

Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

Diciembre de 2018
www.redesdigital.com.mx

38

Itziar Arriola Echeverri y Regina Giraldo Arias

Validación del Instrumento C.T.R.P. (Si-Co). Cuestionario Tipológico de la Relación de Pareja con Maltrato

Aurelio Martínez García

Familias caóticas y su implicación con el abuso sexual y consumo de sustancias adictivas

Facundo Cócola

Funcionamiento familiar y abordaje terapéutico de los trastornos por el uso de sustancias: una revisión de la literatura sistémica

Victoria Cervantes Camacho y Laura Fruggeri

Alianza terapéutica y proceso discursivo: las dos ramas del análisis de proceso en terapia familiar. Una revisión de la literatura

Alejandra González Monzón

La reformulación circular como herramienta principal del cambio en tiempo breve. El zarandeo cognitivo

Juan Miguel de Pablo Urban

La intervención familiar en los miedos y fobias infantiles

Alba Larrión Labiano y José Luis Rodríguez-Arias

Abordaje psicoterapéutico de las quejas psicósomáticas en salud mental infanto-juvenil. ¿una adolescente sin problemas?

Estibaliz Pérez Fernández de Landa, Tina Sota Leiva, Tatiana Simal Galindo, Lourdes Edroso Albaina, Leire Celaya Viguera y Jesus Maria Etxebeste Anton

Una experiencia de Terapia Familiar Sistémica en la Red Extrahospitalaria de Salud Mental de Álava y el impacto de esta atención en las familias derivadas desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

Diálogos: Mara Selvini-Palazzoli

Comentario: Stefano Cirillo



Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

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

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

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

Redes

DIRECTORES-FUNDADORES

Juan Luis Linares

Roberto Pereira

DIRECTORES EDITORIALES

Esteban Laso Ortiz

Eduardo Hernández González

CONSEJO CIENTÍFICO

Ricardo Ramos (España)

Marcelo R. Ceberio (Argentina)

Sandro Giovanazzi (Chile)

Regina Giraldo (Colombia)

Raúl Medina (México)

Javier Ortega (Barcelona)

Jaime Inclán (USA)

Félix Castillo (España)

Juan Antonio Abejón (España)

CONSEJO DE REDACCIÓN

José Manuel Costa (Lisboa)

Ana Paula Relvas (Portugal)

Teresa Moratalla (España)

Bani Maya (España)

Claudia Lucero (Temuco)

Norberto Barbagelata (Madrid)

Gianmarco Manfrida (Prato)

Rodolfo de Bernart (Florencia)

Ana Gomes (Portugal)

Josu Gago (Bilbao)

Luz de Lourdes Eguiluz (México)

Eduardo Martínez (Zaragoza)

Silvana Mabel Núñez (México)

Mark Beyebach (Salamanca)

Inma Masip (Girona)

Lia Mastropaolo (Genova)

Javier Bou (Valencia)

Jorge Daniel Moreno (Argentina)

Philippe Caillé (Niza)

Robert Neuburger (París)

Carmen Campo (Barcelona)

Luigi Onnis (Roma)

Luigi Cancrini (Roma)

Marcelo Pakman (Amherst MA)

Alfredo Canevaro (Macerata)

Jacques Pluymaekers (Bruselas)

Alberto Carreras (Zaragoza)

Remberto Castro (México)

José A. Ríos (Madrid)

Jorge Colapinto (Filadelfia)

Janine Roberts (Amherst MA)

Mauricio Coletti (Roma)

Elida Romano (París)

Claudio Deschamps (Buenos Aires)

M^a Eugenia Roselli (Bogotá)

Luis Elías Elicera (Lima)

Karin Schlanger (Palo Alto CA)

Mony Elkaïm (Bruselas)

Matteo Selvini (Milán)

Celia Falicov (San Diego)

Horacio Serebrinski (Buenos Aires)

Guillem Feixas (Barcelona)

Pier Giorgio Semboloni (Genova)

Saúl Fuks (Rosario)

Carlos Sluzki (Washington DC.)

Edith Goldbeter (Bruselas)

Luis Torremocha (Málaga)

Nuria Hervás (Sevilla)

Marco Vanotti (Neufchatel)

Annette Kreuz (Valencia)

Jorge de Vega (Las Palmas)

Gilberto Limón (México D.F.)

Manuel Villegas (Barcelona)

Elisa López Barbera (Madrid)

José Soriano (España)

José Antonio Pérez del Solar (Perú)

Tania Zohn Muldoon (Guadalajara)

Esteban Agulló Tomás (Oviedo)

Fernando López Baños (Santander)

Iñaki Aramberri (Bilbao)

COLABORADORES TÉCNICOS

Miriam Anahí Guerra

Claudia Faini Terán

Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

No. 38, Diciembre de 2018

SUMARIO

EDITORIAL	7
A. INVESTIGACIÓN	
Validación del Instrumento C.T.R.P. (Si-Co)	
Cuestionario Tipológico de la Relación de Pareja con Maltrato	
Itziar Arriola Echeverri y Regina Giraldo Arias	11
Familias caóticas y su implicación con el abuso sexual y consumo de sustancias adictivas	
Aurelio Martínez García	29
B. TEORÍA	
Funcionamiento familiar y abordaje terapéutico de los trastornos por el uso de sustancias: una revisión de la literatura sistémica	
Facundo Cócola	47
Alianza terapéutica y proceso discursivo: las dos ramas del análisis de proceso en terapia familiar. Una revisión de la literatura	
Victoria Cervantes Camacho y Laura Fruggeri	65
C. INTERVENCIÓN	
La reformulación circular como herramienta principal del cambio en tiempo breve. El zarandeo cognitivo	
Alejandra González Monzón	95

La intervención familiar en los miedos y fobias infantiles	
Juan Miguel de Pablo Urban	109
Abordaje psicoterapéutico de las quejas psicósomáticas en salud mental infanto-juvenil. ¿una adolescente sin problemas?	
Alba Larrión Labiano y José Luis Rodríguez-Arias	129
Una experiencia de Terapia Familiar Sistémica en la Red Extrahospitalaria de Salud Mental de Álava y el impacto de esta atención en las familias derivadas desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	
Estíbaliz Pérez Fernández de Landa, Tina Sota Leiva, Tatiana	137
Simal Galindo, Lourdes Edroso Albaina, Leire Celaya Viguera y Jesus Maria Etxebeste Anton	
E.CLÁSICOS	
Diálogos: Mara Selvini-Palazzoli	
Comentario: Stefano Cirillo	147

Editorial

Redes se complace en poner a la disposición de nuestros lectores y colaboradores su edición número 38, después de un renovado entusiasmo por el creciente interés que ha generado la Revista y que en la jerga de las redes sociales se trata de un incremento real de seguidores que durante el 2018 accedieron principalmente a los últimos cinco números de la revista. Lo más notable es la presencia constante y creciente en redes sociales como Facebook y Twitter a través de los cuales se reportó el mayor número de enlaces a la revista, así como los sitios para la búsqueda y consulta más relevantes que dieron acceso a los contenidos por parte de académicos y cibernautas en general, como google y google-scholar de México y España, entre otros.

Todo ello es sin duda un aliciente, puesto que contribuye de manera directa al logro de nuestra misión que es convertirse en el órgano de difusión y diálogo científico de RELATES (Red Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas), integrada por cerca de cuarenta Escuelas en doce países de Latinoamérica y Europa de manera que en el mediano plazo trascienda sus fronteras y concite al diálogo de académicos y profesionales del campo de la salud de todo el mundo.

En la **Sección de Investigación** colaboran Itziar Arriola Echeverri y Regina Giraldo, y Aurelio Martínez García, cada uno con sendos estudios. Las primeras describen el proceso de validación del instrumento “Cuestionario tipológico de la relación de pareja con maltrato (C.T.R.P. (si-co))”, que mide un conjunto de variables útiles para conocer la correlación entre estilos relacionales y experiencias de violencia en los contextos particulares de cada caso. Con este instrumento, las autoras realizan un aporte importante para la sistematización del fenómeno de la violencia y sus variables asociadas desde la perspectiva sistémica.

