supervisión sistémico-narrativo. Se reflexiona acerca del papel de cada uno de los agentes implicados: supervisor, equipo de colegas, familia y supervisado (entre otros) y cómo influyen en la conducción de la terapia; y cómo esta circularidad relacional impactará en la formación de estilo terapéutico personal. Se expone la revisión de un caso práctico durante la formación en terapia, que incluye la aplicación de una matriz de análisis para las intervenciones. Mediante este ejemplo se propone un ejercicio de autorreflexión y autocrítica como ayuda para la construcción del estilo propio y para ampliar la conciencia terapéutica.

### Abstract

This article describes a process of self-analysis, reflection and critique of psychotherapeutic practice based on a model of systemic-narrative supervision. It reflects on the role of each of the agents involved: supervisor, team of colleagues, family and supervised (among others) and how they influence the way of conduct the therapy; and how this relational circularity will impact the formation of a personal therapeutic style.

The review of a practical case during therapy training is presented, which includes the application of a matrix of analysis for the interventions. By means of this example, an exercise of self-reflection and self-criticism is proposed as an aid to the construction of one's own style and to expand therapeutic awareness.

### Keywords

supervision in psychotherapy,  
systemic-narrative model,  
therapeutic style.

Toda práctica terapéutica se enmarca en un modelo o modelos que guían las intervenciones del terapeuta. Pero el curso de la terapia no depende solo de esto: la forma de involucrarse de las personas que solicitan la terapia, los comentarios de los colegas, y la opinión de especialistas o expertos son algunos factores que también modelan el estilo de intervención.

Este trabajo tiene el objetivo de reflexionar acerca de la necesidad de generar procesos autoreflexivos y autocríticos durante la formación en psicoterapia. A través de la exposición de un caso práctico, supervisado mediante un modelo de supervisión sistémico-narrativo y la propuesta de una matriz de análisis específica para las intervenciones se pretende ampliar la autorrevisión del terapeuta. Esto con el fin de conducir a una reflexión epistémica-crítica más profunda que ayude a reconocer y formar el estilo personal.

## 2. UN MODELO SISTÉMICO-NARRATIVO DE FORMACIÓN

La epistemología sistémica, basada en gran parte en la *Teoría General de Sistemas* (Bertalanffy, 1976) enfoca la unidad de análisis en los sistemas, es decir el contexto. La cual orienta la observación en la interacción de sus componentes, y no en sus partes. Este paradigma parte de la creencia de que “el todo es más que las suma de sus partes”.

El antropólogo “Gregory Bateson con influencia de los teóricos de la información Claude Shannon, el cibernético Norbert Weiner y de sistemas generales Ludwig Von Bertalanffy introdujo el pensamiento sistémico al ámbito de la psicología” (Hoffman, 1990, p. 16).

Bateson (1972) hace notar que, en el mundo de formas vivas, no solo la fuerza, también la información son relaciones circulares. Para ello utiliza el siguiente ejemplo “un cerebro no piensa por sí mismo”. Lo que piensa es un cerebro dentro de un hombre que es parte de sistemas generales que residen en equilibrio dentro de su medio. De esta manera, no se puede trazar una línea, si no lo que piensa es el circuito total. En un ámbito de formas vivas todos los elementos se organizan en un sistema y los elementos “actúan y reaccionan unos sobre otros de maneras impredecibles, porque cada acción y reacción cambia continuamente la naturaleza del campo en que residen” (p. 53). Las descripciones hechas desde esta mirada, se desmarcan de explicaciones de la conducta humana enfocadas en atributos y características inherentes a ella o una causación lineal. Para defender la causación relación-circular entre varios elementos externos a la persona. Con ello se dice que los sistemas se autorregulan y controlan.

Ante esto, Bateson fue el primero en señalar que la sintomatología psicológica, en especial la psicosis, es un malestar que tiene sentido y se constituye en el marco de su contexto, siendo la familia el grupo sustantivo primario de pertenencia al que invita observar e investigar (Hoffman, 1990). A la familia la define como un sistema homeostático o cibernético que están en continuo cambio y re-adaptación, que contiene, en su interacción cotidiana, sus propias reglas, estructura y formas de comunicación. Aunque advierte que todos estos elementos son permeables por cuestiones externas pues son sistemas abiertos.

Este fue el inicio de lo que hoy se conoce como terapia familiar sistémica, que redefine al síntoma o malestar personal con un sentido contextual y tiene una función en la familia, en otras palabras es un indicador del sistema.

Más adelante aparece la Segunda Cibernética, de la mano de Von Foerster (1991) para replantear la dicotomía entre objeto-sujeto, conocimiento y realidad, que integra en la misma relación circular al científico y al objeto de estudio. Con ello transformando la epistemología sistémica de primer orden, para considerar al observador (terapeuta) como parte del sistema en el cual está interviniendo, y no sólo como agente externo, sino como co-participe de la definición de la relación y el cambio.

Con el socioconstruccionismo (Gergen, 1985, 2006), retomado por la terapia familiar se pasa del “lenguaje de la deficiencia”, de la patologización y el diagnóstico a las premisas alternativas, a observar y mencionar de otras formas al sistema y la situación. Se traslada la “patología” de la persona de la interacción a la narrativa: establecen un vínculo estrecho entre usos de lenguaje y formas de vida, con el fin de contextualizar y encontrar sentido a los patrones relacionales (White y Epston, 1993). En suma el socioconstruccionismo defiende que la realidad se construye en la conversación social, por lo que no puede haber una realidad única y universal, sino que ésta dependerá del contexto familiar, social y cultural.

Esta evolución de la terapia familiar ha enriquecido enormemente la comprensión del malestar psicológico y ha generado diversas metodologías para restaurar la salud.

Entendiendo la complejidad del análisis sistémico y socioconstruccionista y aplicándola en contextos de formación, podemos decir que los agentes (básicos) a tener en cuenta son: el propio terapeuta, el supervisor, el equipo reflexivo, otros profesionales (si hubiera) y la familia y su red de apoyo. Desde este enfoque es en la relación entre estos cinco agentes (y otros posibles) donde se construye esa realidad y se da forma al problema/síntoma. Por lo tanto será también en esa interrelación de donde emerjan las soluciones.

Pasando de una visión lineal y bidireccional (supervisor interviene en el desempeño del supervisado), a una visión sistémica-narrativa de la supervisión, la persona en proceso de aprendizaje tendrá mayor riqueza de elementos para conformar un estilo terapéutico personal. Evitando también caer en el adoctrinamiento del modelo del supervisor y colaborando para la formación del estilo propio.

## AGENTES IMPLICADOS EN LA FORMACIÓN DEL ESTILO TERAPÉUTICO EL TERAPEUTA

El psicoterapeuta en formación se encuentra con múltiples retos que van desde la identificación de modelos y teorías, hasta la destreza en la práctica terapéutica, pasando por determinar qué conviene hacer en cada momento en la oportunidad presentada, o el tema a tratar. Hay que probar y errar.

Definir el estilo personal de un terapeuta no significa determinar y aplicar el modelo teórico que se elige para el proceso, sino que es un proceso de indagar constantemente en la epistemología con la que se trabaja y revisar los elementos prácticos se están desplegando en ese momento en esa intervención.

El estilo personal es un proceso de aprendizaje, realizar un análisis del mismo significa hacer una fotografía de lo que en ese momento el terapeuta identifica que hace. Sin embargo, el estilo es constantemente dinámico pues está ligado a múltiples factores que, como señalan Cebeiro y Linares (2005) pueden ser tanto personales, como contextuales:

- Personales: cultura, mitos, valores y creencias, ideología política, ciclo vital, historia y características personales y relacionales del terapeuta.
- Contextuales: clase social, nivel sociocultural, atención en contexto público o privado, historia y características personales y relacionales del paciente. También el tipo de terapia: individual, de pareja, familiar o grupal modifica el modelo de intervención.

Cuando hay elementos que coinciden en varias sesiones terapéuticas, en diferentes procesos, con diferentes personas y a lo largo del tiempo, se podría empezar a hablar de un estilo propio, aun así está expuesto a continuos cambios. Esto no es lo mismo que ceñirse a la metodología de un modelo concreto. La adaptabilidad y flexibilidad son factores imprescindibles para el éxito de un proceso terapéutico.

## EL SUPERVISOR

La figura del supervisor “es un profesional de mayor formación y experiencia, trabajará desde su modelo intentando construir el problema del consultante del problema del terapeuta supervisado”

como mencionan Ceberio y Linares (2006, p.34). Los mismos autores explican tres niveles de trabajo del supervisor: el problema del paciente o familia, el problema del terapeuta supervisado, y los aspectos relacionales entre terapeuta y paciente o familia. Para trabajar en estos tres niveles, es imprescindible que el supervisor conozca un poco de la historia del terapeuta. (Ceberio y Linares, 2006)

La finalidad del supervisor no se limita a corregir o coartar intervenciones del supervisado, sino que debe cuestionar y reflexionar estas intervenciones a través de los modelos teóricos con los que se trabaje y enmarcarlas en los mismos. En el caso de que haya intervenciones que considere impropias o innecesarias debe abordarlo desde el respeto y la crítica constructiva.

El supervisor debe ser cuidadoso de contextualizar sus sugerencias e intervenciones en un modelo (modelos), con cuidado de evitar inculcar su modelo de trabajo como el normativo. Así mismo el supervisado debe conocer e identificar la postura epistemológica de su supervisor.

Gutiérrez señala al respecto que:

No se trata de renunciar al rol de formador o supervisor, ya que cada sistema necesita la diferencia de los roles para que el entorno social genere la retroalimentación adecuada para la función de dicho sistema. Se trata de matizar los elementos de reflexión crítica, de facilitar su presencia en la vida cotidiana de los personajes involucrados en los escenarios de la consulta y de la formación. (Gutiérrez, 2014, p.161)

## EL EQUIPO ASESOR Y DEMÁS COLEGAS O PROFESIONALES

La idea de observar al observador (generada a raíz de la segunda cibernética) da un paso más allá con la propuesta de Tom Andersen y sus colaboradores (1991) en su libro *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*, en el cual explica cómo el ejercicio aplicado por el equipo de reflexionar acerca de la familia delante de ella producía cambios inesperados.

De ser un equipo observador detrás de un espejo, pasan a introducirse activamente en el proceso. El equipo reflexivo amplía los enfoques con los que trabaja la persona en formación, permite a la persona expresar su opinión acerca de cómo mejorar o reservar determinadas intervenciones y neutraliza la idea del experto que corrige a los demás. Por no mencionar aquí las ventajas y el impacto en la familia al escuchar hablar y reflexionar acerca de sí misma.

Si bien el equipo reflexivo es una herramienta muy poderosa también en un proceso formativo y de supervisión, la realidad es que por cuestiones de logística o costos no siempre se dan las condiciones para que se pueda practicar. Sin embargo suele haber, sobretodo en formación, un grupo de colegas avalados por su experiencia, afinidad teórica o su simpatía, a los que recurrimos para preguntar acerca de los casos que estamos llevando.

Algo también accesible es trabajar en co-terapia, es decir, con otro terapeuta involucrado en el proceso y con el cual se trabaja a la par durante las intervenciones.

La voz de estos colegas, y de otros profesionales que intervengan en el caso puede hacer variar el flujocurso/orientación de nuestras intervenciones. No para bien o para mal, sino en una dirección o en otra. Acertadamente Ceberio y Linares (2005) mencionan que esta colaboración entre colegas “permite realizar diferencias en el trazado de las distinciones y su correlación en las puntuaciones de secuencia de interacción, así se cuenta con una gama más variada de descripciones que posibilitarán co-construir hipótesis” ( p.34).

## LA FAMILIA

Como ya se mencionó, con la cibernética de segundo orden la familia pasa a entenderse como sistema abierto con capacidades de autoorganización y autoreflexivas, pasan a ser agentes de sus propios cambios de forma activa e incluso a guiar el propio proceso terapéutico.

Ausloos, (2005) menciona que cada familia tiene competencias suficientes para afrontar sus propios problemas a condición de disponer de la información suficiente. El rol del que interviene es, pues, el de activar la circulación de la información en la familia para que las soluciones emerjan.

Por esto es importante que durante el proceso de supervisión tengamos en cuenta a la familia

como interventores en sí mismos, como colaboradores y no sólo receptores del proceso. En cuanto la información empieza a circular, los roles a cambiar, los enfoques de cada quién a modificarse, ellos mismo hacen sus propias intervenciones en el proceso, y aceptan o rechazan las intervenciones externas, las de los terapeutas.

### 3. EJEMPLO DE UN CASO DE SUPERVISIÓN SISTÉMICO-NARRATIVA.

A continuación expondré el análisis de un caso que realicé durante mi período de formación y que fue supervisado de forma sistémica. Con esto espero clarificar la importancia del autoanálisis y autocrítica de la práctica clínica, así como las ventajas de la supervisión sistémica.

#### 3.1.CONTEXTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA DEMANDA<sup>1</sup>

##### DATOS DEMOGRÁFICOS Y ANTECEDENTES DE LA FAMILIA

La persona que solicita la ayuda es “E”, mujer mexicana de 46 años de edad. La familia está compuesta por dos miembros, “E” y “A”, su hijo de 13 años de edad actualmente. “E” dejó los estudios en la secundaria para empezar a cuidar a sus padres, posteriormente se embarazó y nació “A”, el cual mantuvo sin apoyo del padre biológico.

La familia de origen de “E” está compuesta por diez hermanos en total, cinco hombres y cinco mujeres de entre 40 y 70 años de edad. Ambos progenitores ya fallecieron. La relación entre sus padres y hacia ellos siempre fue muy violenta. De los hermanos, hay buena relación entre las hermanas mujeres, de las cuales “E” recibe mucho apoyo.

“E” expresa que le marcó mucho su infancia: la violencia física y psicológica intrafamiliar, una enfermedad en los pies que tuvo y el *bullying* que sufrió de adolescente en su escuela.

##### SITUACIÓN ACTUAL DE LA FAMILIA

Actualmente ella trabaja en el domicilio familiar: como ama de casa y realizando encargos de papelería (armando bolsas de regalo). El salario que percibe es muy bajo por lo que “E” se siente dependiente de sus hermanos que le prestan la casa y a veces le envían dinero. Ella expresa que quisiera no depender de ellos, pero que por cuidar a sus padres antes de fallecer pensó que la apoyarían económicamente sin problemas.

“A” acude a la escuela y no tiene problemas académicos ni de comportamiento, pero se queja de la excesiva protección de su madre: que no lo deja ir ni volver solo, que vigila a dónde y con quién va, no le permite salir en las tardes, etc. Le pide cambiar eso, pero en general hay buena relación y mucho amor.

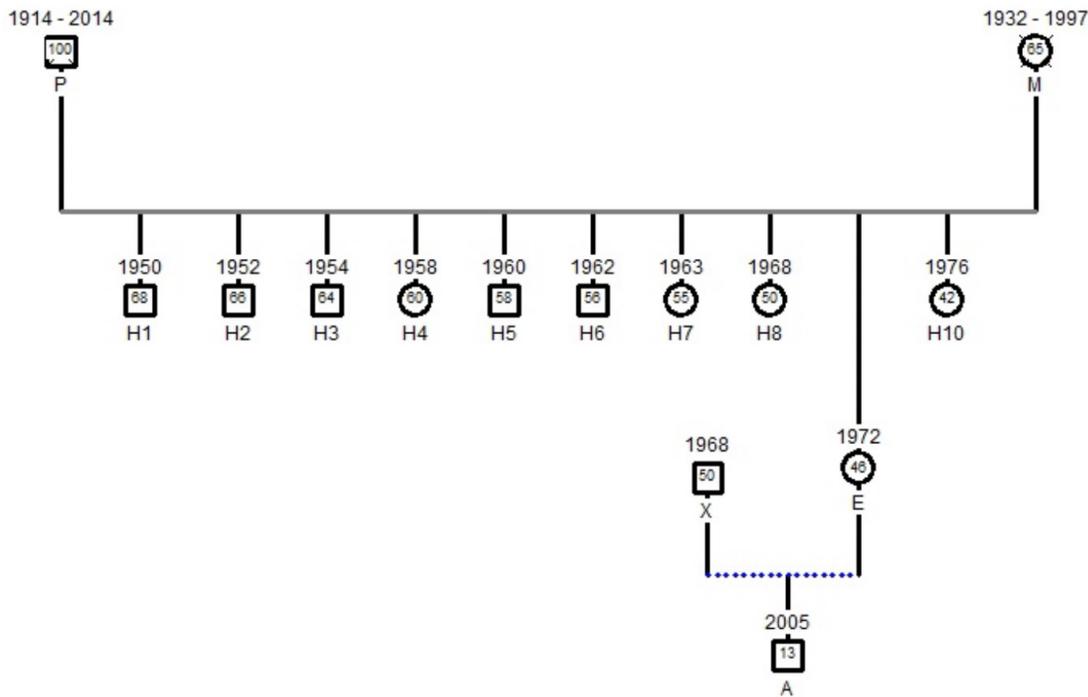
La red social de “E” es limitada, ella menciona que puede ser por su carácter y en parte el trabajo en domicilio que la ha hecho aislarse poco a poco.

Una de sus hermanas, la menor, la ayuda moralmente, la anima a emprender, cambiar de aires o salir con amigas, incluso cuida a “A” cuando es necesario. Sin embargo, la hermana más grande mantiene un discurso incapacitante y despectivo de “E” que tiene un gran impacto en ella porque representa la voz de sus padres (que es mala madre, que no puede vivir sin un hombre, que no trabaja suficiente o no puede salir adelante sola).

##### GENOGRAMA FAMILIAR

En el momento que se inicia el proceso terapéutico la estructura familiar es la siguiente:

1 Se modificaron los datos originales de nombres propios y datos sensibles con el fin de resguardar la identidad de la familia como procede según el protocolo de ética.