En la segunda colaboración de esta sección, por parte de Aurelio Martínez, se presentan los resultados de un estudio sobre la presencia del abuso sexual y el consumo de sustancias adictivas en miembros de familias caóticas. Entre los resultados, el autor destaca una relación directamente proporcional entre la presencia del abuso sexual y la edad de inicio del consumo de sustancias adictivas en los miembros de familias caóticas que participaron en el estudio.

El presente número destaca por su espíritu autocrítico, necesario no como propósito de año nuevo, sino como exigencia permanente de renovación de la disciplina, por ello en la **Sección de Teoría** se incluyeron dos artículos dedicados a la revisión y la reflexión teórica sobre algunos de los derroteros de la literatura sistémica en torno del “Funcionamiento familiar y abordaje de los trastornos por el uso de sustancias” de Facundo Cócola quien subraya la necesidad de actualizar la comprensión de las familias a partir de la revisión y actualización de los problemas emergentes como el consumo masivo de sustancias adictivas que generan Trastornos, así como de los modelos de intervención considerando las condiciones actuales del problema y de los cambios en los modelos de familia.

Victoria Cervantes Camacho, lleva a cabo una exploración del estado del arte respecto de la relación y el proceso terapéutico, que en la perspectiva de la autora ha sido poco estudiado. En su artículo titulado “Alianza terapéutica y proceso discursivo: las dos ramas del análisis de proceso en terapia familiar. Una revisión de la literatura”, expone los resultados de su búsqueda y muestra los principales hallazgos empíricos, las definiciones y las construcciones teóricas asociadas a este campo de investigación.

La **Sección de Intervención** en esta ocasión se nutre de cuatro propuestas de trabajo terapéutico en distintos casos y contextos. En “La reformulación circular como herramienta principal del cambio en tiempo breve. El zarandeo cognitivo”, María Alejandra González Monzón, propone cuestionar y desafiar la definición lineal del problema que trae cada miembro del sistema y plantear una

visión circular que efectué un “zarandeo cognitivo” en el consultante para desencadenar cambios de manera más inmediata en el sistema.

Juan Miguel de Pablo Urban y Alba Larión Labiano en los artículos “La intervención familiar en los miedos y fobias infantiles” y “¿Una adolescencia sin problemas?” Respectivamente exponen un modelo de intervención, para los casos de miedos y fobias infantiles a partir de las técnicas narrativas, en el caso del primero y mediante el aprovechamiento de los recursos de la familia en el segundo. En ambos casos se recurre al estudio de caso para ilustrar su propuesta y mostrar cómo la terapia familiar, los enfoques sistémicos y las terapias contextuales ofrecen las herramientas técnicas necesarias para una adecuada intervención.

El cuarto artículo de la sección describe la experiencia de 10 años de trabajo de un grupo de profesionales de la Salud Mental Infanto Juvenil, en la que se analiza la pertinencia de la intervención sistémica a partir de la valoración de los esfuerzos, las dificultades y los beneficios obtenidos en el tratamiento de familias en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Álava. En su reflexión final señalan que el enfoque familiar ha resultado rentable en el tratamiento de problemas de salud mental de niños y adolescentes.

Por último, como joya de la corona, en la **Sección de Clásicos** ponemos a disposición de los lectores una entrevista que el Dr. Alfredo Canevaro realizó a Mara Selvini-Palazzoli y el comentario de Stefano Cirillo, publicada en 1980 en la revista “*Terapia Familiar: Estructura, patología y terapéutica del grupo familiar*”.

Invitamos a nuestros lectores habituales y a quienes decidan sumarse a esta tradición semestral de Redes a dialogar con los textos de este número y a enviar sus colaboraciones para los siguientes.

Eduardo Hernández
Esteban Laso

Directores Editoriales

REDES. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

Investigación

The bottom half of the page features an abstract geometric design. It consists of several overlapping, semi-transparent shapes in various shades of red and pink. The shapes are primarily triangles and quadrilaterals, creating a layered, architectural effect. The colors range from a deep, vibrant red to a very light, almost white pink, with some areas showing a gradient.

Validación del Instrumento C.T.R.P. (Si-Co) Cuestionario Tipológico de la Relación de Pareja con Maltrato

Validation of the C.T.R.P. (Si-Co) Instrument Relational Typology Questionnaire Of Couple Mistreatment

Itziar Arriola Echeverri^a, Regina Giraldo Arias^b

^aMaster Terapia Familiar. Ps. Fundaterapia. itxiarri@gmail.com

^bDoctora en Bienestar Social. Master Terapia Familiar. Ps. Fundaterapia. rgiraldo@fundaterapia.com

Historia editorial

Recibido: 27-06-2017

Primera revisión: 24-04-2018

Aceptado: 28-11-2018

Palabras clave

violencia, pareja, validez, confiabilidad

Resumen

Presenta el artículo el proceso y resultados de la validación del instrumento C.T.R.P. (si-co): Cuestionario tipológico de la relación de pareja con maltrato, conformado por 24 ítems previamente validados por juicio de expertos y aplicado a 124 personas (62 parejas), usuarias de las Comisarias de Familia de Bogotá, Colombia. Corresponde el estudio a la línea de investigación: “Violencia doméstica desde una perspectiva relacional” de Fundaterapia (Bogotá, Colombia). Los resultados se obtuvieron a través del análisis estadístico de datos, realizado con SPSS Statistics (versión 22.0). La fiabilidad se obtuvo analizando la consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach, que para los 24 ítems del cuestionario fue de 0.838. Todos los ítems obtuvieron correlaciones individuales superiores a 0.822, lo que hace del instrumento confiable. Para determinar la validez de constructo se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de componentes principales con rotación Varimax, en donde se procedió a obtener el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett (χ^2). Los resultados obtenidos en el proceso de validación del Cuestionario C.T.R.P. (si-co), son satisfactorios. Conclusiones: El instrumento C.T.R.P. (si-co) por tanto, mide las variables bajo estudio, facilita recopilar datos sobre estilos relacionales y experiencias de violencia en la pareja, dando cuenta de correlaciones entre los estilos prevalentes en diferentes contextos, contribuyendo a conocer el tema a nivel local. Asimismo, posibilita comprender la dinámica violenta en cada caso particular, como los riesgos psicosociales y relacionales asociados.

Abstract

The article presents the process and results that determine the validity of the C.T.R.P. (si-co) instrument: Relational Typology Questionnaire of couple mistreatment, consisting of 24 items previously evaluated through expert judgments, and applied to 124 people (62 couples), users of the Family Commissaries of Bogotá, Colombia. The study corresponds with the continuance of the research line from Fundaterapia (Bogotá, Colombia): “Domestic violence from a relational perspective”. The results were obtained through a statistical analysis of data performed with SPSS Statistics (version 22.0). The reliability was obtained by analyzing the internal consistency through the Cronbach’s Alpha reliability coefficient (α), which for the 24 items of the questionnaire was 0.838. All items obtained individual correlations higher than 0.822, which makes the instrument reliable. To determine the construct validity of the instrument, an Exploratory Factor Analysis (EFA) of principal components with Varimax rotation was carried out, also the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test for sampling adequacy and the Bartlett Sphericity test (χ^2) were obtained. The results achieved in the validation process for the C.T.R.P. (si-co), are satisfactory. Conclusions: The C.T.R.P. (si-co), measures the variables under study, makes it easier to collect data on relational styles and experiences of partner violence, accounting for correlations between prevalent styles in different contexts, helping to understand the issue and phenomena from a local perspective, making it possible to comprehend the violent dynamics in each case study, also all associated psychosocial and relational risks involved.

Keywords

violence, couple, validity, reliability

El maltrato en las relaciones conyugales o de pareja es un problema complejo que, histórica y culturalmente, ha tendido a ser normalizado y tolerado, naturalizando su existencia e invisibilizando su incidencia y afectación. Este tipo de violencia debe ser comprendida y analizada como una consecuencia de la estructura social en la cual está inmersa, teniendo en cuenta dos situaciones y posiciones clave: La primera representada en la desigualdad sociocultural, que es manifestada a través de la diferencia de género; la segunda, vinculada con las normas y actitudes generales asociadas a la violencia en el ámbito social (Dávila, 1995).

Sluzki (1998), define a la familia como un conjunto en interacción, organizado de manera estable y estrecha en función de necesidades básicas, con una historia y un código propio que le otorgan su singularidad; un sistema cuya cualidad emergente excede la suma de las individualidades que lo constituyen. Afirma este autor que la familia es un sistema abierto, en constante evolución y con un subsistema conyugal que se constituye cuando dos adultos se unen con la intención expresa de constituir una familia, conformando lo que se denomina “pareja”. La pareja debe desarrollar pautas en las que cada miembro apuntala la acción del otro en diversas áreas vitales, teniendo que ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia (Cibanal, 2006).

Por su parte, Linares (2012) afirma que: “focalizar la atmósfera relacional de la familia de origen pasa por prestar atención a dos dimensiones fundamentales, también de naturaleza relacional, presentes en ella: la conyugalidad y la parentalidad”, (p. 69). Desde esta perspectiva, la conyugalidad se establece en un continuum de armonía a disarmonía, entendiendo la primera como la capacidad de la pareja de gestionar adecuadamente los conflictos, entre ellos los relativos al ejercicio parental. Las dos dimensiones de la pareja antes mencionadas se entrecruzan y se ven influidas por la variable tiempo que se constituiría en otra dimensión explicativa del dinamismo de la relación de la pareja, que pasará en su desarrollo por períodos tanto de armonía como de disarmonía.

Actualmente, el abordaje sobre la perspectiva de violencia que se realiza mediante la investigación en evaluación psicológica tiene como finalidad la creación de instrumentos específicos de psicología forense. La mayoría de trabajos se han desarrollado en países anglosajones y su traslación a entornos Latinoamericanos comporta dificultades de traducción y tipificación (Arbach y Álvarez, 2009).

De acuerdo con el Observatorio de Salud de la Mujer (2014), la falta de instrumentos a disposición de los profesionales psicosociales, como de otras disciplinas afines que atienden a la población afectada por el maltrato conyugal, se traduce en una infra detección de casos de violencia. Lo anterior, afecta consecuentemente la asistencia direccionada, la valoración de los factores de riesgo y la prevención.

En Latinoamérica y, específicamente, en Colombia, prevalece la ausencia de instrumentos originales validados para el cribado o el diagnóstico, que posibiliten una ajustada intervención del fenómeno en las relaciones de la pareja con maltrato. Aunque hay disponibles algunas adaptaciones de escalas norteamericanas y europeas, son adaptaciones de otros contextos bastante disímiles al hispano. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia, por ejemplo, está usando el *Danger Assessment Tool* (DA). El objetivo de su aplicación es conocer la situación de riesgo de violencia mortal en la que se encuentra la mujer, para entregar a las autoridades un documento con recomendaciones que orienten las medidas de protección y atención. La aplicación se practica, no obstante, el DA adaptado “no posee puntos de corte para la medición o asignación numérica del nivel de riesgo” (Medina y Barreto, 2014, p. 30).

La realización de este estudio de validación de instrumento, surgió de reconocer que es posible romper el circuito violento al comprender el maltrato conyugal como un fenómeno sistémico-relacional desde la perspectiva comunicacional simétrica y complementaria. Giraldo (2013) encontró que, en los estudios de ONGs, organismos internacionales y de la literatura basada en victimización de la mujer maltratada, establecían una relación “desigual”, es decir, complementaria con supre-

macía del poder y dominio masculino. Sin embargo, la autora en su investigación descubrió mayoritariamente relaciones simétricas o de “igualdad”, aunque en todo caso con matices de una u otra tipología. El que no sean relaciones definidas y completamente de uno u otro estilo, sino que se trate de un proceso cambiante y dinámico, dejó la perspectiva de la necesidad de medir o cuantificar, para desarrollar programas que teniendo en cuenta esta realidad se estructuren con objetivos y métodos útiles.

El reto del presente estudio es aportar un instrumento de cribado o tamizaje que determine la tipología relacional simétrica-complementaria, en parejas con maltrato. Que su uso sea un apoyo para los terapeutas de pareja y profesionales de atención psicosocial, en su quehacer de evaluación e intervención; promoviendo, asimismo, el desarrollo de programas sociales de atención y prevención en materia de maltrato en la pareja.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A efectos de este estudio, se considera la violencia o maltrato en la pareja como un patrón de conductas abusivas, que incluyen un amplio rango de agresiones o maltrato y que es ejercido por una persona en contra de otra en el contexto de una relación íntima, con el objeto de ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre ella (Walker, 1999).

El maltrato familiar como conducta abusiva ocasiona diferentes tipos de daño entre los integrantes de una familia. De acuerdo con Klevens (2001), se evidencia en esta conducta, una direccionalidad reiterada desde los más fuertes hacia los más débiles, reproduciendo un desequilibrio de poder que es culturalmente impuesto e internalizado por los sujetos en sus procesos de socialización.

Dentro de los tipos de maltrato se encuentran el físico, económico, patrimonial, sexual y psicológico, todos ellos provocando desvalorización y sufrimiento, además de daños y lesiones intencionadas a nivel físico, psicológico o social. Las violencias, afirma Hirigoyen (2006), pueden ser consecuencia de otras situaciones contextuales o desencadenarse de una tipología ya inscrita en la vida del individuo, estando todas estrechamente interrelacionadas.

En parejas heterosexuales el maltrato puede diferenciarse tipológicamente entre sí, tanto por las consecuencias que genera, como por la intensidad y el papel que representa para cada miembro dentro de la pauta violenta. De esta forma y en primer lugar, se identificaría la violencia común de pareja, en donde los dos miembros actúan de agresores y no hay severidad, generándose por la intención de atraer la atención que se exige en el momento. En segundo lugar, estaría la resistencia violenta, que ocurre cuando las mujeres agreden en reacción o en respuesta a la agresión del hombre. En tercer lugar, el control mutuo violento, una modalidad rara de violencia de pareja en donde un miembro agrede al otro para controlarlo. Por último y en cuarto lugar, se destaca el terrorismo íntimo o episodios crónicos de violencia cuyas repercusiones implican heridas de gravedad (Johnson, 2008).

Desde el enfoque sistémico, se menciona con frecuencia la ya clásica obra Teoría de la comunicación humana de Watzlawick, Beavin y Jackson (1985), quienes puntualizaron que la comunicación humana se desarrolla mediante reglas, formulando así cinco axiomas; siendo el último la base teórica del C.T.R.P. (si-co) Cuestionario tipológico de la relación de pareja con maltrato: “La comunicación se realiza de manera simétrica o complementaria”, es decir que las relaciones pueden basarse en la igualdad o en la diferencia/desigualdad.

Los conceptos de simetría y complementariedad fueron introducidos por Gregory Bateson (1958) en su libro *Naven* y adoptados posteriormente como modelos de interacción para la teoría de la comunicación humana por Watzlawick y Cols (Op.cit). Dichos modelos agrupan secuencias y tienen en cuenta las redundancias que aparecen al analizar agrupadamente las secuencias, concluyendo que toda interacción es simétrica o complementaria. a) *Modelo Simétrico*. El modelo de interacción simétrico es aquel en el cual los interlocutores de la comunicación se esfuerzan en mantener la

igualdad entre sí. Todo comportamiento en un sujeto desencadena un comportamiento idéntico en el otro, como si se tratara de una reacción en espejo, visibilizándose de la siguiente forma: “si yo me preocupo por ti, tú también por mí”; “si yo trabajo para ti, tú trabajas igual para mí”, “si yo me preocupo por mi hijo tú también te preocupas por él y así sucesivamente. b) *Modelo Complementario*. El modelo de interacción complementario es aquel en el cual los interlocutores de la comunicación reconocen, aceptan y fundamentan la relación en la diferencia con el otro. Los participantes adoptan comportamientos que se articulan basándose en el contraste, por ejemplo, “si yo soy autoritario tú te sometes” o “si tú te sometes facilitas mi autoridad”.