## ANÁLISIS DE LA DEMANDA

En la primera sesión trabajamos solo con “E”, cuando le preguntamos en qué podíamos ayudarla, dijo que no le gusta su vida, pero tampoco sabe cómo arreglarla y además quiere “quitarse algo que no logra expresar”. Mediante diversas intervenciones a lo largo de la sesión vamos aclarando y afinando la demanda.

## DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO TERAPÉUTICO

“E” solicita ayuda al Instituto TZapopan (Instituto de Investigación, Consultoría y Formación en ciencias sociales y de la salud A.C.), donde se ofrecen servicios de psicoterapia para personas y familias de bajos recursos. Las sesiones incluyen videograbación, cuyos fines son únicamente formativos y de investigación. Así es como mi compañera (“CT”) y yo (“T”) recibimos el caso: en un contexto de práctica clínica como estudiantes de sexto semestre de la Maestría en Terapia Familiar.

Intervenimos dos co-terapeutas mujeres, un supervisor de práctica clínica (“S”) y un equipo de compañeros. Con “CT” nunca había trabajado previamente. Ella ejerce como co-terapeuta, siendo yo la terapeuta líder; lo que implica llevar la dirección de las sesiones así como un número mayor de intervenciones. “CT” es la responsable de tomar anotaciones y también puede intervenir siempre que lo considere pertinente. El equipo lo forman otros trece compañeros de la Maestría en Terapia Familiar del Instituto TZapopan.

Las sesiones grabadas por video y audio, son transmitidas en directo en el aula de clase a los trece compañeros del grupo junto con el asesor de práctica clínica. “S”, el equipo y las co-terapeutas pactamos previamente la estructura de las sesiones, estableciendo una pausa a los cuarenta y cinco minutos, en la cual el grupo nos retroalimentan sobre lo observado. “CT” y yo salimos de la sesión para juntarnos con el equipo durante diez minutos, decidimos cómo hacer la devolución (qué dirá cada quién) y regresamos para hacer el cierre.

La persona es previamente informada con claridad sobre la videograbación con fines de investigación. “E” y “T” firmamos un consentimiento escrito al respecto.

Dentro del equipo de trece compañeros, “CT” y yo formamos parte de un sub-equipo de trabajo de cinco personas incluyéndonos a nosotras. Los otros tres compañeros son los encargados de la comunicación directa vía Whatsapp e intervenir en la sesión cuando lo consideren necesario. Ellos tres se presentan a la paciente y su hijo como equipo terapeutas también.

Dentro de la intervención sistémica en la que se enmarca este caso clínico y su supervisión, mi orientación terapéutica es predominantemente narrativa, pero con influencia de múltiples escuelas, como se verá a continuación en el análisis.

La terapia es individual sistémica la mayor parte del tiempo, aunque en algunos momentos invitamos a colaborar a “A”, el hijo de “E”.

El caso no fue derivado como tal de una institución o un profesional, sino por la sobrina de “E”, egresada del Instituto Tzapopan, quien le recomendó asistir a terapia con nosotros, pues ella no podía tratarla por ser familiar directo. Madre e hijo no habían acudido a un proceso de psicoterapia anteriormente.

### HIPÓTESIS CLÍNICAS PLANTEADAS DESDE LA TEORÍA

Los cambios en el ciclo vital de la familia compuesta por “E” y “A”, encuentran resistencia en “E” debido a la invisibilización de sus capacidades y habilidades como madre de un adolescente, y al conflicto de creencias acerca de la maternidad; los “ahogos” son la expresión no verbal de su malestar.

Desde el Modelo Narrativo (White y Epston, 1993) “E” sostiene un discurso saturado en torno a su falta de habilidades maternas y sociales, su falta de capacidades para cambiar de trabajo o aclarar el tema de la vivienda familiar. Estas premisas tienen base en el panorama de conciencia de “E” con discursos y creencias familiares acerca de su mal desempeño en diversos ámbitos. Tienen base también en su panorama de experiencias de maltrato, tanto por parte de familiares como de amigos (el bullying de la escuela) y el rechazo del padre de “A”.

La inadaptación al cambio del ciclo vital de “E” y “A” con su consecuente alteración del sistema familiar, se sustenta en el Modelo Estructural (Minuchin, 1986). “E” está entrando en la adolescencia y quiere más autonomía mientras “A” no se flexibiliza por su sobreprotección hacia él, lo que genera un conflicto. Sin embargo muchas noches duermen juntos. Esto refleja la falta de claridad en los límites, que en ocasiones son muy rígidos y en otras demasiado flexibles.

### 3.2. PROCESO Y EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA

Realizamos un total de cuatro sesiones, las cuales describiré brevemente a continuación y a través de una matriz de análisis (por sesión) de las intervenciones más relevantes realizadas, el modelo teórico en el que se encuadran, su propósito y sus resultados.

Cabe recordar que la intervención se da en un contexto formativo de psicoterapia que permite: la revisión de la videograbación de las sesiones, el contraste de opiniones con el supervisor y los demás compañeros, la elaboración de diferentes hipótesis y propuestas, la aplicación de una matriz de análisis de las intervenciones para su mejor identificación y resultados. En contextos profesionales también se puede, pero no siempre se tiene el tiempo ni los recursos humanos para hacer una revisión detallada del caso.

#### PRIMERA SESIÓN

En esta sesión “CT” y yo tratamos de establecer la alianza terapéutica con la paciente. La cordialidad, calidez y confianza fueron elementos clave para generar un ambiente cómodo para “E”. Nos presentamos, explicamos las condiciones del contrato terapéutico antes de iniciar, la conversación es predominantemente exploratoria.

El discurso saturado gira en torno a la incapacidad de cambiar lo que no le gusta de su vida y a la historia familiar de maltrato y represión.

Tras un ejercicio en conjunto con la familia de convertir la queja en demanda, los objetivos terapéuticos que proponemos a “E” son: por un lado trabajar la sobreprotección que siente con su hijo, y por otro, el coraje y los llantos atorados por su historia familiar, a “E” le parecen adecuados. Estos objetivos propuestos los decidimos junto con el equipo y supervisor durante la retroalimentación que realizamos en la pausa.

<b>Sesión 1. Intervenciones relevantes.</b>	
<b>Descripción: entrevista, establecimiento de vínculo y contrato terapéutico.</b>	
<b>Técnica 1:</b>	T: ¿usted fue la cuidadora?
<b>Modelo Narrativo</b>	E: yo la cuidé. No, este, no estudié lo que...Dejé de estudiar para cuidar a mi mamá, porque ella estaba enferma, entonces yo...Muere mi mamá y ahora cuido a mi papá, y pues ahí me quedé. Y pues ahora para buscar trabajo ya estoy grande, ¿ya qué me dan?
<b>Resignificación a través de pregunta relativas a la experiencia</b>	T: pero tiene experiencia cuidando.
<b>Objetivo:</b>	E: ¿de cuidadora?
<b>Emerger un relato alternativo de sí misma y sus capacidades</b>	T: claro, cuidando personas. E: pues sí verdad. Y es que ¿cómo le diré? Yo tengo la de que no sé salir a...no tengo la capacidad de salir a buscar ahorita
<b>Resultado</b>	“E” reconoce que tiene experiencia en, al menos, el ámbito de cuidar personas mayores, resignificando la experiencia vivida.
<b>Técnica 2:</b>	CT: entonces queremos reconocerle que es muy buena mamá.
<b>Modelo Milán</b>	E: ajá, sí.
<b>Connotación positiva</b>	CT: o sea usted está todo el tiempo con su hijo, no cualquiera. Ahorita es muy difícil que las mamás pasen tiempo con sus hijos y usted está ahí, o sea, en eso no le ayuda nadie. Le pueden ayudar económicamente pero en el apoyo a su hijo es usted la que está ahí para él.
<b>Objetivo:</b>	E: sí, la verdad sí.
<b>Reconocer las capacidades de la persona, lo que ha hecho bien</b>	CT: y se nota en su hijo porque le va bien en la escuela, de la escuela no tiene quejas. E: no, para nada. CT: usted es muy buena mamá. E: gracias CT: no pues de qué. T: sí, en ese sentido de con su hijo pensamos que ha hecho bien muchas cosas que hay que reconocérselas, que usted tiene que reconocérselas también. No es fácil hoy en día sacar adelante.
<b>Resultado</b>	“E” reconoce esas capacidades que tiene, que ella misma invisibilizaba. Por otra parte ayuda a la alianza terapéutica.

<b>Técnica 3:</b>	<p>T: yo creo que es muy bueno que las mamás estén así cerca, el problema ahora, bueno no problema, sino que tenemos que intentar ir generando un espacio de separación, porque va creciendo. “A” va creciendo.</p> <p>E: el conflicto de ahorita es que yo lo llevo a la escuela y él ya no quiere que lo lleve.</p> <p>T: claro.</p> <p>E: él entró ahora a la secundaria, y es que se va en camión, y yo soy de las muy preocuponas y...entra a las 6:45 am a la escuela, todavía está oscuro y lo llevo yo. Ya lo dejo venir solo, que venga solo, pero yo todavía...y ya no quiere que ni lo lleve tampoco.</p> <p>T: claro, aquí nuestra propuesta (nuestra y del equipo) es trabajar con usted en ese sentido. Precisamente en esa línea de cómo le va a hacer usted, con ayuda de “A” también, para ir marcando un poquito esa independencia el uno del otro. Que no significa dejar de quererse o cosas así. Esa independencia de que el niño tiene que empezar a dormir solo, ir solo a la escuela...Porque eso es lo que le va a permitir a él hacer su vida, una vida sana. Y es lo que le va a permitir a usted también. Entonces lo que queremos es empezar a trabajar con usted esos pequeños rituales y pasitos para que se independicen de forma sana los dos</p>
<b>Modelo Estructural</b>	
<b>Reestructurar binomio madre-hijo y adaptación a la etapa del ciclo vital correspondiente.</b>	
<b>Objetivo:</b>	
<b>Recomponer la estructura familiar, clara para unas cosas y confusa para otras.</b>	
<b>Resultado</b>	“E” entiende la propuesta y comienzan a hacer intentos de separación.

## SEGUNDA SESIÓN

La segunda sesión continua siendo exploratoria para algunos temas específicos y realizamos intervenciones dirigidas a promover el cambio.

En ésta sesión las intervenciones son más sistémicas: reflexionamos con “E” acerca de la relación entre el problema y ella, entre ella y el problema así como la relación con la historia personal y la situación actual.

La novedad de ésta sesión es que introducimos a “A”, testigo de los problemas de “E” y también de sus capacidades. Le hacemos colaborador activo del proceso (sistémico), para hacer circular la información acerca de su idea de “mala madre”.

<b>Sesión 2. Intervenciones relevantes.</b>	
<b>Descripción: movimientos sistémicos.</b>	
<b>Técnica 1: Modelo Narrativo</b>	T: usted como “E”, ¿qué idea tiene de ser madre?
<b>Preguntas relativas a la conciencia</b>	E: yo pues, yo si me tocan a mi hijo brinco ¿verdad? T: o sea, protectora.
<b>Objetivo:</b>	E: yo así decía, o sea cuando yo tuve a mi hijo dije ¿porqué mi mamá nunca nos protegió de los ataques de los demás?
<b>Revisar su creencia sobre ser madre</b>	T: entonces para usted, algo que tiene que tener una madre es proteger.
<b>Resultado</b>	
<b>Resultado</b>	E se dio cuenta de que intenta hacer como madre todo lo contrario a lo que hizo la suya.

<b>Técnica 2:</b>	E: Yo estuve muy... como que estuve incubando, mi vida pues nada más veía y oía, no hacía nada. Nada más veía los problemas, los oía. O sea una vida que digas que yo tuve, no. (...) Tengo recuerdo que nada más estuve ahí, ahí. T: pero ahora está aquí, ahora ya no sólo ve y escucha, ahora hace cosas, como por ejemplo venir aquí.
<b>Modelo Milán</b>	
<b>Connotación positiva</b>	
<b>Objetivo:</b>	
<b>Reconocer las capacidades de la persona, lo que ha hecho bien</b>	
<b>Resultado</b>	Visibilización de las capacidades de “E” anteriormente y ahora.
<b>Técnica 3:</b>	T: y ¿cuánto tiempo cree usted que tiene que proteger a su hijo de que le pase algo? ¿hasta qué edad? ¿cuándo diría usted que ya, ya lo puede dejar ir solo a la escuela, que ya puede empezar a salir con sus amigos? ¿ hasta qué edad cree usted que sea? E: pues, no sé. CT: ¿no lo ha pensado? T: en un par de años yo me lo puedo imaginar diciéndole “me quiero ir con mis amigos o mi noviecita” ¿verdad? E: sí, sí, ey... nunca lo había pensado eso. CT: ¿nunca lo había pensado? ¿y qué pasa ahorita en usted? E: pues otra vez miedo a quedarme sola, que él ya pueda hacer su vuelo pues, si va a ser el día que decida hacer su vida.
<b>Modelo Milán</b>	
<b>Pregunta hipotética a futuro</b>	
<b>Objetivo:</b>	
<b>Evidenciar los cambios necesarios según la etapa del ciclo vital de la familia.</b>	
<b>Resultado</b>	Se evidencia la necesidad de establecer límites en algunas prácticas que no van acorde a la etapa vital de la familia.

### TERCERA SESIÓN

Para la tercera sesión los antecedentes familiares o la historia personal ya no son centrales, damos más importancia a su percepción de incapacidad de cambio, trabajamos su auto-concepto, red de apoyo y capacidades.

Revisamos las sesiones anteriores: solicité a “E” que nos comentase lo que le causó más impacto de lo hablado y trabajado hasta el momento.

A mitad de sesión, le pregunto por algún referente positivo para ella y “E” menciona a la conductora de un programa de televisión: Galilea Montijo. Invito a “E” a analizar detalladamente qué le gusta de ella para hacer saber los elementos de personalidad. En el cierre las invitaciones van dirigidas a buscar información sobre escuelas, a salir más a menudo con amigas y de forma diferente. Felicitamos el hecho que pida ayuda, de que esté cambiando la casa y poniendo límites a su familia.

#### **Sesión 3. Intervenciones relevantes.**

**Descripción: revisión de referentes, paradigmas personales.**

<b>Técnica 1:</b>	E: pues yo trataba de decir que yo sí podía, pero como que me... Pues sí queda algo, pero pues trato yo de evitar que me siga, o sea sí me afectó una vez. Sí me afectó pero pues trato de que no...de que sí puedo hacerlo. Es que sí me decían “tu no...si entras a algún lado que hay escaleras no vas a poder, a trabajar o algo no vas a poder” CT:¿pero quién le decía? E: nada más mi mamá. T: su madre, pues ahí está. Ahí está una persona que le día eso que usted se sigue repitiendo ahorita pues, que usted no puede hacer las cosas o que no lo va a hacer bien. Seguro hay alguna más... E: que yo me acuerde no. T: bueno con la voz de la mamá es suficiente importate. Sin embargo sí ha hecho cosas. PI: sí, sí. T: ha trabajado, como comentábamos la otra ocasión ha sacado un niño adelante usted sola sin ejemplos ni apoyo ni nada.
<b>Modelo Narrativo</b>	
<b>Pregunta de influencia relativa</b>	
<b>Objetivo:</b>	
<b>Describir cómo ha influido el problema en su vida y elaborar una descripción diferente.</b>	
<b>Resultado</b>	Empieza a reconocer que hay hechos que contradicen la descripción que ella hace del problema en su vida: se describe como incapaz de hacer algo, cuando sí ha hecho y logrado cosas.
<b>Técnica 2:</b>	E: Yo estuve muy...como que estuve incubando, mi vida pues nada más veía y oía, no hacía nada. Nada más veía los problemas, los oía. O sea una vida que digas que yo tuve, no. (...) Tengo recuerdo que nada más estuve ahí, ahí. T: pero ahora está aquí, ahora ya no sólo ve y escucha, ahora hace cosas, como por ejemplo venir aquí.
<b>Modelo Milán</b>	
<b>Connotación positiva</b>	
<b>Objetivo:</b>	
<b>Reconocer las capacidades de la persona, lo que ha hecho bien</b>	
<b>Resultado</b>	Visibilización de las capacidades de “E” anteriormente y ahora.
<b>Técnica 2:</b>	CT: porque la verdad “E” sí le reconocemos que ha sabido hacer cosas, usted ha salido de lo que su madre, usted no es ese tipo de mamá, ya le hemos dicho que nos parece muy buena mamá usted (...) Entonces usted salió y dijo “yo quiero hacer algo por mí y yo quiero estar bien”, entonces eso es mucho de reconocerse, porque no cualquiera viene. T: totalmente. E: si, si. (...) CT: (...) o está usted ya diciendo a sus hermanas “esto no, esto no me gusta o esto no quiero que lo hagas así”. Eso nos encanta porque usted está haciendo cambios. (...) E: si gracias, es que más bien lo hago por...dicen “hazlo por tí” pero no, yo más bien lo hago por mi hijo. (...)
<b>Modelo Milán</b>	
<b>Connotación positiva</b>	
<b>Objetivo:</b>	
<b>Reconocer las capacidades de la persona, lo que ha hecho bien</b>	

<b>Resultado</b>	Resaltamos las cualidades y logros de “E” y ella los reconoce ya como propios.
------------------	--

#### CUARTA SESIÓN

La cuarta sesión es la última, revisamos lo trabajado hasta el momento y los cambios. Hacemos una reflexión proyectando a futuro los cambios que ha hecho “E” y quedan por hacer en distintos aspectos de su vida.