Todo intercambio de comunicación entra en uno de estos dos modelos. Se debe, por tanto, analizar la cadena de conductas y comunicaciones para poder entenderlas. Un comportamiento no puede ser entendido sino es unido al que le precede y le sigue, lo que constituye las transacciones. Una transacción es simétrica si el segundo mensaje es igual al primero y complementaria si es diferente. Los modelos explicativos de los cambios y tipologías en el funcionamiento relacional de las parejas aclaran temas como el de la participación (no responsabilidad) de las mujeres en los circuitos violentos y también dan cuenta de los roles categóricos de cada miembro en el fenómeno del maltrato de pareja.

Las tipologías relacionales pueden ser descritas de la siguiente forma: a) las relaciones simétricas se refieren a la situación en la cual los participantes tienden a comportarse recíprocamente, dicha relación se ve caracterizada por la igualdad; b) la relación complementaria se refiere a la situación en la cual uno de los dos participantes se comporta complementariamente en relación al otro, siendo una relación basada en la diferencia; a partir de allí, se presentan dos posiciones donde hay un participante en posición superior y otro en posición inferior, posición up y down; siendo característica la falta del reconocimiento del otro como diferente al sí mismo, por lo tanto, se perciben sentimientos como la frustración y desesperanza de los dos participantes o de uno de ellos, donde pueden surgir sentimientos de despersonalización y temor.

Ambos estilos de relación pueden verse en parejas maritales. No son posiciones duales y exclusivas, en realidad muestra un continuo cuyos dos polos son la relación simétrica y la complementaria, estando todas las parejas en algún punto del continuo. Sin embargo, el problema radica en parejas que se sitúan cerca de alguno de los extremos y en las que no hay ningún sistema de corrección, puesto que los miembros van generando cada vez más amplias diferencias y consecuentemente se producen relaciones más extremas y con mayores fluctuaciones. Ambos procesos, complementarios y simétricos, van forjando diferencias, separaciones, haciendo de la relación una más compleja y alejándola cada vez más del equilibrio deseado (Manrique Solana, 1988).

Al respecto Perrone y Nannini (1997) afirman que la violencia no es un fenómeno indiscriminado o multiforme, sino que adopta dos formas distintas. La primera es la violencia agresión, que se encuentra entre personas vinculadas por una relación de tipo simétrico. La segunda es la violencia castigo, que tiene lugar entre personas implicadas en una relación de tipo complementario. En la violencia con agresión simétrica se provoca en los actores una frecuente rivalidad, al tiempo que no les permite reconocer la autoridad, siendo la problemática central la exacerbación de la agresividad, acompañada de rasgos específicos de carácter que son manifestados en forma de impulsividad, omnipotencia, irascibilidad, rebeldía y contrariedad ante las obligaciones y los límites; en tanto que la violencia castigo o complementaria posee como problemática central la inhibición de la agresividad, siendo esta necesaria para la supervivencia, presentándose por lo tanto, una tendencia de culpabilidad, autocrítica y auto descalificación, que no le permite a quien está en posición “down o abajo” confirmarse y tener identidad. Es decir, no hay un reconocimiento del otro como igual o incluso existente, razón por la cual la autoestima se quebranta, acometiéndose el derecho –del maltratador– de infligirle un sufrimiento a la víctima.

Dentro de la interacción violenta surge el acuerdo implícito rígido, denominado por Perrone y Nannini (Op.Cit.) como una trampa relacional que comprende tres aspectos: a) El espacial (en qué contextos es permitida la violencia); b) El temporal (en qué momento podría desencadenarse la

interacción); y c) El aspecto temático (qué acontecimientos, circunstancias o contenidos de comunicación conllevan a la interacción violenta). Se puede decir, que estos aspectos tienen una carga emocional relacionada con la narrativa personal de los actores y la historia de sus interacciones.

Otro modelo explicativo es la *teoría de la relación de simetría y complementariedad* propuesta por Sarquis (1995), que toma además algunos aspectos del modelo del aprendizaje, proponiendo que en la base del fenómeno de la violencia entre parejas se encuentra el proceso de establecer reglas y la distribución del poder. Este modelo presenta dos premisas que explicarían la predisposición de una pareja a la violencia. La primera se refiere al aprendizaje y refuerzo temprano de la conducta violenta. La segunda, al establecimiento de reglas y meta reglas más rígidas que gobiernan el sistema marital y la conducta de cada participante en forma concordante. Esto abarca el control unilateral rígido por parte de uno de los miembros, lo que implica poco espacio para negociar las reglas que rigen la relación de la pareja. Por lo tanto, se vuelve altamente probable que incluso desacuerdos menores lleven a acciones violentas y de riesgo.

De acuerdo con la investigación de Arruabarrena (1994), la existencia de relaciones de poder asimétricas o complementarias en una pareja hace que esta fuerza incontrolada se dirija casi siempre del más fuerte al más débil, habitualmente, del hombre hacia la mujer. Lo anterior, ha sido encontrado también por Dierna (2001) en los estudios de los servicios de ayuda y de denuncia realizados en los Centros de Emergencia para la Mujer (CEM) en Lima, Perú.

En una relación simétrica o igualitaria, explícita o implícitamente, cada miembro toma la posición desde la cual se va a permitir o no una relación igualitaria. En el caso de la relación conyugal, el contrato social la caracteriza como una relación de tipo igualitario, ya que se trata de una relación entre adultos, basada en una elección, en la que ambos tienen la posibilidad de definir y aceptar roles. Sin embargo, la observación de la dinámica conyugal en los casos de violencia, permite afirmar que no siempre existen condiciones para avalar la presencia de una relación simétrica, pues la simetría se refiere al poder y la alternancia del mismo en dicha relación.

En el caso de los cónyuges, ellos deben enfrentar diversas situaciones de confrontación y desacuerdo; éstas pueden darse en una relación simétrica o asimétrica asumida de antemano por los cónyuges. La diferencia de poder entre uno y otro puede ser tan grande que quien se encuentra en posición de base no tiene mayores alternativas. Este tipo de violencia puede darse en cualquier relación entre adultos. En este caso puede observarse que quien controla la relación impone el castigo al otro.

En los casos de la violencia con agresión simétrica es más viable una intervención psicoterapéutica. En la situación de violencia con agresión complementaria, las víctimas presentan un estado alterado de conciencia, prestándose así de forma pasiva y ritualista a las maniobras del agresor, situación que genera alto riesgo psicosocial que incluso puede llevar a la muerte. Es un tipo de violencia que hay que denunciar desde los primeros actos de maltrato, haciendo que intervenga la justicia sin otra opción (Ochoa, 2002).

Uno de los modelos que surge como teoría influyente en la explicación del maltrato en la pareja, es el modelo interactivo desarrollado por Stith y Rosen (1992). Este modelo plantea una perspectiva multidimensional e interactiva que contempla factores socioculturales, individuales, familiares y situacionales implicados en la violencia al interior del hogar. Según dicho modelo, los valores socioculturales relacionados con la violencia y con los roles sexuales estarían incidiendo sobre las vulnerabilidades tanto a nivel individual como familiar, sobre los factores situacionales estresantes, sobre los recursos de afrontamiento de tipo personal, familiar o de la red social y finalmente sobre la definición y percepción de la propia violencia.

Walker (2009), en su reconocido estudio del maltrato hacia la mujer, explica lo que desde 1980 se denominó como “síndrome de la mujer maltratada”, con base en dos teorías: la teoría de la indefensión aprendida o *learned helplessness* y la teoría del ciclo del maltrato. La primera teoría formulada por Martin Seligman es una condición psicológica en la que una persona aprende a creer que está indefensa, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que

cualquier acción o medida que tome es inútil. En consecuencia, se denota que el maltrato repetitivo disminuye la capacidad para responder y la habilidad cognoscitiva para percibir el éxito y cambio. La segunda teoría es la del ciclo del maltrato, en ella el maltrato no es al azar, sino que ocurre en ciclos reiterativos, compuestos por tres fases de variación temporal que oscilan entre días e incluso meses. Dichas fases son: a) Fase de tensión acumulativa; b) Fase de maltrato agudo; c) Fase de calma y reconciliación.