En la devolución realizamos connotación positiva que incluyó la revisión de todas las cualidades de “E”, comprobadas a través de su experiencia, relatos y del testimonio de “A”; la reafirmación de su red de apoyo activa y el recordatorio de que es buena madre.

“E” se despide contenta, conforme y menciona los cambios internos que el proceso terapéutico le ha ayudado a realizar, como por ejemplo que se siente más segura de sí misma. Dice que el “fantasma” que habitaba la parte de debajo de la casa fue teniendo menos presencia a lo largo de las sesiones hasta desaparecer y ha iniciado un proyecto laboral con su hermano.

<b>Sesión 4. Intervenciones relevantes.</b>	
<b>Descripción: cierre.</b>	
<b>Técnica 2:</b>	T: bueno, y ya hemos hablado de las capacidades que vemos en ti. Tu hijo acaba de decir lo que ve en ti y qué mejor testigo que él, que ve todo lo que haces y sabe realmente lo que eres capaz. ¿Cómo qué has pensado tú para empezar a dar esos cambios, esos pasos? E: ¿qué he pensado hacer? Pues yo, este... primero dejar mi trabajo, pero si no trabajo ¿cómo? Por eso a veces me detiene hacer las cosas. Porque digo si dejo de trabajar y no tengo dinero, o eso , o qué voy a hacer o... y me empiezo a estresar más. Y a veces hasta yo le pienso y cómo le voy a hacer para cambiar esto. También lo pienso yo. T: y ¿sí te has puesto algunas fechas? Algún plazo final (...) Entonces, ¿Cómo cuál es el plan? (...) E: sólo hasta navidad yo voy a trabajar, ya había pensado, hasta Navidad , hasta diciembre. Y ya de ahí voy a empezar a ver lo de los trabajos, porque ya les dije que hasta diciembre.
<b>Modelo Narrativo</b>	
<b>Preguntas relativas al panorama de acción</b>	
<b>Objetivo</b>	
<b>Evidenciar el repertorio de acciones presentes y futuras.</b>	
<b>Resultado</b>	Evidenciamos que puede y de hecho está realizando acciones para cambiar su situación.

<b>Técnica 4: Terapia Familiar Crítica</b>	T: ¿entonces piensa usted como que está incompleta la familia o algo así?
<b>Preguntas estúpidas</b>	E: yo así siento, con mi hijo yo sí.
<b>Objetivo:</b>	CT: yo estaba pensando, bueno no sé...que ustedes sí me parecen una familia Elba.
<b>Indagar acerca de la identidad personal y familiar, así como su relación con el problema.</b>	(...) T: (...) Elba una pregunta que me surgió ahora hablando de esto de los tipos de familia. Bueno para usted falta algo ¿no? Como que falta algo para “A” porque no tiene esa figura paterna y entonces ¿quién le va a resolver ciertas dudas? Pero me quedé pensando, y le pregunto entonces ¿para usted también falta algo? ¿usted también está incompleta como mujer al no tener un hombre?
<b>Reconocer las capacidades de la persona, lo que ha hecho bien</b>	E: sí, por eso yo lo veo que le falta algo a “A”... Yo digo que le falta a “A” y a lo mejor me falta a mí (ríe) (...) T: con alguna otra persona, aunque no fuera pareja ¿ha tenido relaciones sexuales? E: no. T: ¿con alguna mujer? E: no.
<b>Resultado</b>	Comprendimos uno de los motivos de porqué “E” piensa que no está cumpliendo bien su rol como madre. Descartamos que hubiera algún otro tipo de orientación sexual como origen del autoboicot para las relaciones.
<b>Técnica 5:</b>	T: 46 años, bueno. ¿Cómo se ve los próximos 30 o 40 años de su vida? ¿cómo se ve, hacia dónde le gustaría ir? Tiene aún muchísimo camino.
<b>Modelo Milán</b>	
<b>Preguntas hipotéticas a futuro</b>	CT: es lo que le decimos.
<b>Objetivo:</b>	E: yo de hecho ya he dicho trabajo...hay trabajos de medio turno, si yo busco sí hay y yo ya le había dicho a “A” que sí me gustaría terminar mi secundaria.(...)
<b>Proyectarse a futuro con nuevos significados.</b>	T: eso sería ideal, creo que “A” se sentiría muy feliz de verla a usted hacer otras cosas, incluso sus hermanos más orgullosos de usted (si se puede decir).
<b>Resultado</b>	La proyección de “A” hacia futuro resulta positiva

Para el cierre de esta última sesión entró de nuevo “A” en la sala, así como el resto del equipo de terapeutas, fue cálido y divertido a la vez. Madre e hijo se fueron muy agradecidos y felices.

Tras despedir a la familia, todo el equipo junto con el supervisor de práctica realizamos reflexiones y conclusiones acerca del proceso integral de terapia. El balance resultó positivo.

### 3.3. MODELOS SISTÉMICOS APLICADOS

A lo largo del proceso terapéutico aparecen intervenciones de diferentes modelos, expondré a continuación el sustento de algunos de ellos, por ejemplo:

El *Modelo Narrativo* ha sido pilar central en la intervención del presente caso. Este modelo se basa en la analogía del texto para entender la experiencia de la persona (White y Epston, 1993). El relato en su cualidad performativa no sólo describe, sino que crea y modifica la vivencia en sí

misma y da sentido y significado a la historia de vida personal. Dado que los relatos son interactivos, se construyen en la interacción social y el intercambio, es ahí donde existe también la posibilidad de modificarlos. Michael White (1994) propone desde esta perspectiva lo que denomina el “método deconstructivo” que, en sus propias palabras, consiste en “volver exótico lo doméstico”.

El Modelo Narrativo se enfoca en la deconstrucción de tres ejes: el relato, las prácticas de poder y las prácticas discursivas. Algunas de las técnicas propuestas son la externalización del problema, la búsqueda de eventos extraordinarios, las preguntas relativas al panorama de acción, o de experiencia o de conciencia; las preguntas de influencia relativa, las cartas terapéuticas y los documentos terapéuticos.

El *Modelo Estructural* describe la familia como una organización con jerarquías, roles, límites, subsistemas y reglas, cuyos problemas surgen a partir de la alteración de su funcionamiento en las diferentes fases del ciclo vital que atraviesa. El enfoque estructural intenta modificar la organización de la familia cuestionando su estructura, cambiando las posiciones de los miembros en el grupo y por tanto las experiencias de cada individuo (Minuchin, 1986). El terapeuta en éste modelo se asume como parte del sistema pero llevando la dirección de las sesiones, como menciona Minuchin (1986) “opera como delineador de límites, que clarifica los límites difusos y abre los límites excesivamente rígidos” (p.98)

Las técnicas de intervención propuestas desde el Modelo Estructural y descritas por Minuchin y Fishman (1983) son múltiples. Los métodos principales de este modelo son tres: la reestructuración, el reencuadre, y las realidades, que abarcan diversas técnicas.

La reestructuración, que se orienta a reorganizar la jerarquía y los roles en la familia cuando éstos se encuentran difusos o intercambiados. Las técnicas principales para son: la fijación de fronteras, la complementariedad y el desequilibramiento (no utilizado en éste caso).

El reencuadre intenta modificar el concepto que la familia tiene del problema cambiando su punto de vista y sus respuestas. Para esto, se emplean técnicas como la escenificación, el enfoque o la intensidad.

Desde el *Modelo de Milán* que cuenta con una amplia literatura, propone identificar el juego relacional de la familia y evidenciarlo para que se generen nuevas pautas. El equipo de Milán (Selvini, 1990; Boscolo y Bertrando, 1996; entre otros) parte de la hipótesis de que el síntoma tiene una función en la familia en ese momento, por lo que moviendo al sistema debemos conseguir que el síntoma deje de ser funcional. Para el trabajo psicoterapéutico la Escuela de Milán introduce diversos conceptos de gran utilidad como por ejemplo<sup>2</sup>: embrollo, instigación, *impasse*, triangulaciones o coaliciones.

Entre las técnicas más populares está la paradoja y contraparadoja (Selvini et al., 1998), la prescripción invariable, la tarea, la connotación positiva y las preguntas circulares.

Boscolo y Bertrando (1996) proponen un interesante análisis de la temporalidad en cuanto a los tiempos del proceso terapéutico y a los tiempos en la historia de la persona. Los autores desarrollan intervenciones basadas en preguntas hipotéticas que resultan muy útiles para resignificar la historia personal. Estas preguntas pueden ir enfocadas hacia el pasado o hacia el futuro, intentando ambas modificar su relación con el presente a través de la proyección de múltiples escenarios posibles, mejores o peores pero que muevan a la persona a realizar cambios en el momento actual.

2 El embrollo se trata de “una táctica conductual específica puesta en práctica por un padre y caracterizada por hacer ostentación de una relación diádica intergeneracional privilegiada (padre-hijo), que en realidad no lo es.” (Selvini et al, 1990: p. 82). La instigación se refiere a la acción o provocación de una persona sobre otra con aspectos negativos, el equipo de Milán se refiere a la instigación siempre en un nivel triádico: uno instiga a otro contra un tercero (Selvini et al., 1990: p.109). Desde éste modelo, por *impasse* se entiende como la situación en la cual dos personas son incapaces de salir y hagan lo que hagan se mantienen en esa situación. Por triangulación se refieren al juego relacional mediante el cual uno de los dos padres, o ambos, introducen al hijo en las cuestiones de relación de pareja. Coalición será cuando, mediante el juego de la triangulación, uno de los progenitores establezca una alianza con su hijo en contra del otro progenitor.

Desde la *Terapia Familiar Crítica* (Medina, 2011) el terapeuta es experto en la conversación pero no en el tema, por lo que trabaja conjuntamente con la persona. Las preguntas estúpidas es una de las técnicas que propone Medina (2011). Sirven para entender el universo personal y familiar, lo que le sucede, cómo lo interpreta, cómo se asume frente a eso y para enviar provocaciones que cuestionan lo cotidiano, lo usual, lo normalizado.

La Terapia Familiar Crítica propone otras técnicas como el uso de metáforas locales para la comprensión del sistema familiar y relacional, la externalización del problema, y el recuerdo y olvido terapéuticos.

Las intervenciones se realizan desde un enfoque psicosocial teniendo en cuenta el contexto cultural y social en el que está inmersa la persona.

Otros Modelos: además de estos, pude identificar durante el proceso técnicas o intervenciones hechas desde el modelo de la Escuela de Palo Alto o Barcelona, así como (en menor medida) del Modelo Estratégico.

#### 4. REFLEXIÓN SOBRE REFLEXIONES DURANTE EL PROCESO TERAPÉUTICO COMBINACIÓN DE MODELOS

Antes de comenzar el análisis del caso que acabamos de revisar, elegí el Modelo Narrativo como eje central de mi estudio teórico-práctico y de mi autoreflexión, pensando también que sería el estilo predominante. Al revisar las videograbaciones y realizar las transcripciones me di cuenta de que muchas de mis intervenciones no eran estrictamente del modelo. Dejé entonces de poner el foco de atención en las técnicas narrativas para ampliarlo y ver otro tipo de intervenciones que estaba implementando y estaban funcionando.

Me percaté de que, a mi parecer, resulta más complejo (y contraproducente) adscribirse a un único modelo teórico que realizar intervenciones combinadas con diferentes propósitos. Aunque pueda predominar un modelo sobre otros, por eficacia o por preferencia, me resultaría difícil abordar las diferentes problemáticas con que puede llegar una familia ciñéndome estrictamente a un modelo único

##### LA INFLUENCIA DE LA INTERACCIÓN

El trabajo en coterapia requiere una gran flexibilidad y entendimiento con el compañero o compañera. Aun trabajando con la misma hipótesis, las condiciones de cada terapeuta en el momento de la terapia pueden ser distintas, como también las formas de llegar a una solución. No se trata de unificar métodos sino de aplicar el principio de equifinalidad (Bertalanffy, 1976) y colaborar en el camino hacia la consecución de objetivos comunes.

La reflexión con el equipo significó la posibilidad de escuchar trece análisis diferentes acerca de lo que está sucediendo durante la terapia. Todas las aportaciones son enriquecedoras y pueden “estimular y garantizar la emergencia de múltiples voces y perspectivas en los terapeutas” (Anderson, 1997, p.147). En este caso, decidimos que de las dos terapeutas, sería yo quien guiara el proceso, sin embargo las intervenciones de la otra compañera pudieron cambiar la orientación de la terapia o me ayudaron a ver ángulos que no estaba viendo. También en ocasiones pudimos haber obstruido las intervenciones de la otra, por falta de comunicación previa.

El supervisor en este caso, conoce mi trayectoria personal, académica y laboral, y al momento de la supervisión llevamos dos años y medio trabajando juntos. Ambos intervenimos desde un enfoque psicosocial por lo que no fue complicado entendernos o adaptar sus sugerencias al modelo propio. Sin limitarme fue cuestionando las intervenciones y sus resultados hacia una zona cómoda y segura de mi desempeño.

La familia por su parte, considero que fue guía en todo momento del proceso, pues compartiendo la opinión de Anderson (1997) “el cliente es experto en el área del contenido, en las experien-

112 cias vitales que lo han traído a la relación terapéutica” (p.138), por lo que fui atendiendo cada tema tal y como “E” los iba presentando y priorizando. Buscando en su historia sus propias fortalezas.

### AUTO-FORMACIÓN Y AUTOREVISIÓN

Como terapeuta, a lo largo de este proceso de autorevisión fui ganando seguridad en mí misma, me di cuenta de que mis intervenciones están sustentadas en Modelos Teóricos y no son únicamente producto de la intuición (también necesaria) o de la improvisación. También terminé de asumir como propio el estilo colaborativo, pues creo que en todo momento busqué la co-construcción de nuevas narrativas y la visibilización de actos resilientes.

La capacidad de comprender y navegar por diferentes Modelos Teóricos puede ampliar y mejorar el abordaje terapéutico, pero no hace prescindible la revisión la práctica terapéutica, la cual puede ser fuente de renovación para los terapeutas (Anderson, 1997).

## 5. CONCLUSIONES

Autoanálisis y autocritica en la práctica clínica son ejercicios imprescindibles en cualquier proceso formativo. Entendiéndonos como parte del sistema en el que vamos a trabajar y colaborar. El meta-análisis de las sesiones terapéuticas ayudará a comprender mejor nuestro desempeño teórico-práctico para ir definiendo un modelo terapéutico personal. Para un análisis estructurado y detallado de las intervenciones podemos ayudarnos, por ejemplo, de matrices como la aplicada en este caso por cada sesión, o bien elaborar una más personalizada y adecuada a nuestras necesidades.

El estilo terapéutico se encuentra en transformación mientras se esté ejerciendo la práctica psicoterapéutica. Terapeutas amateur y terapeutas más experimentados van modificando su forma de intervenir debido a múltiples variables tanto personales como contextuales (Ceberio y Linares, 2005), pero sobre todo a la interacción en los propios procesos terapéuticos.

Compartiendo la visión de Anderson (1997) desde un enfoque colaborativo, el terapeuta cambia al igual que la persona que asiste a terapia como consecuencia natural de la interacción y el diálogo, menciona que “parece ilógico suponer lo contrario, que una persona puede involucrarse en un proceso transformacional y no ser transformada” (p.144). Todo este complejo dinámico hace que la propia epistemología y por lo tanto el método de intervención también varíe, de ahí la importancia de la revisión y autocritica constante. Si desde un inicio, en proceso de formación, los terapeutas incorporamos a la práctica este ejercicio, ejercitamos la capacidad autoeducadora y de renovación.

En base a una visión socioconstruccionista de la formación del estilo terapéutico, propongo dos preguntas que pueden ayudar al terapeuta iniciando su práctica clínica son:

¿qué pienso que hago y qué estoy haciendo?

¿qué me sugieren que haga y qué creo que debo hacer?

La primera está enfocada a distinguir entre la identificación y la praxis, es decir, entre lo que tenemos la intención de hacer, el modelo con el que nos identificamos; y lo que hacemos en realidad, que puede ser una mezcla de varios modelos o diametralmente opuesto a lo que queremos. Para responder a esta pregunta puede ser útil el uso de matrices como las que acabamos de emplear para el análisis de caso práctico supervisado, en la que se identifiquen: la intervención-técnica concreta, al modelo que se adhiere, el objetivo de dicha intervención y los resultados observados.

Con la segunda pregunta se trata de diferenciar las influencias del exterior en nuestra práctica clínica y en el moldeamiento de nuestro estilo terapéutico. Las voces que hemos interiorizado (de compañeros, profesores, autores) nos guían en el camino de la terapia, sin embargo la decisión de ir por un camino u otro finalmente recae en nosotros. Preguntarnos qué hubieran hecho otros terapeutas puede ser útil, así como cuestionarnos si hay otras opciones además de las que me están diciendo mis colegas terapeutas.

Esta segunda pregunta sería un ejercicio similar al propuesto por Ceberio y Linares (2005) que consiste en que el terapeuta en formación imagine que es un terapeuta experto y debe dar consejos

útiles acerca del caso al principiante, éste, puesto que en realidad representa ambos roles, debe tomar notas acerca de sus propios consejos y revisarlas. Los autores mencionan que este ejercicio “posibilita explorar as resonancias internas sobre aquellos consejos, palabras, críticas o connotaciones positivas que alguien te brindó en algún momento de tu historia profesional” (p.158) por parte de un supervisor, profesor, algún familiar, colegas o amigos.

Como hemos revisado, son múltiples y complejos los factores que intervienen en el estilo personal del terapeuta. Alcanzar la combinación e interacción adecuada de estos factores para ser buen terapeuta, requiere necesariamente un tiempo de formación (Ceberio y Linares, 2005) y de repensarnos en estos procesos, pues como menciona Anderson (1997) la terapia tiene tanto que ver con la historia del cliente como con la nuestra propia como terapeutas y con cómo se establece la relación entre ambos.