Finalmente, diversos informes sobre la simetría de género están jugando un papel importante en las discusiones públicas y mediáticas sobre la violencia de género. Los estudios sobre la simetría de género contradicen los estereotipos existentes sobre las relaciones entre hombres y mujeres. Una revisión de la bibliografía realizada por García y Casado (2006), encontró 79 análisis empíricos y 16 informes que detectan simetría de género en las parejas. Archer (2000) por su parte, analizó 82 investigaciones que postulan esta simetría de género de forma empírica, analizando cuestiones sobre lo que el público considera que “sabe” con certeza respecto a la violencia doméstica. Sus hallazgos frente al desconocimiento y normalización del fenómeno son cuestiones que ponen sobre la mesa lo alarmante de la situación.

Los planteamientos expuestos llaman entonces, a indagar sobre la organización del acto violento, creando un marco conceptual que dilucide los diferentes tipos relacionales que pueden presentarse en las parejas, con el objeto de entender cómo se dan pautas violentas en las interacciones, al igual que su mantenimiento y funcionamiento.

La necesidad de tener instrumentos confiables y válidos para evaluación de violencia intrafamiliar ha sido especialmente contemplada en los países desarrollados. Desde finales de los años 70 se han implementando un amplio número de herramientas de medición, detección y diagnóstico frente al fenómeno en cuestión. Los trabajos pioneros han centrado la definición de la violencia contra la mujer en los actos físicos y con mayor frecuencia en sus formas más severas.

Sin embargo, a medida que se ha logrado avanzar en el presente campo de estudio, los investigadores y evaluadores sobre violencia han ampliado su foco y con ello la definición a formas de violencia que van más allá de la agresión física, por lo que se han elaborado en la actualidad cuestionarios sensibles al abuso sexual y al maltrato emocional o psicológico (Waltermaurer, McNutt, y Mattingly, 2006).

3. MÉTODO

Participantes: Se aplicó el instrumento C.T.R.P (si-co) *Cuestionario tipológico de la relación de pareja con maltrato* a una muestra de 124 personas (62 parejas) de diferente sexo, donde uno de los miembros de la pareja denuncia el maltrato latente en una Comisaría de Familia de Bogotá, Colombia. La muestra poblacional se seleccionó de cinco localidades de Bogotá (Norte, Sur, Centro, Oriente y Occidente); en sus respectivas Comisarías de Familia. El muestreo se realizó por juicio de investigadores con carácter cualitativo, partiendo de los criterios conceptuales y de acuerdo con los principios de la representatividad estructural. Establecida la representatividad, se revisó el número de unidades requeridas y el principio del punto de saturación. La validez de la generalización de la muestra fue el resultado del conjunto de casos examinados.

Caracterización de la muestra: Fue de un N=124, la cual se encuentra distribuida en cuatro localidades de la ciudad de Bogotá, Colombia: San Cristóbal (19,4%), Kennedy (35,5%), Suba (29,0%) y Rafael Uribe Uribe (16,1%). Las edades: entre los 17 y los 66 años de edad, predominando los casos con 20 a 35 años. Los participantes provienen de diferentes zonas de Colombia, entre las que destacaron: Cundinamarca, Boyacá y Tolima. Un 37,1% convive con su pareja, mientras que 54,8% manifestaron no estar en convivencia y el 8,0% no responden (NR)¹. El tipo de vínculo:

1 (NR) No responden el ítem, se consideran datos perdidos

prevalece la unión libre con un 58,9%, seguida por el matrimonio con 29% y 12,0% (NR). El tiempo total de convivencia tiene amplio rango, oscilando entre 1 y 30 años. Respecto a los hijos, el 88,7% manifestó tenerlos, un 8,9% de la muestra afirmó no tener hijos y 2,4% (NR). En relación a hijos de anteriores parejas el 72,6% afirma no tenerlos, el 23,4% afirma tenerlos y el 4,0% (NR). También cabe destacar que el 77,4% de los/as participantes se encuentran laboralmente activos y el 22,6% manifestaron estar desempleados o encargarse de las labores del hogar y cuidado de los hijos. El tipo de vinculación de aquellos laboralmente activos es: a) por cuenta propia (pagando seguridad social como independiente) 12,1%, b) independiente con SISBEN 31,5%, c) empleado con todas las prestaciones (Seguridad Social o Plan Obligatorio de Salud (POS), Riesgos Profesionales (ARP), Caja compensación, entre otros.) 50,8% y un 6,0% (NR). El nivel de estudios: a) estudios primarios 13,7%, b) bachillerato incompleto 14,5%, c) bachillerato con grado 39,5%, estudios técnicos (SENA o similar) 18,5%, d) estudios universitarios profesionales incompletos 8,9%, e) estudios universitarios profesionales con grado 2,4%, f) especialización y/o maestría 0,8% y el 1,0% (NR).

3.1. PROCEDIMIENTO

El estudio de diseño y validación, se realizó durante tres años y en dos fases.

3.1.1 Fase I del estudio: En esta fase realizada en el año 2015², se diseñó el instrumento C.T.R.P., y cursó la primera etapa de validación que se realizó por: a) consenso de jueces, y b) proceso estadístico de evaluación de observadores tomando el índice de Kappa. Los jueces fueron seleccionados por sus conocimientos académicos y psicoterapéuticos con enfoque sistémico, además de su experticia en torno al fenómeno de estudio. Los jueces formaban parte de la junta directiva de RELATES (Red Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas).

Para realizar la evaluación del instrumento original, según las calificaciones que aportaron los jueces, se usó el programa estadístico SPSS Statistics (versión 22.0) con Kappa Fleiss. Este refleja cómo se correlacionan los observadores calculando las dimensiones y categorías del instrumento, contrastando así los resultados de cada observador. Para la validación a través de SPSS Statistics (versión 22.0), se realizó una tabla de datos en Excel por las dimensiones del instrumento (simetría, complementariedad y distractores); y por categorías asociadas con la claridad, coherencia y relevancia, teniendo en cuenta los ítems que se encontraban en cada una de éstas.

El cuestionario originalmente constaba de 30 ítems divididos en tres dimensiones: Simetría, Complementariedad y Distractores. Posterior al proceso de validación por jueces expertos que dieron su calificación al instrumento original, y de acuerdo con el procedimiento estadístico índice de Kappa, se determinó que la dimensión *Distractores* se anulaba por falta de claridad coherencia y relevancia. Las dimensiones de simetría y complementariedad fueron avaladas, por tanto los ítems que se analizaron finalmente para la consolidación de la prueba fueron 24.

Para cada ítem se determinó un rango de calificación: a) 1.0 No cumple con el criterio; b) 2.0 Bajo nivel; c) 3.0 Moderado nivel; y d) 4.0 Alto nivel.

Una vez generada la tabla se procedió a incluir los datos en el programa SPSS y comparar los datos por jueces: (J1) con (J2), (J1) con (J3), y (J2) con (J3).

Teniendo en cuenta los resultados estadísticos, se procedió a analizar cada una de las dimensiones, y se determinó el siguiente número de ítems: 1) Doce (12) ítems de la dimensión simetría válidos para su aplicación y análisis. 2) Doce (12) ítems de la dimensión complementariedad válidos para su análisis y aplicación. 3) Seis (6) ítems de la dimensión distractores, no válidos para su análisis.

Por lo anterior el Instrumento Cuestionario Tipológico de la Relación de Pareja C.T.R.P (sico), quedó conformado por dos dimensiones en 24 ítems: Doce por cada dimensión relacional (simetría/complementariedad).

Con base en los resultados de la Fase I del estudio, en tanto al diseño y elaboración del Cuestionario C.T.R.P. (si-co) con validación por juicio de expertos, quedaron definidas las preguntas a formular, el número de ítems a incluir y su ordenamiento (Anexo. No. 1 Preguntas-Ítems) (Martínez y Jiménez, 2015).