Para mejorar este proceso la propuesta es incluir en el contenido académico de cualquier programa destinado a formar a profesionales de la psicoterapia (licenciatura, diplomado o maestría), un modelo de aprendizaje auto-reflexivo y auto-crítico que amplíe el enfoque terapéutico y la conciencia acerca de su práctica. formación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen, T. (1996). *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorroutu.
- Ausloos, G. (2005). *Las capacidades de la familia: tiempo, caos y proceso*. España: Herder
- Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente*. España: Gedisa.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémica*. España: Paidós.
- Ceberio, M y Linares J.L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica: la construcción del estilo terapéutico*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (1985). The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- Gergen, K. (2006). *Construir la Realidad: el futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Gutiérrez, J.C. (2014). Terapia familiar y espiritualidad. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández: *Pensamiento sistémico: nuevas perspectivas y contextos de intervención* (pp.147-170). México: Litteris.
- Hoffman, L. (1990). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Medina, R. (2011). *Cambios Modestos, Grandes Revoluciones: Terapia Familiar Críticas*. Guadalajara, México: Red Américas.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa
- Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L, Cecchin, G. y Prata, G. (1998). *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona : Paidós.
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Paidós.
- White, W. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.



# Clásicos





## Diálogos: Israel Zwerling Dialogues: Israel Zwerling

**Comentario: Regina Giraldo (2019)**

**Historia editorial:** Recibido: 05-06-2019, Aceptado: 05-06-2019

Cuando el Dr. Alfredo Canevaro me propone hacer un comentario acerca del diálogo que sostuvo con el Dr. Israel Zwerling “en el lejano 1980”, me encuentro con dos estados simultáneos. Por un lado regocijo por la designación, y por el otro inquietud por la responsabilidad que ello supone. Me pregunto las razones por las cuales fui designada, y pienso que tal vez se debió a que ha conocido mi desarrollo profesional como terapeuta familiar, en paralelo al ejercicio de la psicología social comunitaria, y mi interés por el bienestar social. Y es que de eso se trata el diálogo del Dr. Canevaro con el Dr. Zwerling. De la terapia familiar, del estado de la familia en los Estados Unidos en la época, y de la conexión de ambas con la psicología y la psiquiatría comunitaria de entonces.

Creo necesario hacer una breve reseña del Dr. Israel Zwerling, de manera que se pueda dar contexto a mi comentario, y también para que los terapeutas familiares más jóvenes lo reconozcan y los mayores lo recuerden.

El Dr. Zwerling nació en Nueva York en 1917, y murió en Filadelfia en 1993 a los 76 años. Recibió un Doctorado en psicología por la Universidad de Columbia, y el título de médico del *Downstate Medical Center* en Brooklyn. Fue uno de los primeros defensores de la atención ambulatoria comunitaria para enfermos mentales. A principios de la década de 1960, fue director de la división de psiquiatría social y comunitaria de la Escuela de Medicina en la Universidad Yeshiva de Nueva York y director del Centro de Psiquiatría del Bronx. Fue un líder en el movimiento para cambiar la atención psiquiátrica de los hospitales estatales a los centros comunitarios de salud mental, un cambio defendido por el presidente Kennedy en 1962. Se dice que fue el primero en demostrar la eficacia del tratamiento de día como una alternativa a la hospitalización para personas con enfermedades mentales graves. En el centro del Bronx, el Dr. Zwerling estableció una política según la cual los pacientes podían caminar o salir en cualquier momento a través de puertas abiertas. La idea era crear una atmósfera libre de restricciones o coerción.

Pues bien si entendemos de una parte, a la psiquiatría comunitaria como una disciplina interesada en relacionarse con un consultante no como enfermo, sino como miembro de una comunidad, para tratarlo en el ambiente social en que vive en vez de en hospitales psiquiátricos; y de otra parte entendemos a la psicología social comunitaria como una teoría y una metodología que se alimenta de otras ciencias como la antropología, la sociología o la filosofía y cuyo objetivo es producir transformaciones en las comunidades procurando el fortalecimiento y la participación de los actores sociales en sus propios entornos; podemos comprender en ello la conexión entre ambas disciplinas.

Ambas interesadas en los problemas y el comportamiento de las personas en sus ambientes sociales, además se nutrieron de la actividad política de movimientos transformadores que surgieron a mediados del siglo XX, y que hicieron un señalamiento o denuncia sobre algunas limitaciones de las formas tradicionales de hacer psicología, con influencias importantes del pensamiento latinoamericano revolucionario, como la sociología militante impulsada por el colombiano Orlando Fals Borda, o el modelo de educación popular del brasileño Paulo Freire.

El Dr. Zwerling, respecto de la terapia familiar y lo social, hace casi 40 años en el diálogo con el Dr. Canevaro, manifestó que esperaba que movimientos como el de la terapia familiar mostrara el camino para la comprensión de las consecuencias de la alienación de la narcisista generación del yo, y que, aun cuando era pesimista tenía la ilusión que el enfoque familiar daría los recursos necesarios para que la gente empezara a reconocer las interrelaciones de los problemas.

La pregunta ahora es ¿Cómo se conciben en la actualidad la psiquiatría y la psicología social

El tiempo no pasa en vano y, por fortuna, la terapia familiar evolucionó según la expectativa del Dr. Zwerling. Hoy en día nadie duda ni tampoco se discute, que una perspectiva sistémica implica una visión compleja comprendiendo los conflictos con la mayor cantidad de influjos y niveles posibles, que las conductas familiares incluyendo problemas y síntomas derivan significados emocionales y normativos en relación con el contexto socio-cultural, y que los hechos concurrentes en distintos miembros de la familia no son al azar sino están interconectados entre ellos.

La psiquiatría y la psicología comunitaria como disciplinas han adoptado también postulados similares. Ahora resulta impensable abordar los problemas psicológicos de manera individualizada, descontextualizados de las relaciones familiares y del ambiente social, excepto para el diagnóstico y tratamiento con farmacoterapia para aliviar a la persona que lleva el sufrimiento del síntoma relacional.

El ejemplo más destacado donde confluye abordaje social de red con atención personalizada, es el conocido enfoque familiar y de red social “diálogo abierto” del grupo de Jaakko Seikkula en Finlandia donde, ante una crisis psiquiátrica, independientemente del diagnóstico específico de la psicosis que presente, sigue un mismo procedimiento organizando el tratamiento psicoterapéutico de todos los pacientes dentro de sus respectivos sistemas de apoyo familiar y social. Si bien este enfoque se inició a mitad de los años ochenta, por los resultados ha tenido su máximo reconocimiento en años recientes.

De otra parte, en lo político-social el Dr. Zwerling decía que una política sobre familias no surgiría desde la cima, sino que se desarrollaría a través de la aparición de grupos interesados en el desarrollo del tema y de la problemática familiar. Y aunque se refirió en particular a la situación en los Estados Unidos, es una verdad que de momento encontramos en casi todas las legislaciones con debates a nivel global.

Esos grupos interesados no son sólo de terapia familiar, sino ante todo políticos y religiosos, con debates fuertes concentrados en la polémica de definir el concepto de familia y lo que significa serlo, así como la protección de los derechos civiles e individuales de quienes la conformen. ¿Qué es una familia, o mejor quiénes conforman una familia?

Las nuevas familias es un asunto que trasciende los núcleos científicos o de grupos profesionales y se introducen en las legislaciones. El término nuevas familias más allá de familias no tradicionales (monoparental, adoptiva, sin hijos, reconstituida, homoparental, etc.), hace referencia a formas de familia que no existían o se ocultaban a la sociedad hasta finales del siglo XX; y que representan un alejamiento de las estructuras de familia tradicionales. Entre estas nuevas familias tenemos las conformadas por madres solteras por elección, las conformadas por donación de óvulos, la inseminación con semen de donante, la donación de embriones y la gestación subrogada.

En Colombia, mi país, en principio todas las familias tienen la protección del Estado y ninguna puede ser excluida de la atención del mismo. Así las cosas, y tal como lo afirmó en una entrevista una congresista autodeclarada progresista y homosexual: “no importa si la familia es de una madre soltera, no importa si la familia tiene muchos o pocos hijos o no tiene hijos, no importa si son casados por lo civil, por una religión, o si viven en unión libre, no importa la raza, el estrato”. Nótese sin embargo como en su comentario excluyó a las familias de parejas del mismo sexo, aun siendo ella una de ellas y estar legalizado matrimonio en 2016 y adopción un año antes.

El matrimonio de parejas del mismo sexo y su derecho a la adopción son dos temas aún por definir en muchos países. La adopción por parte de parejas del mismo sexo es legal en 28 países. Sin embargo, no es reconocida en el resto de países (la mayor parte), aunque en algunos se debate permitir la coincidentemente a la aprobación del matrimonio entre personas homosexuales, al establecer una igualdad de derechos y otorgar las mismas garantías que a una pareja heterosexual. Es decir al derecho y la garantía de poder ser una familia completa.

## Diálogos: Israel Zwerling

**Entrevistador: Dr. Alfredo Canevaro<sup>a</sup> (AC)**

**Entrevistado: Dr. Israel Zwerling (IZ).**

<sup>a</sup>Escuela de Psicoterapia “Mara Selvini Palazzoli”. a.canevaro@libero.it

**AC:** ¿Cuál considera usted un buen programa de terapia familiar que pueda integrar diferentes sub-programas en una adecuada organización de sistemas en salud mental? Con esto quiero decir que usted muchas veces señala en sus artículos, que hay programas para alcoholismo, para drogas, y para muchas otras cosas que no están realmente integrados en un nivel general o nacional. Dada su gran experiencia en centros de salud mental, quisiera saber si usted considera a la terapia familiar como un enfoque coordinador en salud mental. No sólo como una técnica apartada sino como un programa.

**IZ:** Usted me hace una pregunta compleja. Para empezar me gustaría darle una perspectiva desde la cual sea posible entender lo que estoy tratando de decir. La perspectiva es reconocer el paralelo que existe en USA entre el desarrollo de la psiquiatría comunitaria y el desarrollo de la terapia familiar. Esto comenzó inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial y creo que no fue una circunstancia feliz, sino un accidente temporal. Yo pienso que refleja de qué manera los determinantes sociales y culturales de la conducta accionan recíprocamente con los biológicos y psicológicos. Fue ese un período de dar importancia a las diferencias entre la gente. En ese momento USA tenía slogans como por ejemplo: “La guerra contra la pobreza”, “Movimiento para los derechos civiles”. Todo esto estaba orientado hacia el reconocimiento del hombre por el hombre. En este contexto sucedieron varias cosas. Se comenzó a brindar servicios de salud mental en las comunidades en vez de en los hospitales estatales geográficamente más lejanos. Los comienzos de la psiquiatría comunitaria pueden ser claramente documentados a principios de la década del 50 con el establecimiento de los hospitales de día, los hospitales parciales y los hogares intermedios. Hoy todavía no están integrados dentro de un sistema de salud mental comunitaria pero algunos elementos han empezado a aparecer. Al mismo tiempo Ackerman en Nueva York, Lidz en Baltimore, Murray Bowen en Washington y Don Jackson en Palo Alto, por separado comenzaron a tratar familias enteras. Me parece interesante destacar que el reconocimiento oficial de la terapia familiar como una entidad en salud mental estuvo señalada por la aparición en 1962 de la revista *Family Process*, la primera publicación especializada específicamente en terapia familiar. En 1963 es el primer reconocimiento oficial de la psiquiatría comunitaria en USA cuando el presidente Kennedy en su discurso en el Congreso hizo una exposición sobre el *community mental health act*. Esto me parece a mí el reconocimiento de la necesidad de un abordaje más comprensivo y humano acerca de la salud y la enfermedad. Esto era posible en los días de la terapia individual, de la psiquiatría privada, otra cosa eran los hospitales estatales para los pobres. Ahora el punto que nos interesa es si nosotros estamos seguros de establecer un abordaje global en la política nacional sobre salud mental. Por abordaje global quiero significar un abordaje que reconozca las complejas e interrelacionadas maneras del enfermar y del curar de cada uno y que tenga presente el desarrollo y el crecimiento, la realización de la potencialidad humana, y de qué manera todo esto en una persona está integrado; y que además estemos seguros de que haya una autoridad sanitaria que reconozca esto. Cualquier terapeuta de familia sabe que cuando hay perturbaciones en la familia el síntoma que emerge es hasta cierto punto un accidente de uno de los miembros, o una señal peculiar en la vida de un individuo dentro de la

1 Diálogo del Dr Alfredo. Canevaro con el Dr. Israel Zwerling, médico psicoanalista y doctorado en psicología, director del departamento de salud mental del Hahneman College de Filadelfia, USA. Realizada en Buenos Aires en junio 1980. Traducción original: Graciela Rodríguez. Publicada originalmente en *Terapia Familiar*, 6 (Buenos Aires, Argentina, Ed. ACE L.R.L., 1980).

familia. Cuando un adolescente se droga, o una adolescente queda embarazada, o cuando se fuga de la casa, o cuando se suicida ése no es realmente el problema sino una pauta de conducta particular que refleja las perturbaciones de las fuerzas que son el continente de esa persona y su familia. La manera particular de cómo las perturbaciones se manifiestan me parece secundario; lo más importante es que seguramente hay una perturbación en la unidad social. Cuando hay un problema de drogas, en vez de reconocer esta unidad y abordarla, nosotros usamos un programa para drogas, como si fuera la solución del problema familiar. Con una adolescente embarazada nosotros utilizamos un programa para adolescentes embarazadas como si esto pudiera solucionar el problema familiar. Terminamos en realidad disputando programas; ¿disputándonos qué? Compitiendo profesionalmente sobre entrenamientos o programas familiares. En vez de organizar, coordinar o integrar sistemas de abordaje que enlacen lo que está pasando en la sociedad o en las familias de esa sociedad.

**AC:** Si nosotros entendemos que un grupo familiar puede estar enfermo -en diferentes niveles, por ejemplo un miembro de ese grupo con un problema psicótico, otro con un problema somático, otro con un problema antisocial; todo el grupo está sufriendo. Usted está hablando desde un punto de vista integral de la familia. Ahora bien, esta familia imaginariamente enferma: primero tenemos que diagnosticarla para darnos cuenta que está enferma, quiero decir que primero debemos diagnosticar que toda esa familia necesita ayuda. ¿Cómo podemos hacer? Una política sanitaria, sí, pero ¿a través de qué? ¿A través de un centro de salud mental o a través del terapeuta de familia?

**IZ:** Nosotros tenemos en USA una ley bastante buena que llamamos la “ley del impacto en el medio ambiente”. Cualquier ley tiene que pasar a través de un comité que estudia qué impacto tiene esa ley sobre la ecología y el medio ambiente. ¿Por qué no tenemos un comité establecido especialmente para analizar cuál es el impacto de esa ley sobre la familia? Puedo contestar porqué. No lo tenemos porque eso significaría un gran cambio de orientación en las prioridades de la sociedad. No sé que pasa en Argentina, en USA por cierto no estamos preparados todavía.

**AC:** No todavía.

**IZ:** No todavía, si usted quiere podemos tratar esto como uno de los muchos temas de la política sanitaria. Permítame darle mi punto de vista. Estoy tratando de desarrollar con usted el hecho de que la política nacional sobre familias no surgirá desde la cima. Es mucho más probable que se desarrolle a través de la aparición de grupos comenzando con la introducción del abordaje familiar, el abordaje sistémico.

**AC:** ¿Porqué el planeamiento de la Conferencia Nacional sobre familia fue un problema en USA?

**IZ:** Esto es un buen ejemplo de lo que estoy tratando de decir. En 1978, en la primavera de 1978, se anunció una conferencia de la Casa Blanca sobre la familia. El esquema de la conferencia fue presentado. Se reunirían economistas, sociólogos, antropólogos, psiquiatras, psicólogos, historiadores; una variedad de personas en lo referente a familia. Ibamos a presentar trabajos de diferentes personas; un selecto grupo central con discusiones de donde surgiría una política nacional para la familia. Designaron una mujer negra, Mrs. Patsy Flemming como directora de la conferencia. Negra, divorciada, madre de 2 ó 3 chicos. Hubo una protesta inmediata de la comunidad católica especialmente por ser divorciada y negra. Era la persona adecuada para dirigir, pero como si el hecho de ser divorciada la hiciera incompetente para coordinar esta clase de conferencia. Como respuesta a la tormenta de protestas Califano (el ministro de Salud Pública) la nombró codirectora y se designó con ella un codirector para compartir responsabilidades. Designado un hombre blanco, Mrs. Flemming renunció. Califano pudo ver que, designado un director, sin ella, la tormenta de protestas iba a ser aún peor; y entonces bajaron la cortina. Ahora iniciaron una cosa completamente distinta, es un circo. Viajan a través de todo el país invitando grupos de personas. Yo estuve presente en Filadelfia y era enfermante. Gente que hablaba y hacía este tipo de preguntas: “¿Por qué mi hijo no me escucha? ¿Por qué mi hijo se escapa?”, etc. Esto que le estoy dando a usted es el testimonio directo.

**AC:** ¿Cree usted que la conferencia no tuvo ningún resultado?

**IZ:** Absolutamente.

**AC:** ¿Cambiaría con otro gobierno?

**IZ:** No, USA no está preparado para ese tipo de replanteo de prioridades.

**AC:** Entiendo que de 2 a 3 años a esta parte hay un gran problema de familia en USA.

**IZ:** En todo el mundo.

**AC:** En todo el mundo. Es un problema general y se detecta a través de la TV, los libros, las revistas. ¿Porqué es usted tan pesimista con respecto a las leyes?

**IZ:** Como pesimista yo no veo ninguna solución que pueda establecer realmente una posición central de la familia en una comunidad sensible.

**AC:** ¿Ello depende de la organización económico-social?

**IZ:** Absolutamente. Requiere mayores cambios en las prioridades socio-económicas.

**AC:** Un pequeño ejemplo. La publicidad está realmente orientada para la gratificación narcisística. En los avisos no hay nada referente a la familia. La mayoría muestra las necesidades del hombre, de la mujer o de los chicos pero no de toda la familia. Este es uno de los grandes problemas que veo pero soy optimista acerca de un posible cambio. Tal vez esto dependa de un cambio mayor. ¿Es esta su opinión?

**IZ:** Mi opinión es que lo que usted describe es muy claro y exacto. Esto es consecuencia de la creciente erosión de las presiones sociales o de las presiones alienantes. Esas presiones que dirigen este tipo de orientación narcisística que usted menciona. Un escritor popular americano Tom Walk escribió unos versos sobre nuestra sociedad que él llamó “la generación del yo”.

**AC:** Tal vez en este momento existan diferencias entre USA y Argentina.

**IZ:** Si, pero de la manera en que están funcionando ustedes, están yendo en la misma dirección y van a terminar exactamente de la misma manera. Por ejemplo, cuando llegamos Ilda me dijo que estaba ansiosa por conocer el nuevo departamento de su hermana. ¿Cuántas familias viven en nuevos departamentos? ¿Con qué frecuencia la gente se muda? Esto para mí es familiar. En USA se mudan 40.000.000 de personas por año.

**AC:** Acá en Argentina no. Tal vez por comodidad o *status*, pero no geográficamente.

**IZ:** Déjeme señalarle las consecuencias de esa mudanza por *status* de la que usted habla. Cuando yo era chico vivíamos en una comunidad. Mi madre tenía que salir de compras y nosotros nos quedábamos en la casa de los Bears (nuestros vecinos durante 20 años), yo era el chico Zwerling que iba a lo de Noony a comprar el pan. ¿Qué pasa ahora? Aunque usted se mude por *status*, ¿qué pasa? ¿Cuánta gente conoce a su hermana en el nuevo edificio? ¿Y qué esfuerzos tiene que hacer para conocer a sus nuevos vecinos? Ellos se mudan, yo me mudo. ¿Ve usted mi punto de vista? La fragilidad del parentesco y eso es cada día peor.

**AC:** Creo que, tal vez para este punto de vista, habría que pensar en otra clase de organización familiar, tal como son los grupos multifamiliares, o la comunidad multifamiliar. Yo he oído que en Israel los *kibbutzim* han cambiado, que ahora se han organizado como grupos multifamiliares. Este puede ser un cambio muy importante. ¿De qué manera podemos nosotros hacer lo mismo en esta civilización experimental, en esta sociedad industrial, superdesarrollada?

**IZ:** Es muy interesante lo que usted señala acerca de los *kibbutzim*, porque me parece que en mi país hay grandes presiones hacia un tipo de organización similar. Por ejemplo en USA hay un movimiento para reducir la edad de la educación obligatoria, y yo entiendo por qué: porque no hay nada que hacer con ninguna perspectiva social ni con el reconocimiento de cuáles son las necesidades de los chicos. Esto tiene que ver con el hecho que, durante los años del boom de los nacimientos que siguió a la Segunda Guerra Mundial, y después, hace 15 o 20 años atrás, los colegios estaban llenos de chicos, porque había muchos chicos. Hoy, en cambio, entre los maestros, hay un desempleo masivo y los sistemas escolares continúan cerrando colegios. Hoy, en Filadelfia, se está pensando en cerrar entre 14 y 17 colegios. Ha disminuido el número de chicos y el subsidio público para la educación. Los maestros han organizado en USA un sindicato muy fuerte, el cual está luchando ahora para disminuir la edad de la educación obligatoria a 3 años.

**AC:** ¿El estado está controlando eso?

**IZ:** Exactamente. USA está controlando los chicos individualmente, pero no hace un control multifamiliar. Esto es muy diferente.

**AC:** Pero mucho más alienante para los chicos.

**IZ:** Correcto. Pero es un paso más dentro de la manera organizada de agrupar familias.

**AC:** Pero ¿usted no cree que la familia podría hacer mucho más por sus hijos de lo que hace ahora?

**IZ:** Por supuesto. Pero ése es el punto sobre el cuál usted me preguntó; y es por eso que yo esboqué estas líneas. Usted me preguntó porqué mi pesimismo. Mi pesimismo se debe a que todas las fuerzas que yo puedo ver contribuyen a aumentar la alienación. La separación de la gente de sus vecinos, los chicos de sus padres, las familias nucleares de las familias ampliadas. ¿Qué es lo que va a pasar, por ejemplo, con el subsidio para la educación pública? Hoy nosotros hablamos en USA de 22 millones de personas por encima de los 65 años. La tendencia de la población indica que para el año 2000 habrá 30 millones. Si a los 22 millones usted le agrega los chicos que son demasiado jóvenes para trabajar, tendremos una situación donde el 70% de la población está trabajando o buscando trabajo. Está trabajando para mantener a ese 30% que es o demasiado joven o demasiado viejo para trabajar, y hoy está protestando. Hay un gran movimiento de proposiciones. Yo no sé qué lugar ha alcanzado en Argentina, pero empezó en California con el referendum, y lo que la gente votó en California fue una muy masiva reducción de impuestos. ¿Y cuál fue la consecuencia? La reducción del subsidio abarcó todo el país. Este año, por ejemplo, ciudades importantes como Cleveland o los Angeles no tenían suficiente dinero para finalizar el año escolar. ¡El año escolar! No hablemos de subsidios para hospitales psiquiátricos. Las escuelas públicas son una prioridad local muy importante. Si el 70% de la población no está dispuesto a mantener al 30%, ¿qué pasará cuando el 60 % tenga que mantener al 40% ? Y esto no está muy lejos, 15 años a lo sumo. Por eso soy pesimista porque no veo otra cosa que acrecentarse las presiones que alienan, que separan a las personas de sus familias, de sus vecinos, de sus comunidades.

Usted me ha dicho bien, que el movimiento acá en la Argentina, es generalmente un movimiento local, una mudanza a edificios de muchos pisos, pero yo le diré cómo avanzará esto. Tal vez comenzará con un incremento del movimiento industrial. El proceso industrial tiende a formar conglomerados y alguien en algún momento dirá: fulano de tal de la ciudad de Buenos Aires es la persona indicada para llevar a cabo un programa en Tierra del Fuego, y lo harán muy atractivo para que viaje con su familia. Nosotros en USA no tenemos problemas porque las empresas lo hacen. Ellos facilitan las cosas. Si usted no puede vender su casa, ellos le compran la casa a buen precio, retienen el dinero porque usted está apurado por mudarse; ellos no quieren que usted pierda dinero. Compran, ayudan a mudarse y a encontrar una nueva casa. Los asesoran, son profesionales psicólogos, psicólogos industriales que aconsejan a la gente y a las familias como manejar los problemas de la mudanza, pero continúan mudándose.

**AC:** Aquí la gente que va a vivir al interior lo hace buscando una nueva calidad de vida. Yo he escuchado gente que se va, de Bs. As. al interior, decir: “allí podemos respirar y ver el cielo”. A propósito de este tema, yo pienso que la terapia familiar aborda problemas ecológicos como lo fue el de la polución hace 10 o 15 años atrás. Ahora se está tratando de mantener a salvo el desarrollo natural de los individuos.

**IZ:** Esa es mi gran esperanza.

**AC:** Nosotros somos profesionales técnicos pero a veces también, somos un raro grupo de personas que miran hacia el futuro. De alguna manera usted es pesimista pero de otra usted es optimista.

**IZ:** Yo espero que movimientos, como el de la terapia familiar, muestren el camino para la comprensión de las consecuencias de la alienación. Yo hice hace poco tiempo terapia familiar con una pareja divorciada con cuatro hijos. La mujer dejó a su familia, consiguió el divorcio y se casó con otro hombre, y el marido quedó a cargo de sus cuatro hijos. El era director de un diario muy importante, en Filadelfia. La firma le ofreció el cargo de presidente del diario en Detroit. Pero él no

fue, no aceptó la promoción.

**AC:** Kramer vs. Kramer.

**IZ:** Exactamente. El no aceptó su nueva posición porque vió el impacto de la destrucción en la familia, en los chicos, y no quiso la inestabilidad. A pesar de mi pesimismo, tengo confianza en que la terapia familiar dará los recursos necesarios para que la gente empiece a reconocer las interrelaciones de los problemas en vez de la presión narcisista atribuída a esta generación del yo.

**AC:** Referente a lo que usted acaba de decir; usted recuerda muy bien que hace 30 años el psicoanálisis fue también una esperanza para mucha gente que quería cambiar de manera de pensar. Yo conozco el psicoanálisis y sus enseñanzas, por eso mi pregunta es: ¿Es la terapia familiar otro movimiento social, otra esperanza, como una filosofía, más que una ciencia o una técnica? Porque en mi experiencia cuando yo hablo de terapia familiar tengo convicciones científicas que están basadas en mi experiencia profesional y en mi vida familiar. Pero a veces tengo una convicción casi religiosa de que la terapia familiar no es solamente una técnica ¿Qué es para usted?

**IZ:** Yo comparto completamente su opinión. Aparte de ser la terapia familiar un sistema de técnicas para resolver los problemas de la gente, es una filosofía. Esa es una manera de anteponerse al mundo que confirió esa dirección narcisista e individualista.

**AC:** ¿Es esto peligroso para el desarrollo científico de la terapia familiar?

**IZ:** No, no creo. Y a propósito, ve usted el movimiento psicoanalítico como un movimiento social?

**AC:** Pienso que el psicoanálisis pudo ser una influencia social que hoy en día está decreciendo. Es un punto de vista personal. Estaba centrado casi exclusivamente sobre el individuo. Ese fue su error.

**IZ:** Exactamente. Cuando yo ingresé a la Universidad uno de los años más personalmente determinantes en mi vida fue el que yo pasé aprendiendo psicología social con Arrow Climber. Fue él quien me llevó: comprender cómo la sociedad determinaba lo que yo era, lo que yo hacía y cuando lo hacía. Yo respeto la brillantez de los *insights* sobre mecanismos intrapsíquicos pero, ¡por Dios! no se queden ahí.

**AC:** Realmente es muy alentador escucharlo porque nosotros debemos luchar contra muchas resistencias.

**IZ:** Mi problema es, cómo gente que supuestamente tienen que ser los más seguros y los más estables se sienten inseguros y quieren mantener esa territorialidad y la están defendiendo tanto. Ellos no escuchan cuando uno les dice que la terapia familiar no es en vez de, sino además de. Ellos no escuchan...



# Biografías





# Carlos Sluzki: trayectoria y genialidades de un adelantado

## Carlos Sluzki: Trajectory and Genius of a man Ahead of his Time

<sup>a</sup>Marcelo Rodríguez Ceberio

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

**Historia editorial:** Recibido: 05-06-2019, Aceptado: 05-06-2019

Si se cuenta la historia de la psicoterapia no solamente debemos quedar fijados en la descripción de modelos y su eficacia en la ejecución, sino que también debemos hacer honor a aquellos profesionales que han bregado por crear y creer en el poder de la psicoterapia como una vía directa hacia el bienestar. No cabe ninguna duda que en la galería de los grandes terapeutas e investigadores en psicoterapia, se inscribe la figura de Carlos Sluzki<sup>1</sup>.

Soy un convencido que debemos reconocer y honrar aquellos que nos precedieron y se ocuparon mediante diferentes maneras, de enseñarnos. Aquellos que se constituyeron en maestros, sabios en la transmisión, eruditos en su preparación y por sobre todo humildes en el trato, lejos de cualquier vanaglorización. Ese es Sluzki: el que no cesa de hacer trayectoria de vida. Hoy a sus 85 años, tomó un cargo en el Hospital de Washington *Porque le interesaba trabajar con aquellos pacientes que están en la base de la pirámide social.... Esos caso graves, dificultosos, en donde la ley está implicada.*

Y no es idealización, nada más lejano que eso. Tampoco porque nos une ese gran afecto que tiene la amistad (se podría decir que esto exagera mi descripción), pero no. Quien conoce a Carlos no puede dejar de admirarlo: es que asocia su nivel académico e investigativo, su experticia clínica, su verba explicativa erudita y su exquisitez teórica, con la cercanía afectiva, su cordialidad abierta, su humildad relacional y la pasión. He aquí algunos trozos de su vida, como recordatorio y homenaje a quien continúa enseñando que siempre se puede y más.

### El inicio

Carlos E. Sluzki nació en Buenos Aires, Argentina, en 1933. Su padre era un Vienés, arquitecto con influencias de la Bauhaus, cellista consumado, radicado en Buenos Aires en 1925. Su madre, hija de *gauchos judíos* de la inmigración de los (18)70, era maestra de escuela –pocas mujeres de la época intentaban carreras profesionales, a pesar de su cultura general, su dominio de varias lenguas e, inevitablemente, del piano. Sluzki describe una niñez en una casa alegre, progresista, lectora, con frecuente música de cámara (dada la predilección y el arte de su padre por el cello), que repartía su tiempo entre la ciudad y la naturaleza en una de las islas del delta del río Paraná en las afueras de la ciudad, donde tenían una casa de verano y una red social estrecha de amigos.

A los 19 años, en los comienzos de sus estudios en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, la catastrófica muerte de sus padres en un accidente trastrocó lo que hasta entonces había sido una vida sin reveses. De ese período de estudiante, él se describe: *En realidad yo fui un estudiante mediocre, quizá porque estaba distraído por actividades de política estudiantil... era coordinador de una organización humanitaria sub rosa de ayuda a presos políticos durante el primer régimen peronista, así como de asambleas multitudinarias de estudiantes de Medicina que*

1 Cuando le propuse a Carlos Sluzki hacer un artículo con su biografía, aprovechando que en estas jornadas de la Red Latinoamericana de Escuelas sistémicas (RELATES) se centra en los pioneros en terapia sistémica, su humildad salió al ruedo y aceptó titubeante. De la misma manera que me pareció justo honrarlo con el *Doctor Honoris causa* en las jornadas del 2018, me pareció también justo diseñar una semblanza del maestro. Por supuesto que su respuesta fue respetuosa y afectuosa como siempre, tanto que iniciamos un proyecto de colaboración para la redacción entre datos que me proporcionó, libros, papers, entrevistas telefónicas, entre otros despliegues.

Durante ese periodo, Sluzki trabajó en trabajos varios, *se casó con, y descasó de su amor de adolescencia* (una psicoanalista de la que sigue amigo y que vive en París desde hace ya muchos años), e hizo un poco de música de cámara con amigos, puesto que siguiendo la tradición familiar aprendió a tocar el violoncelo a nivel muy amateur.

Casi al acaso, aún siendo estudiante, empieza a interesarse sobre Psiquiatría comunitaria y llama su atención la figura de Mauricio Goldenberg, un psiquiatra innovador que estaba comenzando a organizar un servicio con ideario comunitario en el Policlínico de Lanús -un hospital público localizado en una zona del conurbano de Buenos Aires, donde residían familias de escasos recursos-: *Fue así que lo fui a ver para preguntarle si aceptaba estudiantes como asistentes a su proyecto.* La generosidad de ese psiquiatra de avanzada, quien le permitió observar, tomar notas, y familiarizarse con las prácticas comunitarias, le abrió las puertas a un derrotero que le marco la vida, y la afiliación, por así decirlo, una nueva familia.

Esta elección, fruto de su avidez profesional y búsqueda, fue sin duda el inicio de un camino sin retorno. Estas decisiones en ciertos momentos de la vida demarcan rumbos, tal vez porque la vida está compuesta de hechos, el gran tema es como de esos hechos se pueden construir oportunidades. La vida del maestro Sluzki es un ejemplo claro de ello.

### **Mauricio Goldenberg y la meca terapéutica del Lanús**

Cuando ser graduó como médico en 1960, Carlos se incorporó al Servicio del Policlínico de Lanús, que estaba aún en sus primeras etapas de desarrollo, pero aclara: *Estamos hablando acerca del desarrollo del Lanús, que si hablamos de mi, ... me zambullí a la piscina sin pensarlo dos veces y casi sin saber nadar, ¡pataleando con entusiasmo!*. Su energía lo llevó a que terminara siendo parte del equipo central de jueves turcos que secundaron y acompañaron al Dr. Goldenberg, ocupando diversos cargos y responsabilidades durante los siguientes doce años del crecimiento de ese Servicio icónico, *El Lanús*, del que se han escrito libros y múltiples artículos (e.g., Visacovsky, 2002.)

Ese hervidero de ideas y proyectos renovadores fue lugar de formación y entrenamiento para centenares de psiquiatras y psicólogos. Su crecimiento fue exponencial: comenzando en un pequeño espacio para consultorios externos, Goldenberg y su equipo, desarrolló en pocos años el primer sector abierto para internación psiquiátrica en un hospital general en Hispano-América, así como amplios consultorios externos para niños, adolescentes, adultos y pacientes mayores, servicio de interconsultas psiquiátricas y de extensión comunitaria con consultorios en los barrios marginales cercanos al hospital, y una residencia de especialización en psiquiatría que también quebró el modelo tradicional manicomial que caracterizaba hasta entonces a las residencias psiquiátricas en América Latina.