3.1.2 Fase II del estudio: En esta fase realizada en 2016-2017 se realizaron las pruebas piloto con la población y la evaluación de propiedades métricas. La muestra como se dijo anteriormente, constó de 124 personas (62 parejas) de diferente sexo, donde uno de los miembros de la pareja denuncia el maltrato latente en una Comisaría de Familia de Bogotá, Colombia.

3.1.2.1. Realización de prueba piloto o pre-test cognitivo. Se pasó/aplicó el cuestionario C.T.R.P. (si-co) a la muestra seleccionada. El pre-test cognitivo identificó: a) tipos de preguntas y si las mismas tenían la extensión adecuada; b) si los enunciados eran correctos y comprensibles; c) si era correcta la categorización de las respuestas; d) si existían resistencias psicológicas o rechazo hacia algunas preguntas; e) si el ordenamiento interno era lógico y f) si la duración estaba dentro de lo aceptable.

3.1.2.1.2 Evaluación de las propiedades métricas de la escala. La fiabilidad del instrumento se analizó a través del coeficiente Alfa de Cronbach (α). Luego, se procedió a estudiar la validez de constructo para una N válida de 124, realizando un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de componentes principales con rotación Varimax, obteniendo simultáneamente el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett (χ^2), donde fueron tomados a consideración aquellos factores y/o dimensiones con valores propios superiores a 1.

4. RESULTADOS

Los resultados se alcanzaron a través de un análisis de datos realizado con el programa *SPSS Statistics* (versión 22.0). La fiabilidad del instrumento, se analizó estudiando la consistencia interna del mismo y la de sus dimensiones teóricas y empíricas a través del coeficiente Alfa de Cronbach (α). Para los 24 ítems del C.T.R.P. (si-co): Cuestionario tipológico de la relación de pareja con maltrato, para una N válida de 124 (Tabla No. 1), en donde el Alfa de Cronbach (α) fue de 0.838.

		N	%	ALFA DE CRONBACH	NÚMERO DE ELEMENTOS
CASOS	Válidos	124	100,0	,838	24
	Excluidos	0	,0		
	Total	124	100,0		

Tabla 1. Resumen del procesamiento de los casos y fiabilidad. Alfa de Cronbach.

Todos los ítems obtuvieron correlaciones individuales superiores a 0.822, lo que hace el instrumento confiable.

ITEMS	ALFA DE CRONBACH
Soy responsable de que mi pareja se enoje conmigo	,843
En esta relación de pareja me siento sometida/o	,829
En mi relación de pareja los dos tenemos igualdad de condiciones	,854
Mi pareja tiene el control de la relación	,833
Cuando peleo con mi pareja no bajo la guardia	,837
Parece que mis logros o éxitos molestan a mi pareja	,826

Mi pareja cree que en todo tiene la razón	,829
Las peleas comenzaron con gritos entre los dos y terminaron en golpes mutuos	,833
La mayor parte del tiempo me siento dominada por mi pareja	,825
Es mi culpa que mi pareja se enoje	,842
No permito que mi pareja me alce la voz	,840
Mi pareja es quien toma las decisiones importantes	,832
Si pusieran nuestra relación en una balanza yo estaría abajo y mi pareja arriba	,828
Mi pareja se enoja cuando no hago lo que me dice	,822
Odio que mi pareja crea que siempre tiene la razón	,825
Cuando estamos en conflicto y peleamos vamos por parejo, de igual a igual	,834
Mi pareja lleva las riendas de nuestra relación	,833
Cuando mi pareja me agrede (verbal o físicamente), yo no me dejo y me le igualo	,830
Me incomoda que mi pareja intente tomar el control de la relación	,830
Cuando mi pareja me grita yo también grito	,829
Mi pareja es dominante y posesiva conmigo	,822
En las discusiones ambos nos tratamos de igual a igual	,836
Si pusieran nuestra relación en una balanza yo estaría arriba y mi pareja abajo	,829
Estar alerta y a la defensiva es una característica en mi relación de pareja	,831

Los resultados obtenidos para el índice *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) fue de 0,772 (Tabla No. 3). La prueba de *esfericidad Barlett* (χ^2) (Tabla No. 3) no resultó significativa (< 0.00), en consecuencia, los índices de adecuación de la muestra señalan un buen ajuste de los datos.

MEDIDA DE ADECUACIÓN MUESTRAL DE KAISER-MEYER-OLKIN.		,772
PRUEBA DE ESFERICIDAD BARLETT	Sig.	,000

Tabla 3. KMO y prueba de Bartlett

4.1 ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO (AFE)

El *análisis factorial* es una técnica de reducción de datos que sirve para encontrar grupos homogéneos de variables a partir de un conjunto numeroso de variables. Los grupos homogéneos se forman con las variables que correlacionan mucho entre sí y procurando, inicialmente, que unos grupos sean independientes de otros. Al haber recogido en el estudio un gran número de variables de forma simultánea fue de interés averiguar si las preguntas del cuestionario se agrupaban de alguna forma característica. Aplicando el Análisis Factorial a las respuestas de los sujetos se pudieron encontrar grupos de variables con significado común y conseguir de este modo reducir el número de dimensiones necesarias para explicar las respuestas de los sujetos.

El Análisis Factorial fue la técnica utilizada para ejecutar la reducción de la dimensionalidad de los datos. Este permitió buscar el número mínimo de dimensiones capaces de explicar el máximo de información contenida en los datos. Fundamentalmente lo que se pretendió con el Análisis Factorial (Análisis de Componentes Principales o de Factores Comunes) fue simplificar la información que nos aportaba la matriz de correlaciones para hacerla más fácilmente interpretable.

En la Tabla No. 4 se presentan los resultados frente a la homogeneidad de varianzas. Este supuesto es crucial para garantizar la calidad de los procedimientos estadísticos utilizados tanto en pruebas de hipótesis como en la construcción de intervalos de confianza.

ANOVA		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	Q de Cochran
Inter-personas		1146,587	123	9,322	
Intra-personas	Inter-elementos	291,918	23	12,692	182,687
	Residual	4265,332	2829	1,508	
	Total	4557,250	2852	1,598	
Total		5703,837	2975	1,917	
					Sig.
Inter-personas					
Intra-personas		Inter-elementos			,000
		Residual			
		Total			
Total					

Tabla 4. ANOVA. Test de Cochran.

Para cuantificar la fiabilidad de las mediciones asociadas a las variables cuantitativas continuas, el índice estadístico utilizado fue el coeficiente de correlación intra-clase (CCI) (Tabla No. 5). El CCI es una aproximación más adecuada para valorar la concordancia entre las medidas. La obtención del CCI que permite evaluar la concordancia general entre dos o más métodos u observaciones diferentes se basa en un modelo de análisis de la varianza (ANOVA) con medidas repetidas.