*Lanús era un caldero donde cocinábamos colectivamente los ingredientes que cada uno traía a la cocina que coordinaba ese chef magistral (por Mauricio Goldenberg), lleno de ideas y energía, una lucidez clínica extraordinaria y una actitud personal tierna, abierta y generosa, conectándose con colegas, discípulos y pacientes con cariño, respeto, y una informalidad que reducía la distancia de clase, de status y de rol, y permitía un contacto que era de por sí terapéutico. Cuando me recibí, a comienzos de 1960, sabiendo más el “como si” que el “qué” de la práctica y, muy consciente de mi ignorancia, me incorporé como aprendiz de hechicero a ese Servicio, en el que pasaba no menos de 20 horas por semana.*

El equipo estaba conformado por diferentes profesionales que después se convirtieron en referentes de la salud mental como Valentin Barenblit, Vicente Galli, Octavio Fernandez Moujan, Guida Kagel, Hernan Kesselman, Isaac Levav, Rafael Paz, Aurora Perez, Lia Gladys Ricon, Aida Dora Romanos, Gerardo Stein y tantos otros, con supervisores de la talla de León Grinberg, José Bleger, Fernando Ulloa, Jose Itzickson, y Joel Zack con quien Goldenberg mantenía una cercana relación.

Cuando en los principios de los '60 se creó la carrera de psicología en la Universidad de Buenos Aires, muchos de este equipo, incluido Sluzki, fueron instructores y profesores de las primeras camadas de psicólogos. *Las primeras promociones de psicólogos incluyeron profesionales con sólida formación previa pero sin credenciales oficiales. Eran psicólogos "silvestres", psicólogos formados en otros países o en grupos de estudio o equipos de trabajo. Muchos de ellos se incorporaron a los diferentes equipos del Servicio y enriquecieron aún más su capital conceptual y clínico.*

Pionero de un enfoque dinámico y humanista, no opresivo, culturalmente informado, y socialmente sensible de la psiquiatría comunitaria, Goldenberg creó un programa de enorme influencia en la Argentina y se transformó en adalid y símbolo de la reforma psiquiátrica, cuyos efectos están aún teniendo lugar en las Américas (cf., e.g., Azubel, 1990; Wolfson, 2009). Sluzki, miembro del equipo central de ese Servicio, ocupó en distintos momentos la coordinación de los sectores de internación, de admisión, y de consulta externa, y creó el Centro de Investigaciones Psiquiátricas dentro del Servicio, en el que participaron en actividades de investigación, sociólogos de avanzada como Eliseo Verón, Francis Korn, y Analía Kornblit, así como múltiples psiquiatras y psicólogos del servicio.

La década del '60, era un acopio de ideas, una época extraordinariamente creativa para todo el país, Sluzki recuerda aquellos años como *Un período de aprendizaje y exploración permanente en el Lanús: ateneos, conferencias, grupos de estudio, presentación de casos clínicos, supervisión clínica, y exploración de modelos y técnicas alternativas.* La permeabilidad en las prácticas dentro de la institución hacía posible que cada uno viera y fuera visto en su trabajo in vivo o a través de espejos unidireccionales, lo que generaba un contexto de confianza y de gran motivación.

La flexibilidad del sistema y la fluidez entre sectores -internación, consultorios externos, interconsulta, extensión comunitaria-, permitía múltiples experiencias institucionales. Esa flexibilidad se traducía en creatividad: los participantes incursionaban en diferentes modelos y escuelas, y estaban expuestos a una variedad de profesionales destacados y maestros de psicoterapia, además de grupos de estudio, supervisiones, grupos operativos, cursos de psiquiatría social, y terapias personales, habitualmente con orientación psicoanalítica.

El Servicio contó con el auspicio y respaldo de la OPS (Organización Panamericana de la salud), y de la Organización Mundial de la salud, la que lo consideraba *modelo e inspiración* para fundaciones locales e internacionales. Carlos formó parte de un servicio que se transformó en un centro avanzado de psicoterapia que atrajo no sólo a colaboradores y consultores de alto nivel en la esfera nacional sino a residentes y *fellows* de toda América Latina, y visitantes de todo el mundo.

El período de la experiencia *Lanusina* se cierra para Sluzki, un poco por la tentación de continuar avanzando en el desarrollo de su conocimiento, un poco por el contexto social y político de una Argentina que iniciaría el periplo de unos años de terror: *Para cuando me fui de la Argentina, a fines del '71, Lanús se había multiplicado. Ya era hora para mí de dejar el espacio a la generación siguiente. Además, las reglas de juego de la violencia social en el país estaban cambiando en una dirección que no me gustaba. Con lo que lo que siguió, incluyendo la ferocidad del gobierno militar mesiánico del llamado proceso, que dejó detrás suyo innumerables muertos sin sepultura, una ciudadanía aterrorizada, familias destruidas, instituciones hechas pedazos, un contrato social deteriorado, y los momentos de esperanza y los periodos de desesperanza y corrupción que le siguieron, solo los he podido vivir por identificación, con la comodidad y la culpa de la distancia, mitigada en parte a través de mi militancia en organizaciones de derechos humanos.*

Durante los años '70, la generalización de la violencia política en la Argentina culminó en el periodo nefasto de la dictadura militar 1976-1983 la llamada *guerra sucia*. El Lanús, considerado subversivo por las autoridades militares por su orientación comunitaria progresista, fue destruido, los centros de salud mental desarrollados por Goldenberg en la ciudad de Buenos Aires fueron cerrados, y muchos de los profesionales asociados a ese servicio tuvieron que huir del país<sup>2</sup>. A su

2 Aun mas, una psicóloga del equipo directivo fue capturada por un grupo armado en el mismo predio del Servicio para nunca mas reaparecer, y poco después el Dr. Valentín Barenblit, quien había sucedido a Goldenberg en la jefatura del Servicio, fue detenido y torturado durante varias semanas para después ser liberado con la conminación de

vez Goldenberg, amenazado de muerte, se había exilado ya en 1976 a Caracas, donde continuó su actividad docente como consultor y Profesor de Psiquiatría, así como su práctica privada hasta su retiro<sup>3</sup>. Ya enfermo, emigró nuevamente con su esposa, esta vez, a Washington, D.C., en los Estados Unidos, donde vivía su hija mayor... y por mero diseño del destino, a unas diez cuadras de donde se acababa de mudar Sluzki, quien tuvo la fortuna de acompañar a su maestro en cenas y paseos semanales hasta su muerte. Goldenberg falleció en 2006, a los 90 años.

### Las investigaciones con Verón y *Comunicación y neurosis*

A partir de 1963 Sluzki se unió a ese equipo para el desarrollo de una investigación dirigida por Eliseo Verón -con el apoyo del Instituto de Sociología de la Universidad de Buenos Aires y luego del Centro de Investigaciones Sociales del Instituto Torcuato Di Tella- titulada *Estructuras de Conducta y Sistemas de Comunicación Social*, de la que derivaron líneas de estudio totalmente novedosas y una serie de publicaciones extremadamente interesantes (e.g., Veron, Korn, et al., 1966; Veron, Kornblit, et al., 1963; Veron y Sluzki, 1970; Sluzki y Veron, 1973).

Verón se había formado en el Laboratorio de Antropología Social del *Collège de France* junto a Claude Lévi-Strauss y tomó contacto con la semiología saussuriana a partir de un seminario que cursó con Roland Barthes en la *École pratique des hautes études*. De ese periodo de estudios incorporaba una visión estructuralista para la exploración de la relación entre psicopatología, comunicación y variables macro-sociales, resumible en dos preguntas: ¿De qué manera variables sociológicas, por ejemplo, la combinación de variables de clase, educación y acceso a recursos, operan como factor protector o acelerador de expresiones psicopatológicas en individuos? y, a un nivel micro-social: ¿existen variables formales que diferencien los procesos interaccionales que generan o facilitan la producción de los diferentes estilos neuróticos?

En esa relación se produjeron una serie de construcciones teóricas que conjugaron modelos psicoanalíticos, estructurales, lingüísticos y sistémicos que culminaron en la producción de un texto que aún tiene vigencia: *Comunicación y Neurosis* publicado en 1970. El eje temático remitía a entender que las estructuras de conducta neuróticas son modos específicos de comunicación aprendidos en el proceso de socialización, principalmente en la familia de origen, en los primeros años de vida.

La hipótesis desde donde parten será [...] *considerar que los trastornos mentales se hallan etiológicamente vinculados a perturbaciones en los sistemas sociales de comunicación* (Verón et al., 1963: 301). Las preguntas de la investigación surgieron de la esquizofrenia y se recolectaron resultados de algunas investigaciones norteamericanas que no terminaban de producir modelos compatibles entre los desórdenes psiquiátricos individuales, la estructura de clases y la etiología biológica que podía observarse en estos desórdenes.

Por lo tanto, teniendo en cuenta la función del enfermo en la dinámica de las relaciones familiares se proponen abarcar tres niveles de investigación: individual, familiar y estratificación social. Esto lleva al equipo de investigación a plantear la hipótesis de que los trastornos mentales se encuentran etiológicamente vinculados a perturbaciones en la comunicación<sup>4</sup>.

---

que se exile.

3 Goldenberg como muchos de sus colaboradores, emigró con su familia a Caracas, Venezuela, donde ocupó un lugar destacado en la docencia y en el ejercicio de la psiquiatría. Con el retorno de la democracia a la Argentina en 1983, Goldenberg fue invitado a Buenos Aires para recibir el título de Profesor Emérito de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Fue además invitado personalmente por el entonces presidente electo del país, Raúl Alfonsín, para que desarrollara y dirigiera un nuevo Programa Nacional de Salud Mental. Con todo, Goldenberg declinó esa propuesta para continuar su vida en Caracas.

4 La articulación entre comunicación y neurosis, Verón y Sluzki parten de los mensajes de los pacientes neuróticos para estructurar una suerte de proto-teoría de la neurosis desde el punto de vista comunicacional. Señalan que las incongruencias no pueden tener otro origen que los conflictos neuróticos de los agentes socializadores, como se observa en su relación con el niño. Por lo tanto, dicho dilema, a la par de los conflictos neuróticos de los padres, producirá en cada caso un tipo específico de organización interaccional en el aprendizaje, y en consecuencia, un deter-

Esos interrogantes condujeron a Sluzki a su segundo pivote: Una vez más, casi al acaso, revisando la biblioteca de un economista amigo mientras conversaban, hojeó una revista que desconocía, Behavioral Sciences, y leyendo los resúmenes de los artículos, descubrió el famoso artículo de Gregory Bateson, Don D. Jackson (fundador, pocos años después del *Mental Research Institute [MRI]* en Palo Alto, California), Jay Haley y John Weakland titulado *Toward a theory of schizophrenia*. (Bateson et al., 1956).

En ese artículo es donde proponen los primeros esbozos del modelo del doble vínculo (*double bind*) utilizando una epistemología basada en la cibernética y la teoría de la comunicación. Carlos recuerda *¡La emoción que me produjo solo leer el resumen del artículo!... Esa teoría proveía un abordaje totalmente novedoso para responder no solo a las preguntas de nuestra investigación sino para la práctica clínica. Una nueva puerta conceptual se estaba abriendo. En fin, le pedí a mi amigo que me prestara la revista, hice fotocopias del artículo para nuestro equipo, lo leímos en detalle, y comencé a buscar la pista de esos autores que eran todos desconocidos para mí. En esa era pre-Xerox y pre-computadoras, la manera de hacerlo era a través del proceso lento y farragoso de revisar una publicación anual en inglés, Psychological Abstracts, que listaba todas las publicaciones profesionales pertinentes del año catalogadas por título y por autor, y que incluía la dirección postal del primer autor, cosa que permitía pedir copia del artículo por correo y, con suerte, recibirla, generando también acceso a la bibliografía citada por esos autores.*

Así es como Sluzki se sumergió en la lectura de artículos de Bateson, Jackson, Haley y Weakland, Watzlawick y, a través de sus bibliografías, de Virginia Satir y otros pioneros de lo que acabó llamándose Terapia familiar sistémica, y, en 1965, con un subsidio de la Unión Panamericana, viajó y vivió tres meses extraordinarios en el MRI.

Una nueva puerta se abría. La experiencia de ser un *ex lanusino* lo acompañara a Carlos durante toda su vida, por que aparte de su creatividad en psicoterapia, sus capacidades fueron potenciadas en una práctica que calzó en el desarrollo de su experticia y fue un trampolín hacia lo que fue su desarrollo en Palo Alto, su punto de despegue hacia la acreditación de considerarse un pionero en el modelo sistémico.

### **El arribo a la meca de la comunicación**

Así llegó a Palo Alto al Mental Research Institute, donde mediante una beca de la Unión Panamericana para pasar tres meses (de enero a marzo de 1965, y nuevamente en 1966 y 1968), comenzó a entrenarse y a co-crear un modelo en terapia de pareja y familia desde el modelo sistémico y cibernético. Pero es en diciembre de 1971 cuando emigró definitivamente a los Estados Unidos y se incorporó al equipo del MRI y fue nombrado *Advanced Research Fellow*. El MRI se había convertido en uno de los máximos referentes de la terapia familiar en el mundo.

Los intercambios epistolares con Don Jackson, fundador y director del MRI, habían sido muy motivantes, tanto que él mismo lo invitó a hacer una residencia en la institución. *De hecho, respondiendo probablemente a lo tarzanesco de mi inglés (“Yo hablar inglés. Yo, Carlos. ¿Nombre tuyo?”)*, Jackson le pidió al único miembro políglota del equipo para que lo fuera a recibir al aeropuerto.

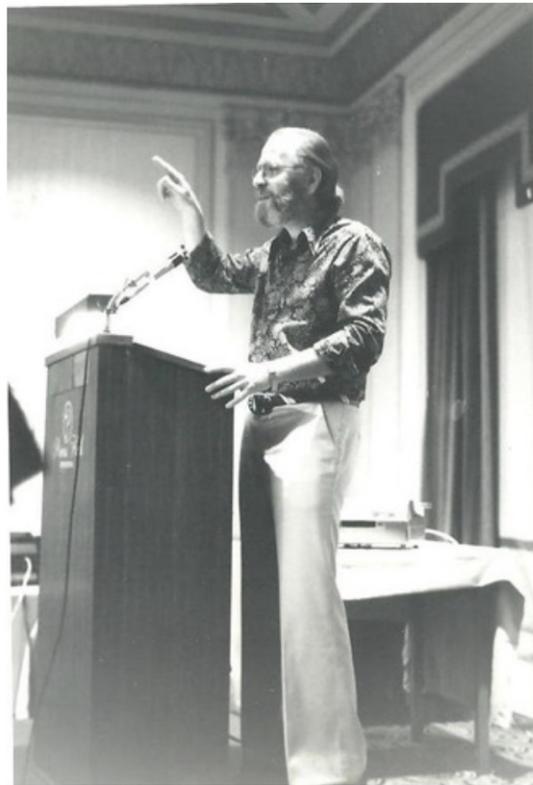
*Y así fue como conocí a Watzlawick, a mi llegada, un domingo de enero por la mañana, quien*

---

minado modelo socializador, que posee pautas regulares de interacción que a largo plazo pueden devenir en trastornos neuróticos específicos. Bajo la dinámica del deuterioaprendizaje, el doble vínculo, que servía de hipótesis explicativa a la etiología de la esquizofrenia, puede generalizarse como situación patogénica universal a toda situación socializadora que posea contradicciones. A la luz de la teoría de la comunicación, afirman que los medios socializadores que generan neurosis no sólo definen situaciones incongruentes reiteradas, sino que favorecen o refuerzan a la vez ciertas salidas a esas situaciones paradójales (Macchioli, 2012). De modo tal que el neurótico privilegiará el estilo de respuesta que el mismo medio que las plantea favorece. A la vez no descartan los factores genéticos en la etiología de la esquizofrenia, aunque pasan a ser un factor lateral en la comprensión de la patología. La neurosis es considerada como un sistema de técnicas de manipulación de los significados transmitidos en situaciones interpersonales, es decir, el neurótico tiende a crear situaciones interactivas que inducen en los demás respuestas que complementan sus propias conductas (Verón & Sluzki, 1970: 229).

*me esperaba mas allá de la aduana enarbolando un cartelito con mi nombre. Nos saludamos, subimos a su VW beetle azul y comenzamos a sondear progresivamente en conversación qué clase de tipos éramos de hecho yo ya conocía un par de artículos suyos que me habían impresionado muy mucho por su claridad y sofisticación, y el a su vez había recibido de Jackson y tal vez leído algunos productos tempranos míos en castellano con lo que cada uno tenía allá un escorzo del otro. Yo me jugué de entrada, opinando abiertamente sobre la base de haber leído buena parte la producción del MRI pre-1965 quienes me gustaban y quienes no del grupo y porqué y ¡oh milagro! coincidimos en nuestras opiniones, lo que estableció las bases de lo que acabó siendo una sólida amistad. Paul me depositó en mi modesto hotel y nos despedimos hasta el día siguiente. Ni que decir que yo bailaba de excitación: Palo alto, mal dormido y todo, me di una ducha y salir explorar, más específicamente a ver el MRI.*

La primera sede del MRI era una casita modesta de suburbio, planta baja y planta alta, con una pequeña cerca blanca: *Esa fue mi primera sorpresa transcultural: nada de columnas dóricas, nada de escalinatas, 333 Bryant Street*, describe Carlos en sus vivencias de sus primeros tiempos en el MRI. En la planta baja estaba la secretaria y unas pocas oficinas; en la planta alta había otras oficinas de Jackson, Watzlawick, Beavin, y la que fue a posteriori de Sluzki. Enfrente en otra casa pequeña, estaban las oficinas de Weakland y su asistente de investigación. En la otra cuadra, en otra casa igualmente pequeña, estaban las oficinas de Haley y su asistente, en donde desarrollaba actividades clínicas, llevaba adelante proyectos creativos dentro de la línea original del equipo Bateson acerca de comunicación entre madres e hijos con diferentes rótulos diagnósticos (Sluzki, 1993).