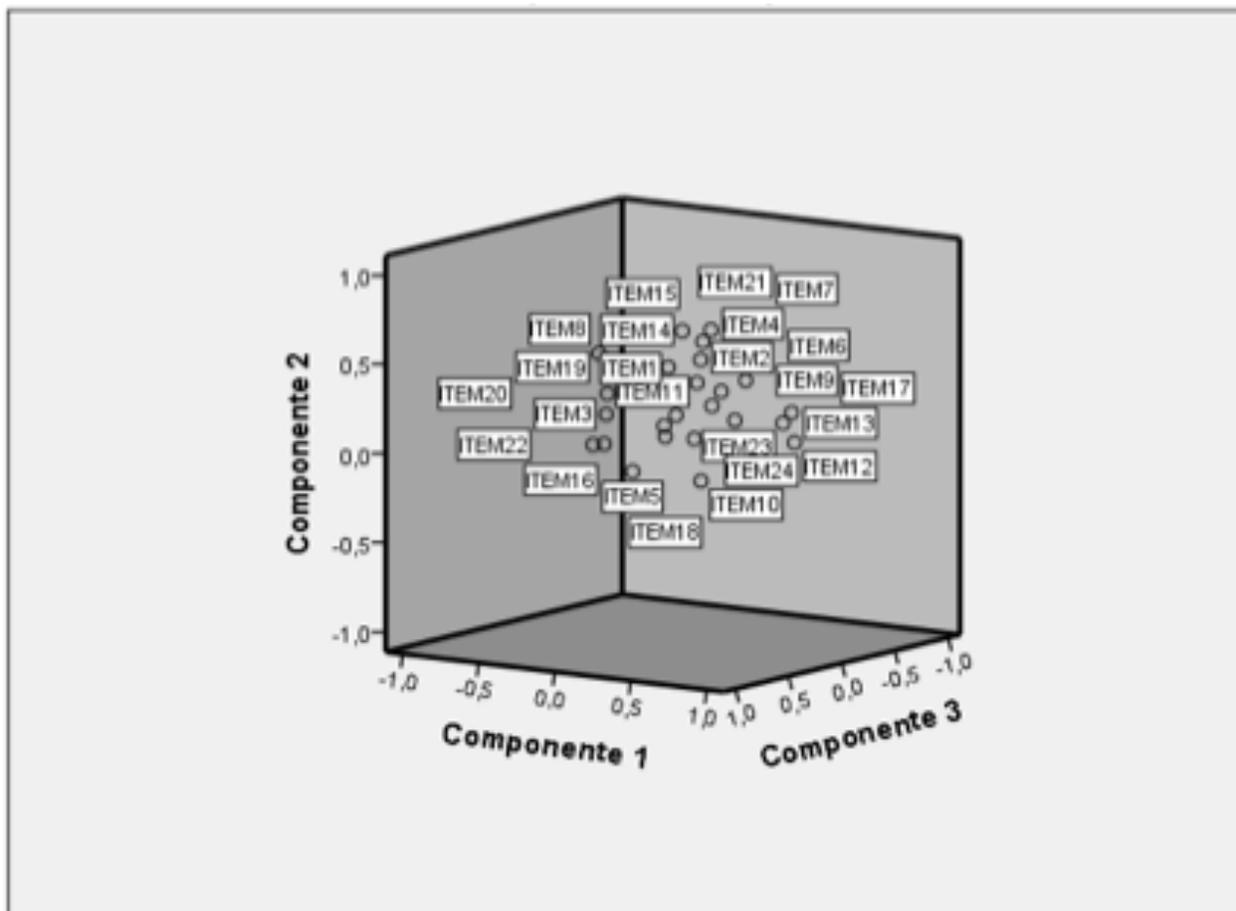
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN INTRACLASE					
	Correlación intraclase	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0.	
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1
Medidas individuales	,178a	,138	,229	6,183	123
Medidas promedio	,838c	,794	,877	6,183	123
Prueba F con valor verdadero					
		gl2		Sig.	
Medidas individuales		2829a		,000	
Medidas promedio		2829c		,000	

Tabla 5. Coeficiente de correlación intraclase (CCI).

4.1.1 ROTACIÓN DE EJES

Con el propósito de clarificar la estructura factorial sin perder poder explicativo, se realizó una rotación de ejes, mediante el método *Varimax* (método de rotación ortogonal que minimiza el número de variables que tienen saturaciones altas en cada factor).

La Gráfica tridimensional (Gráfica No. 1) de las variables y la Matriz de las cargas factoriales correspondientes a los factores en el espacio (Tabla No. 6) permiten visualizar la estructura factorial.



Gráfica No.1. Componentes en espacio rotado.

MATRIZ DE TRANSFORMACIÓN DE LOS COMPONENTES						
Componente	1	2	3	4	5	6
1	,566	,611	,338	,419	,006	,127
2	-,682	,176	,658	,189	-,067	-,176
3	-,113	,189	-,101	-,017	,961	-,133
4	,207	-,176	,572	-,619	,168	,433
5	,370	-,172	,255	-,195	-,018	-,855
6	,148	-,706	,225	,607	,209	,131

Tabla 6. Matriz de las cargas factoriales correspondientes a los factores

Así el análisis realizado reveló una estructura constituida por seis (6) factores o dimensiones principales que explican el 56,941% de la varianza (Tabla No. 7).

FACTOR/ DIMENSION	VARIANZA	ITEMS	DESCRIPCION
DESIGUALDAD	13,586%	12, 13, 17, 23, 9, 6 y 3.	Describe las relaciones de tipo complementarias, en donde la toma de decisiones es llevada a cabo por quien domina y que a su vez subyuga al otro violentándolo de diversas formas, existiendo una clara desigualdad relacional, es decir, alguien está en una posición arriba y otro abajo up y down. También, alguien tiene voz y hay otro a quien no se le valida su existencia. Así, quien tiene las riendas en la relación maneja las situaciones. Los ítems también miden aspectos de dominancia, molestias sobre los logros y desarrollo del otro, la inequidad/equidad de condiciones en la pareja, etc.
FORMAS DE PODER	12,648%	14, 21, 7, 8 y 15	Estos ítems tienen relación con quien lleva la razón, con el enojo, la dominación, control, la agresión por desacuerdo para controlar o como forma de ser en pareja, así como elementos de rechazo vs. dar(me) la razón frente a la perpetuación o mantenimiento de estos circuitos.
IGUALDAD	9,333%	22, 16, y 20	Son ítems que se asocian a estilos relacionales simétricos caracterizados por estar fundados en dicha igualdad. Se refiere pues al poder y la alternancia del mismo en la relación de pareja, midiendo los ítems aquellas características en la forma de interacción simétrica, por ejemplo, sus puntuaciones, pauta violenta y tipos de agresiones.
FORMAS DE CONTROL	8,683%	18, 4, 19 y 5.	Se refiere al tipo o formas de control que se da en las parejas con maltrato, de igual forma, evalúa los estados emocionales, comportamientos y cogniciones asociadas al control, por ejemplo, el estar a la defensiva y en guardia o el responder ante dicha situación al verse ahogado/saturado, etc.
RESPONSABILIDAD / CULPA	7,096%	10 y 1	Este factor hace alusión a las emociones de ira, culpa, sentimiento de responsabilidad, enojo, entre otras emociones asociadas al circuito y fenómeno de la violencia en la pareja.
SENTIRES Y COMPORTAMIENTOS	5,596%	2, 11 y 24	Aquí se recalca el sometimiento que siente la víctima, habla del respeto vs. irrespeto y las posiciones o características de los sujetos inmersos en esta pauta relacional.

Tabla 7. Factores / dimensiones del C.T.R.P. (si-co)

Los ítems 1, 2, 4, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 21 y 23 miden el estilo relacional de la complementariedad en la pareja; mientras que los restantes ítems, 3, 5, 6, 8, 11, 15, 16, 18, 19, 20, 22 y 24 miden el estilo predominantemente simétrico. Los valores del Alfa de Cronbach (α) por ítem evidencian la consistencia interna de cada uno de los ítems.

Los resultados obtenidos en el proceso de validación del Cuestionario C.T.R.P (si-co) son satisfactorios. El instrumento es fiable para medir las características asociadas a los estilos relacionales de simetría y complementariedad en parejas con maltrato o violencia, que denuncian o solicitan ayuda a la justicia. Ello lo indican los coeficientes de confiabilidad obtenidos en la muestra para la prueba total.

La estructura factorial obtenida señaló seis (6) factores/dimensiones principales, los cuales son concordantes con aquellas dimensiones que componen el cuestionario C.T.R.P (si-co). Cada uno de los 24 ítems se mantuvo en la dimensión que suponía el cuestionario original midiendo el fenómeno de la simetría y complementariedad o su dinamismo en el circuito violento que viven las parejas, por lo que se concluye que cada ítem evalúa lo que se pretende. Lo anterior, estaría dando cuenta de que las parejas insertas en un sistema con un circuito violento “vivo”, efectivamente presentarían contenidos de las variables bajo estudio y que mide el instrumento a través de la Desigualdad/Igualdad, Control, Poder, Sentires y Comportamientos (adsritos al fenómeno del maltrato), como responsabilidad y culpa.