Conferencia en San Francisco

La motivación de Jackson para crear el Mental Research Institute se inició a finales de 1958, cuando comenzó a intercambiar conocimientos con Bateson y su equipo en la investigación en psicosis. De esta manera, decide fundar su propio instituto, que funcionaría en forma independiente del grupo de Bateson. Así en Marzo de 1959 se abre *oficialmente* el Mental Research Institute.

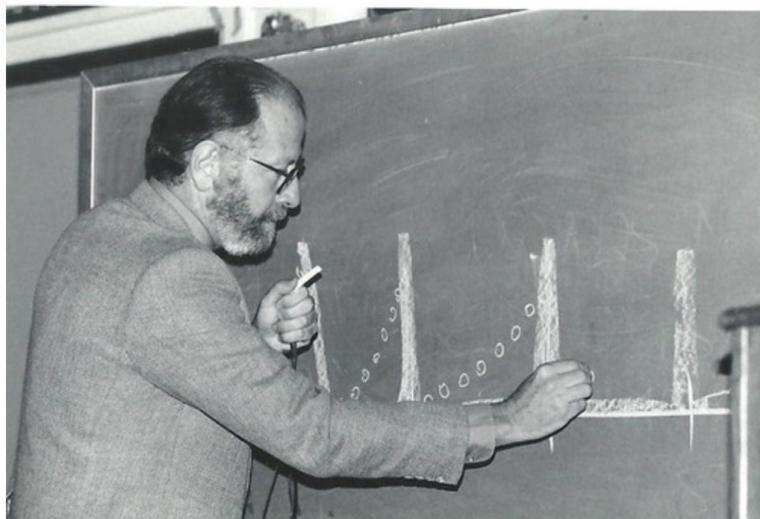
Carlos llega a Palo alto y él mismo describe y expresa que *Las estrellas del MRI a mediados de la década del 60 eran: Jackson, su director, Virginia Satir, una trabajadora social carismática de*

Chicago que participó la fundación del MRI, Jay Haley, investigador creativo y uno de los autores más prolíficos el equipo original de Bateson, John Weakland, un ingeniero químico con interés de antropología y también investigador asociado de Bateson; Paul Watzlawick, analista junguiano austriaco que se había unido al MRI en 1962 después de su paso por El Salvador y por Filadelfia como profesor investigador; Janet Beavin, para entonces un asistente de investigación entusiasta (y años después contribuidora portante al campo del microanálisis de la interacción) y un pequeño conjunto de asociados y docentes a tiempo variable, Jules Riskin, Arthur Bodin, Antonio Ferreira, William Fry, Irvin Yalom, entre otros.

Gracias a la originalidad de la producción de este grupo, a la energía de Jackson y sus conexiones con el equipo de Bateson, las reuniones científicas semanales en el MRI parecían ser para entonces un punto obligado de pasaje de muchos de los investigadores más importantes en el campo de las ciencias del comportamiento y afines de la época. Y Sluzki tuvo la oportunidad de participar en todas esas actividades: cursos introductorios, intermedios y avanzados de terapia familiar sistémica, todos a la vez, en los que se sacudían los supuestos previos intra-personales y se abría el mundo de los procesos interaccionales en un festival intelectual extraordinario.

De esa primera estancia en el MRI, Sluzki recuerda, entre muchas otras, una investigación que fue una de las fuentes más ricas de datos que había generado el equipo. Se trató de un modelo de entrevista estructurada diseñada por Watzlawick (1966) que se aplicaba a las familias que asistían a consulta con alguno de los miembros del MRI. Inicia una serie de preguntas cuyas respuestas, audiograbadas, habían sido coleccionadas por separado. Imagínate una colección de 100 respuestas conjuntas (por parte de padres de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos, delincuentes, con colitis ulcerosa, con enfermedades genético-somáticas, o sin diagnóstico clínico) a la pregunta "Como se dio que ustedes establecieron vuestra relación?" (La pregunta en Inglés es más compleja y de más difícil traducción: "How, of all the people in the world, did the two of you get together?"), de 100 fragmentos que incluyen la presentación a los padres de un proverbio conocido, a saber, "Piedra que rueda no crea musgo", que en Inglés tiene dos respuestas "correctas" posibles pero opuestas: "Quien no es inquieto/interesado se opaca" y "Quien no se detiene y profundiza no recoge ningún beneficio", con la instrucción "Discutan el significado de este proverbio y después llamen a su hijo/a que está esperando en la habitación vecina- y enséñenle qué quiere decir". (Sluzki 1993)

Esta investigación se convirtió en poco tiempo en un gran banco de datos sobre las interacciones y que posibilitaba desarrollar numerosas investigaciones acerca de pautas, funciones, estilos relacionales, transmisión de irracionalidad, niveles de sentido, niveles de comunicación, etc., y además de que todos estos datos estaban a la disposición de cualquiera de los integrantes del MRI.



El maestro dictando clase

Entre las anécdotas que cuenta el maestro (1993), habla de que un equipo se reunía semanalmente con Jackson para intentar *operacionalizar sus intuiciones*, puesto que Jackson era capaz de reconocer a ciegas y con una certeza increíble, si la pareja que contestaba a la pregunta *¿Como se conocieron?*, eran padres de adolescentes sin diagnóstico, o esquizofrénicos, o psicósomáticos, o delincuentes. Sus respuestas predecían correcta y concretamente diferentes categorías de diagnóstico dependiendo del sexo del hijo, pero lo interesante es que Jackson *solo tenía una vaga idea de en que se basaba su juicio. Así es que se reunía con ese equipo, todos escuchábamos una respuesta de pareja a la pregunta, Jackson hacía su magia, y, entre todos, Jackson incluido, tratábamos de descubrir mediante que truco conseguía sacar el conejo de una galera aparentemente vacía*<sup>5</sup>. En estas investigaciones interesaba el contenido sino el proceso y esto tiene que ver con conductas pero por sobre todo el universo paraverbal o no verbal, resultaba imposible hacer un recuento cuantitativo y cualitativo de gestos e interacciones, imposibles de categorizar.

Jackson también participaba en otras investigaciones (Jackson y Yalom, 1966) y también Sluzki participó con Janet Beavin en un proyecto sobre los conceptos de simetría y complementariedad, utilizando la transcripción de la Structure Family interview teniendo ese material como base la investigación (Sluzki y Beavin, 1965). En el mismo año 1966 Sluzki organizó con Janet Beavin, un seminario intensivo interno sobre el tema Metacomunicación, de dos semanas, con presentadores, discutidores y resumidores pre-designados, en el que participaron casi todos los Senior del MRI: Jackson, Haley, Weakland, Watzlawick; *Janet y yo como "juniors" y coordinadores, y mi amigo Eliseo Verón luchando heroicamente con su francofilia y su anglofobia, con la presencia ocasional de Satir, Bodin y, si no me equivoco, Irvin Yalom.*<sup>6</sup>

Pero el MRI se apagó cuando Jackson fallece sorpresivamente en 1968. Satir, Haley, Janet Beavin, abandonaron el MRI poco después de la muerte de Jackson, mientras que Watzlawick, Weakland y Fisch se quedaron en el MRI, desarrollando e investigando el modelo breve, realizando una rica producción literaria. Este desmembramiento del equipo hizo entrar al MRI en una especie de ocaso y Sluzki, a posteriori, terminará siendo su director en 1980 inyectando nueva vida un MRI semi-marchito.

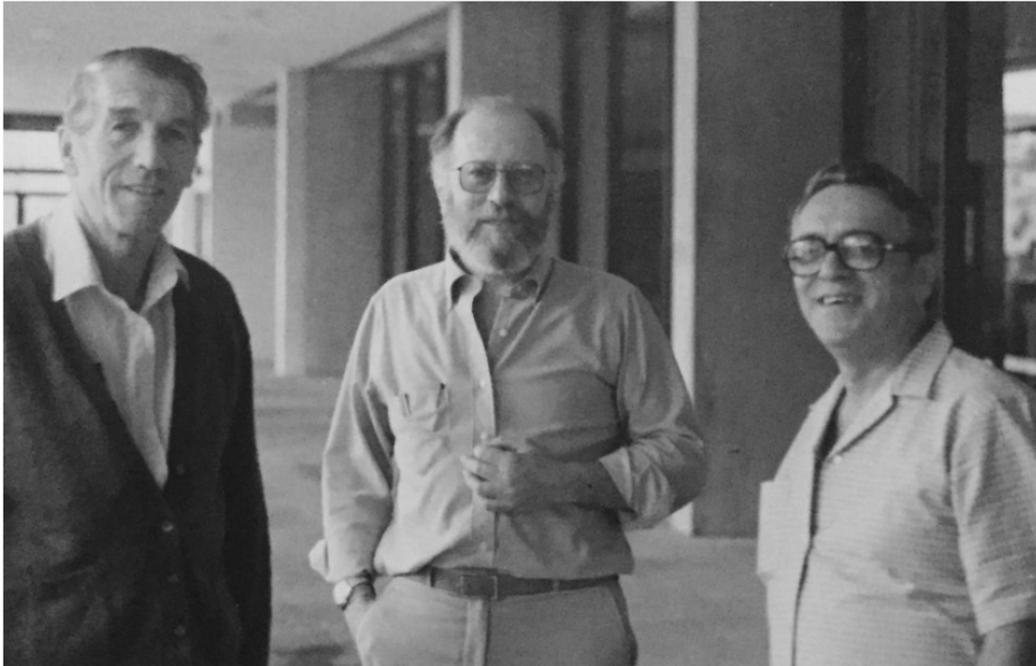
### Constructor de oportunidades

Si bien algunos de sus escritos acerca de familia (e.g., Sluzki, 1963) preceden a tres estadios en el MRI entre 1965 a 1968, donde se nutrió de los modelos sistémico y estableció amistades entrañables con muchos de los pioneros de la terapia familiar, su producción de investigaciones y escritos desde una óptica interaccional se multiplicaron desde entonces, así como sus viajes de aprendizaje y conexión profesional con los Estados Unidos y Europa. Casi como regalo de despedida, en 1970 Sluzki organizó en Buenos Aires, con la colaboración de un par de colegas amigos, el primer congreso sobre terapia familiar de su país, un evento en el que participaron más de 1200 profesionales. (cf. las actas en Sluzki, Bleichmar y Maldonado, 1970).

5 Watzlawick contaba la trampa que le tendió a Don Jackson: *Después de recoger unas sesenta entrevistas de familias con dificultades, le pareció importante anexar algún protocolo de familias normales, cosa que fue muy difícil hasta que finalmente encontré ¡tres!; y la más normal de las tres se la hice escuchar a Don, y por primera vez dijo: hummm no se... humm.... no sé, quisiera oírlo por segunda vez, y después de escucharla, señaló: ¡no sé, ... a mi me parecen normales..!. (Ceberio, 2019)*

6 Además del grupo del MRI y G. Bateson, por aquellos años y paralelamente, algunos investigadores trabajan en el campo de la psicoterapia, desarrollando las bases de la terapia familiar. Por ejemplo, Carl Whitaker en Atlanta, Salvador Minuchin y E. H. Awerswald en Nueva York, Murray Bowen en Topeka y Nathan Ackerman en Nueva York, T. Lidz y S. Fleck en Yale, la gesta de la teoría del apego de J. Bowlby, entre otros. Todos estos profesionales que trabajaban con familias, tomaron a los grupos familiares no como una suma de componentes individuales (método sumativo, analítico y lineal), sino como un sistema (holístico y ecológico) con sus propiedades y atributos. En simultáneo en Europa, precisamente en Milano (Italia) Mara Selvini y su equipo pionero Luigi Boscolo, Gianfranco Cechin y Giuliana Prata profundizaban los estudios Batesonianos, Luigi Cancrini, Maurizio Andolfi en Roma, Mony Elkaim en Francia, entre otros.

A fines del '71, habiendo sembrado la semilla de la terapia familiar sistémica en la Argentina con sus múltiples actividades docentes, activismo y escritos (p.ej., Sluzki 1966, 1968; Sluzki et al. 1967, 1968, 1969, 1971), Sluzki emigró a los Estados Unidos con su familia, con el apoyo de una beca de la fundación Guggenheim. Dos años más tarde se incorporó como docente a un equipo de la Universidad de California en San Francisco que diseñó y puso en marcha una residencia pionera de posgrado de Medicina de Familia, que incorporaba una visión psicosocial del individuo (Sluzki, 1973). Este equipo fundó, además, la primera clínica del sector público con orientación multicultural y familiar de la ciudad.



Tres íconos de la terapia sistémica en el mundo:  
Paul Watzlawick, Carlos Sluzki y Salvador Minuchin

A partir de 1976 activó su asociación con el MRI, del que asumió el cargo de Director de training y luego, durante el periodo 2000-2003, de Director general. Durante su gestión reactivó las actividades docentes (casi desaparecidas desde la muerte prematura de su fundador, Don D. Jackson y la partida de Virginia Satir), y reavivó el fuego creativo y el prestigio de esa institución pionera, organizando conferencias, congresos, seminarios y cursos de formación en terapia sistémica y, en general, una renovada presencia de esa institución en el ámbito nacional e internacional.

Una mención especial merece la iniciación de los cursos intensivos anuales en castellano de dos y tres semanas de duración, dirigido a profesionales de América Latina y España, que siguió coordinando durante los siguientes 15 años y en los que se formaron centenares de terapeutas familiares, muchos de los cuales tuvieron roles pioneros en sus propios países, incluyendo roles centrales en la difusión de las prácticas sistémicas. Durante esa década continuó generando proyectos que se tradujeron en múltiples disertaciones, cursos y publicaciones de relevancia para el universo de la psicoterapia (p.ej., Sluzki 1978, 1979, 1981, 1983a, 1983b; Sluzki y Ransom, 1976.)

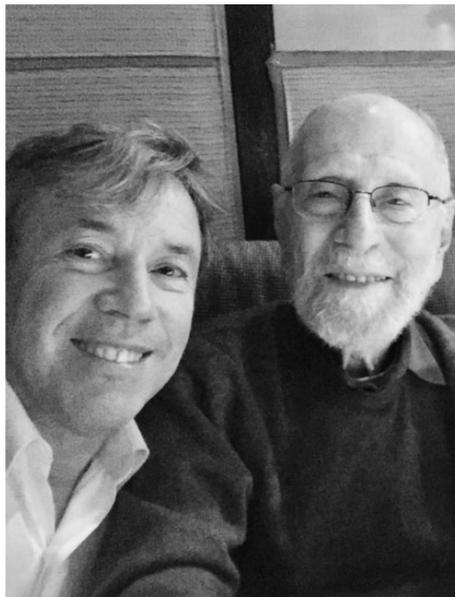
Sluzki terminó su gestión en el MRI en 1983, al tiempo en que se abrió un nuevo capítulo se abrió en su vida: le fue ofrecido la jefatura de un Departamento de Psiquiatría en un hospital general regional ubicado en los Berkshires, hermosa región montañosa del oeste de Massachusetts que ya conocía por haber conducido en esa zona talleres de terapia familiar junto con mi amigo Donald A. Bloch, para entonces director del Ackerman Institute for the Family.

Aceptando la oportunidad de intentar construir *una versión del Lanús con sesgo sistémico*, Sluzki se mudó a los Berkshires con su extensa familia y, en el curso de 12 años, tomando como

punto de partida un departamento limitado a un sector de internación psiquiátrica de pacientes en crisis, desarrolló un servicio modelo con orientación familiar –con un poderoso consultorio externo, servicios de interconsulta y de emergencia psiquiátrica, internación abierta y cerrada para agudos, hospital de día, y programas de entrenamiento– incluyendo la continuación de los programas intensivos anuales sobre terapia sistémica en castellano que había iniciado en el MRI.

Su cargo académico fue de Profesor de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts, en el campus de los Berkshires. Fue también gestor en la creación de centros de formación en terapia familiar en varios países (Brasil, Chile, Argentina, Francia e Italia), fue presencia energizante en múltiples congresos internacionales de la especialidad, y galardonado con membresía honoraria de la Asociación Europea de Terapia Familiar y de múltiples asociaciones nacionales. La producción de artículos conceptuales y clínicos sobre terapias sistémicas de ese período fue rica y substantiva (p.ej., Sluzki, 1986, 1990a, 1990b, 1992a, 1992b, 1993a, 1993b.) Para esa época, Sluzki sucedió a Donald Bloch como editor de la revista pionera *Family Process*, de la que había sido asesor desde 1968, en la que favoreció la presencia creciente de trabajos conceptuales y de investigación de vanguardia, muchos de ellos generados en Europa y América Latina. Y, poco después de terminar esa gestión, fue elegido editor de el *American Journal of Orthopsychiatry*, revista reconocida en el mundo de la salud mental a cuyo nombre de carátula Sluzki agregó, como *imprimátur de su gestión*, *Enfoques Interdisciplinarios en Salud Mental y Justicia Social*. Ese rótulo podría aplicarse a este paladín de la terapia familiar, ya que su otro énfasis estable fue su gestión en derechos humanos, reflejada en actividades de reconstrucción y trabajo con refugiados, cosa que también se tradujo en escritos varios (p.ej., Sluzki, 1990b; 1993a; 1994.)

En 1993 Sluzki fue tentado por la invitación a desarrollar otro Departamento de Psiquiatría, esta vez en el hospital general principal en Santa Bárbara, California. Y una vez más, y durante el siguiente decenio, expandió servicios, los integró al hospital general, incorporó una visión sistémica, y desarrolló sectores y programas, a la vez que continuó coordinando durante varios años sus Cursos Intensivos, además de participar en congresos, continuar sus actividades en derechos humanos, y producir valiosos escritos (p.ej., Sluzki, 1995, 1996, 1997, 1998a, 1988b, 2000, 2003). Y diez años más tarde se trasladó a Washington DC, donde reside actualmente con su familia, y en donde fue profesor y por un tiempo decano interino de Salud Global y Comunitaria en la Universidad George Mason –de la que es actualmente Profesor Emérito—y continúa como Profesor Clínico de Psiquiatría en la Escuela de Medicina de la Universidad George Washington. Entre sus escritos más recientes, cabe mencionar Sluzki 2005, 2006, 2007a, 2007b, 2010, 2012, 2015, y 2017.)



Sluzki y Ceberio

## To be continued

*Intensa* es la calificación con que rotularía la vida de Carlos. Siempre nuestros encuentros (acordados o espontáneos) se constituyeron en una oportunidad para crear conversaciones inteligentes. El tiene esa capacidad de embelesar a su interlocutor, como son los grandes cuentistas que desarrollan historias, ricas en contenido y profundas en el aprendizaje. Parte de su vida es la historia de la Terapia familiar encarnada en su persona. Siempre recuerdo un encuentro fortuito en el aeropuerto de Gramados y el viaje en taxi hacia el hotel donde estábamos alojados, fue la oportunidad para que a modo de película me hubiese hecho recorrer parte de un florido anecdotario de la terapia familiar del mundo.

Personas como él, son *genios* que se han atrevido a salir de la lámpara con la secreta misión de enseñarnos a tener una actitud curiosa sobre la vida y motivadora a crear. Todo esto sobre un marco de humildad y absolutamente alejado de la soberbia a la que muchos intelectuales y maestros sucumben. Son los que se sientan en la silla de la certeza y creen que su palabra ES la palabra. Por tal razón cuando los estudiantes se acercan a Sluzki, siempre encuentran el intercambio respetuoso, la reflexión, el empoderamiento, la palabra cálida, la información precisa, el chiste, la cercanía afectiva.

Hace poco me preguntaron cuál de mis libros era el que mas me gustaba y dije para mis adentros: *¡que pregunta difícil!, ¡es que todos me enamoran!*. Le hice, entonces, a Carlos la misma pregunta y que eligiera cuales de sus escritos considera el mas valioso. Me contestó rápidamente: *Cada vez que escribo me encariño con lo que he escrito. Puede ser que algunos hayan sido muy valiosos para ciertos colegas en su momento histórico, para después incorporarse a la evolución de las ideas y borrarse como producto definido.*

Inmediatamente salió el investigador y me dio la siguiente clasificación: *retrospectivamente yo organizaría mi producción de escritos en varias categorías: diferenciación e integración de modelos en terapia familiar (y elegiría ahí como los mas interesantes mis artículos 1981 y 1983b), migración y conflicto familiar (tema que creo se abrió con mi artículo de 1979), familia y esquizofrenia (Sluzki, Beavin et al., 1967, Sluzki y Verón, 1971, 2007a), violencia y victimización (1990 [incluido también en mi libro de 2016], 1993, y tal vez 2017), además de la invariable categoría miscelánea, ampliamente poblada y de la que me es difícil elegir preferidos... porque cuando trato de seleccionar algunos de esa mezcla surtida escucho tenuemente las voces de montones de artículos menores y mayores que me reclaman... :”Y yo?... ¿Y yo?”, a los que tengo que calmar diciéndoles: “Generarlos a todos ustedes fue un enorme placer, y cuando alguien comenta acerca de alguno ¡me siento orgulloso de haberlos escrito!”. Entonces se tranquilizan por que saben que es cierto, como placer generativo y como vehículo de transmisión de mi experiencia clínica y de mi producción intelectual, que sigue rodando por aquí y por allá, incorporada a las ideas en evolución.*

*To be continued*, es la frase con que siempre Sluzki cierra nuestro intercambio epistolar. Es cierto y es una historia que continúa y continuará *in eternum*, porque su legado y su impronta nos acompañará, en cada intervención con nuestros pacientes, en cada clase que dictemos y porque no, en nuestras actitudes de vida. Y este fenómeno es el que sucede con los maestros, donde sus enseñanzas son despojadas de su propiedad puesto que ya son patrimonio de todos los que han aprendido algo de ellos.

## REFERENCIAS

- Azubel, A (1990): “El proyecto Goldenberg. Del ámbito privado al ámbito publico: Vigencia de un proyecto asistencia.” *Revista Diarios Clínicos* 2:120125.
- Bateson, G., Jackson, DD, Haley, J. y Weakland JH (1956): “Toward a theory of Schizophrenia”. *Behavioral Sciences* 1(4): 251-264

- Ceberio, Marcelo R. (2019) "Paul Watzlawick: en búsqueda del cambio". Herder: Barcelona
- Macchioli, F (2012) Familia, Comunicación y neurosis. *Actas del Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología, y el Psicoanálisis*. Volumen 13 (2012), pp. 227-236 ISSN 1851-4812
- .Sluzki, CE (1963): "El grupo familiar del paciente internado." *Acta Psiquiat. Psicol. Arg.*, 1963, 9, 304-310.
- .Sluzki, CE (1966): "Nota acerca de la metacomunicación" *Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat.*, 12, 119-21. Una versión ampliada apareció en Francés en in *Cahiers Critiques de Therapie Familiale et de Pratiques de Reseaux*, #13, 1991; y, en Ingles, con Janet H. Beavin Bavelas como co-autora, en J.H.Weakland y W.A.Ray, Eds.: *Propagations: Thirty Years of Influence from the Mental Research Institute*. Binghamton, NY, Haworth Press.
- .Sluzki, CE (1968): "Síntomas e Interacción familiar." *Interam. J. Psychol.*, 2(4):283-287.
- .Sluzki, CE (1973): "On training to 'Think Interactionally.'" *Social Science and Medicine*, 8, 483-485.
- .Sluzki, CE (1978): "Marital Therapy From a Systems Theory Perspective." Capitulo en T.J. Paolino & B.S. McCrady, Eds.: *Marriage and Marital Therapy: Psychoanalytic, Behavioral, and Systems Theory Perspectives*. New York: Brunner/Mazel. (y en italiano en) *Terapia Familiare*, 6, (57-80), 1979; (en finlandés en) *Perheterapia*, 1(2):18-23, 1985 and 2(1):6-12,1986; (y en castellano, como un "clásico") en *Mosaico* #61, July 2015
- .Sluzki, CE (1979): "Migration and Family Conflict". *Family Process*, 1979, 18(4):379-390. En castellano en *Terapia Familiar*, 3(6):87-107, 1980; y (en alemán) en T.Hegemann and R. Salman, Eds.: *Transkulturelle Pshychiatrie: Konzepte fur die Abeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrie Velag, 2001.]
- .Sluzki, CE (1981): "Process of Symptom Production and Patterns of Symptom Maintenance". *Journal of Marital and Family Therapy*, 7(3): 273-280; (en italiano en), *Terapia Familiare*, 10, 1981; (en castellano en) *Terapia Familiar*, 6(12), 139-156, 1983.
- .Sluzki, CE (1983a): "The sounds of silence: two case of elective mutism in bilingual families." Capitulo en Falicov, CJ, (ed.): *Cultural Perspectives in Family Therapy*. Rockville, MD: Aspen.
- .Sluzki, CE (1983b): "Process, Structure and World Views: Toward an Integrated View of Systemic Models in Family Therapy." *Family Process*, 22:469-476. Reproducido como capitulo en *Family Studies Review Yearbook*, Vol. III, Sage Press, 1985; Y en italiano como capitulo en C. Cipolli & A. Silvestri, (eds.): *Comunicazione e Sistemi: Un Approccio Interdisciplinare all'Interazione Umana*. Milano: Franco Angeli, 1985.
- .Sluzki CE (1986): "Acerca de la naturaleza efímera de las paradojas en terapia". (En francés) *Systemes Humains*, 2(2): 109-114. (en italiano) *Atraverso lo Specchio*, 5(17): 23-27, 1987; y (en castellano) *Mosaico*, 26:26-28, 2003.
- .Sluzki, CE (1990a): "Systemic Blueprint in a Therapeutic Conversation." Capitulo en R. Chasin, H. Grunebaum & M. Herzig: *One Couple, Four Realities: Multiple Perspectives in Couple Therapy*. New York: Guilford.
- .Sluzki, CE (1990b): "Disappeared: Semantic and Somatic Effects of Political Repression in a Family Seeking Therapy." *Family Process*, 29(2): 131-143. Y (en italiano, en) *Terapia Familiare*, 33: 55-71, 1990; (en castellano en) *Sistemas Familiares*, 11(1):65-77,1995.
- .Sluzki, CE (1992a): "Disruption and reconstruction of networks following migration/ relocation." *Family Systems Medicine*, 10(4): 359-364. Una versión previa apareció en castellano en *Sistemas Familiares* 6(2): 67-72, 1990; y en francés en *Cahiers Critiques de Therapie Familiale et de Pratiques de Reseaux*: 12: 103-109, 1990.
- .Sluzki, CE (1992b): "Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy." *Family Process*, 31(3): 217-230, 1992. Y, en italiano, en *Terapia Familiare*, 36: 5-19, 1991; en alemán en *Familiendynamik*; 17(1): 19-38, 1992; en castellano en *Sistemas Familiares* 14(2): 11-24, 1998; y en francés como capitulo en M.Elkaim & E.Trappeniers, Eds.: *Etapes d'une Evolu-*

- tion: Approche Systemique et Therapie Familiale*. Paris, Privat, 1993, libro traducido al castellano como: *La Terapia Familiar en Transformacion*. Buenos Aires, Paidos, 1998.
- .Sluzki, CE (1993a): "Toward a general model of family and political victimization." *Psychiatry*, 56: 178-187. Y como capitulo en D. F. Schnitman (ed.): *New Paradigms, Culture and Subjectivity*, libro publicado en castellano, portugués e inglés, respectivamente, por Barcelona/Buenos Aires, Paidos, 1995; Porto Alegre, Artes Medicas, 1996; y Hampton Press, 2001; (en alemán en) J. Schweitzer, A. Retzer and H.R. Fischer (eds.): *Systemische Praxis und Postmoderne*. Frankfurt : Suhrkamp, 1993 ; y (en francés, en) *Cahiers Critiques de Therapie Familiale et de Pratiques de Reseaux*, 24: 15-30, 2000.
- .Sluzki, CE (1993b): 'El contexto generativo de "Teoría de la Comunicación Humana": Una reminiscencia personal.' *Cuadernos de Terapia Familiar*, (España) 23/24:20-2. Y en italiano, como parte de la Introducción, en M.Mariotti, F.Bassoli y R.Frison: *Manuale di Psicoterapia Sistemica e Relazionale*. Padova, Sapere, 2004:19-28.
- .Sluzki, CE (1994): "Reclaiming words, reclaiming worlds." *Readings: A Journal of Reviews and Commentary in Mental Health*, 9(2):4-7. Y, en castellano, en *Perspectivas Sistémicas*, 7(33):16, y 7(34): 5-6, 1994; y en alemán en *Familiendynamik*, 21(3):311-6, 1996
- .Sluzki, CE (1995): "The 'eigen-values' of stories: An homage to Heinz von Foerster." *Cybernetics and Human Knowing*, 3(3/4). Versión en italiano en *Connessioni*, 11:1-7, 1995; y en castellano en *Psicología Iberoamericana*, 5(3):31-35, 1977, y en *Sistemas Humanos* (México) 16:1-6, 2018
- .Sluzki CE (1996): *La Red Social Personal: Frontera de la Practica Sistémica*. Barcelona: Gedisa; y en portugués: Sao Paulo: Casa do Psicologo, 1997
- .Sluzki, CE (1997): "Rekindling the experience of freedom: From the personal to the collective...and back." *Human Systems*, 8(3-4):225-238
- .Sluzki, CE (1998a): "Migration and the disruption of the social network." Capitulo en McGoldrick, M., Ed: *Re-Visioning Family Therapy: Race, Culture and Gender in Clinical Practice*. New York, Guilford Press. Y en la Segunda Edición de este libro, 2008
- .Sluzki, CE (1998b): "Strange attractors and the transformation of narratives in therapy." Capitulo en Hoyt, M.F., Ed.: *The Handbook of Constructive Therapies*. San Francisco, Jossey-Bass. Versión previa en castellano en *Sistemas Familiares*, 13(2): 43-54, 1997
- .Sluzki, CE (2000): "Social Networks and the Elderly: Conceptual and Clinical Issues, and a Family Consultation." *Family Process*, 39(3):271-284. En castellano en *Sistemas Familiares*, 15(3):29-39, 1999
- .Sluzki, CE (2003): "The process toward reconciliation." Chapter in A. Chayes and M. Minow, Eds.: *Imagine Coexistence: Restoring Humanity after Violent Ethnic Conflict*. San Francisco, Jossey-Bass. En italiano en *Mediazione Familiare Sistemica*, 1: 5-11, 2003, y en castellano en *Mediadores en Red* 3(9):32-45, 2005. Una versión ampliada apareció en *Transcultural Psychiatry*, 47(1): 55-69, 2010
- .Sluzki, CE (2005): "Deception and fear in politically oppressive contexts: The trickle-down effect on families." *Review of Policy Research*, 22(5): 625-35.
- .Sluzki, CE (2006a): "Short term heaven, long term limbo: A visit to a refugee camp in Rwanda" *Global Studies Review*, 2(1):4-5. Versión ampliada, en castellano, en *PoSIBles: Política, Salud Internacional y Desarrollo Sostenible*, 2:11-15, 2009
- .Sluzki CE (2007a): "Lyman C Wynne and the transformation of the field of family-and-schizophrenia." *Family Process*, 46(2):143-49. Versión ampliada en castellano en *Perspectivas Sistémicas on Line*, July 2007, y en portugués en *Familia em Foco: Teoria e Clinica*, 1(1):7-18, 2008
- .Sluzki, CE (2007b): "Therapeutic blueprints for patients trapped in shame- or humiliation-generating stories" En castellano en *Perspectivas Sistémicas*, 19(94-95):3-5, March
- .Sluzki, CE (2010): "Personal social networks and health: Conceptual and clinical implications of their reciprocal impact." *Family Systems and Health*, 28(1): 1-18

- .Sluzki, CE (2011): "Damned if They Do, Damned if They Don't: Dilemmas of Internally Displaced Populations." *Global Studies Review*, 7(1) Spring.
- .Sluzki CE (2012): *La Presencia de la Ausencia: Terapia con Familias y Fantasmas*. Buenos Aires, Gedisa, (en inglés, New York, Rutledge, 2015; y en francés, Paris, DeBoeck, 2014).
- .Sluzki, CE (2015): "Proxemics in couple interactions: Rekindling an old optic." *Family Process*, 55(1):7-12. Una versión previa en castellano apareció en *Psicoterapia y Familia*, 26(1):5-12, 2013
- .Sluzki, CE (2017): "The impact of authoritarian regimes on families... and on the therapist." *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 38(3): 398-404. DOI: 10.1002/anzf.1237. Re-elaborado en *Journal of the Washington Academy of Sciences*, 104(3):11-18, 2018
- .Sluzki, CE; Beavin, J.; Tarnopolsky, A.; & Veron, E. (1967): "Transactional Disqualifications." *Arch Gen Psychiat*, 16, 494-504. También incluido como capítulo en P. Watzlawick & J.H. Weakland, (eds.): *The Interactional View*. New York: WW Norton, 1977; en italiano en in V. Cigoli, (ed.): *Sistema Familiare*. Milano: Franco Angeli, 1977; y en castellano en *Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat.*, 1966, 12, 329-342.
- .Sluzki CE; Berenstein I; Bleichmar H & Maldonado Allende I, Eds. (1970): *Patología y Terapéutica del Grupo Familiar*. Buenos Aires: ACTA
- .Sluzki, CE & Bleichmar, H. (1968): "El enfoque interaccional en el tratamiento de la pareja." *Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat.*, 14, 325-335;
- .Sluzki CE & Ransom D, Eds. (1976): *Double-Bind: The Foundation of the Communication Approach to the Family*, New York: Grune & Stratton (y en italiano: Roma: Astrolabio, 1979)
- .Sluzki, CE; Tarnopolsky, A.; Veron, E.; Kaufman, S. & Valdemarin, D. (1969): "Interacción familiar y esquizofrenia: I. Simetría-Complementaridad." *Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat.*, 15(4), 309-323.
- .Sluzki, CE & Veron, E. (1971): "The Double Bind as Universal Pathogenic Situation." *Family Process*, 10(4), 397-410. Incluido también como capítulo en P. Watzlawick & J.H. Weakland, Eds.: *The Interactional View*, New York: WW Norton, 1977; (en italiano en) *Aggiornamenti di Psicoterapia e Psicologia Clinica*, 1(2), 1972 ; y (en francés) en J.C. Benoit, (ed.): *Change-ments Systemiques en Therapie Familiale*. Paris: Editions ESF, 1980. Una versión previa, en castellano, aparece en Sluzki, Bleichmar y Maldonado, 1970 (vide supra).
- .Sluzki, CE & Veron, E. (1973): "Interpersonal Effects of Semantic Patterns." Capítulo en Silvano Arieti, Ed.: *The World Biennial of Psychiatry and Psychotherapy*, New York: Basic Books. 1973.
- .Veron, E.; Kornblit, A.; Malfe, R.; & Sluzki, CE: (1963) "Estructuras de conducta y sistemas de comunicación social." *Acta Psiquiat. Psicol. Arg.* 9, 279-304.
- .Veron E & Sluzki CE (1970): *Comunicación y Neurosis*. Buenos Aires: Editorial del Instituto. Segunda edición: Buenos Aires: Amorrortu, 1984.
- .Visacovsky, S (2002): *El Lanús: Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires, Alianza Editorial.
- .Wolfson, M (2009): *Mauricio Goldenberg: Una revolución en la salud mental*. Buenos Aires, Editorial Capital Intelectual



# Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

Año 4, Segunda Época; No. 39, Enero-Julio 2019  
[www.redesdigital.com](http://www.redesdigital.com)

39

**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