Los resultados de la aplicación del cuestionario señalan las diferencias entre las conductas o comportamientos agrupados en secuencias y tienen en cuenta las redundancias que aparecen en dichas secuencias, equiparables a simetría y complementariedad. Ello implica que el cuestionario estaría midiendo la tipología relacional general en esas dos dimensiones y que según los planteamientos teóricos, las misma se asocian a violencia doméstica o conyugal y de pareja.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El instrumento C.T.R.P. (si-co) Cuestionario tipológico de la relación de pareja con maltrato, fue creado para determinar las tipologías relacionales de simetría y complementariedad en parejas donde un miembro denuncia o pide ayuda a nivel judicial en la ciudad de Bogotá, Colombia, por maltrato conyugal. Para su diseño y elaboración se utilizó como base teórica el enfoque sistémico-comunicacional sobre violencia en la pareja y la familia, la revisión de literatura de cuestionarios en el tema, el proceso de análisis y validación por juicio de expertos realizado en la Fase I de la investigación, fortalecida con los aportes de la experiencia clínica de las autoras en terapia y atención psicosocial de parejas con maltrato.

Confiabilidad: Por medio del pilotaje / pre-test cognitivo, Fase II del estudio, se muestra una confiabilidad alta con un Alfa de Cronbach (α) (0, 838), obtenido para la escala total y para cada una de las sub escalas (ítems) en el estudio piloto. Ello implica que el instrumento mide las variables bajo estudio y que éstas, están debidamente representadas en los reactivos, donde se endosan las experiencias de los sujetos y se visibilizan las tipologías y dinamismo de estilos relacionales de simetría / complementariedad en la dinámica relacional de la pareja con maltrato.

Se ratifica entonces que el instrumento es adecuado para medir los constructos que desea medir, se basa en una apropiada construcción teórica y no se incurrió en errores de diseño que falseen los resultados.

Aplicabilidad: El C.T.R.P. (si-co), determina los estilos comunicacionales predominantes de simetría o complementariedad y el dinamismo existente de dichos estilos en las pautas de maltrato de la pareja. El cuestionario arroja información sobre las experiencias de violencia conyugal según sea la pauta de la relación. Por otra parte, correlaciona los estilos comunicacionales prevalentes, así como la preponderancia y conexión entre los factores/dimensiones bajo estudio: desigualdad, formas de poder, igualdad, formas de control, responsabilidad/culpa y sentires/comportamientos.

El instrumento C.T.R.P. (si-co) es un cuestionario que consta de 24 ítems con respuestas en Escala Likert (de total desacuerdo a total acuerdo). Se aplica a ambos miembros de la pareja de manera

simultánea, requiriendo poco tiempo (15 minutos) para ello. Es poco intrusivo y posee un lenguaje comprensivo, pudiendo ser respondido por personas con capacidad lectora básica. Su aplicación es sencilla y rápida por profesionales en instituciones de atención psicosocial, así como por profesionales de la salud en atención primaria (Ver anexo cuestionario).

Usos: El uso del instrumento abarca el ámbito de la intervención terapéutica y el ámbito del bienestar social. En terapia los resultados de la aplicación facilitan la elaboración de hipótesis relacionales, sobre el funcionamiento en pareja de las personas que denuncian al ser víctimas o al estar inmersas en un circuito violento. Así mismo, es un indicador de las áreas a las que se debe prestar especial interés, ya sea para identificar aspectos disfuncionales en las interacciones de la pareja o para detectar áreas de buen funcionamiento de las mismas. Dicha información es útil para intervenir direccionadamente y plantear un tratamiento personalizado.

En el ámbito del bienestar social con datos numerosos por aplicación masiva, es útil para el diagnóstico social en el tema de violencia en la pareja y el diseño de programas de bienestar o atención psicosocial dirigidos a la prevención y manejo psicoeducativo del maltrato conyugal; especialmente con parejas en escenarios donde la mujer aquejada por la problemática, desea o decide mantener la convivencia con el compañero sentimental involucrado en la situación de maltrato. Resulta fundamental comprender, retomando la teoría de Linares (Op.Cit.), que una pareja funcional –armónica– no es aquella carente de problemas, sino la que logra salir positivamente de ellos. En ese sentido el maltrato sería un estado de disfuncionalidad promovido por la rigidez en la pauta relacional de la pareja, sea simétrica o complementaria, que con adecuada intervención psicoeducativa o terapéutica es susceptible de superar.

De otra parte, la utilización del cuestionario con parejas en distintas instancias de justicia, sirve como complemento a lo que actualmente se realiza. Al pesquisar la presencia de violencia en las parejas, el uso del instrumento facilita una evaluación más completa. para abordar de mejor manera la problemática o hacer derivaciones a otras instancias considerando las características relacionales y necesidades específicas en cada caso.

Reflexiones finales: Respecto de la medición del maltrato en la pareja a través de pruebas psicométricas, se encuentra en la literatura y en la investigación que existen diversos instrumentos para tal fin. Un estudio sistemático realizado por López, Rodríguez y Rodríguez (2015), encontró 54 instrumentos con un estándar en los procedimientos para validación. El uso de análisis factorial principalmente exploratorio con extracción de componentes principales y rotación Varimax y estimación de la fiabilidad a través del Alfa de Cronbach. Dicho procedimiento fue usado en el presente estudio, lo que da cuenta de una fórmula acertada para validar el C.T.R.P. (si-co). Los autores antes mencionados, encuentran que dichos instrumentos *no recaban información equivalente sobre varones y mujeres*, lo que podría suponer un sesgo en los datos.

El C.T.R.P. (si-co) Cuestionario tipológico de la relación de pareja con maltrato, se constituye entonces en un instrumento valioso; toda vez que considera *a la pareja* como sujeto de datos, y la información que analiza proviene tanto de hombres como de mujeres, ya que su aplicación es a ambos miembros de la pareja de manera independiente pero simultánea.

El C.T.R.P. (si-co) es una prueba de tamizaje que aborda el fenómeno del maltrato en la pareja de forma circular y ecosistémica, a diferencia de otros instrumentos que miden la problemática o síntomas específicos a nivel individual siguiendo un modelo lineal. La visión circular-relacional del maltrato en la pareja genera opciones de cambio, visibiliza y desnaturaliza la violencia, facilitando el ejecutar acciones correctivas en la estructura de la relación. Contribuye entonces este instrumento al mejoramiento del estado de la investigación en evaluación psicológica, aportando para que las pruebas de evaluación familiar, dejen de ser, como lo afirman Fuentes y Merino (2016) *solo un elemento de diagnóstico psicosocial*.

El instrumento tiene el potencial aún por determinar, de ser sensible a los cambios del funcionamiento de la pareja. El uso del cuestionario ofrecería a terapeutas y profesionales psicosociales que trabajan con maltrato en la pareja, la posibilidad de verificar si a partir de sus intervenciones se

modifica la pauta relacional; y en caso de que hubiere cambios, en qué dimensiones se han producido los mismos según los factores aportados por el instrumento

Por último, este estudio presenta algunas limitaciones que en futuras fases habría que subsanar, como lo es ampliar la muestra y referirla a más localidades de la ciudad de Bogotá, Colombia. Así mismo y dado que este estudio alude al maltrato de pareja denunciado, sería de interés aplicar el instrumento en población general y en diversos contextos geográficos para tener otras referencias.

No obstante, la consistencia interna y la validez obtenida del instrumento y de los ítems, refleja la necesidad de realizar otros estudios, para explorar algunos aspectos psicométricos adicionales ej., fiabilidad test-re test, y validez predictiva; así como las diferencias de género en cada uno de los ítems y en el cuestionario total o el grado en que las respuestas se puedan ver afectadas por la deseabilidad social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arbach, K., & Álvarez, E. (2009). *Evaluación de la violencia psicológica en la pareja en el ámbito forense*. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada del Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126, 651-680.
- Arruabarrena, P. (1994). *Maltrato a los niños en la familia, evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bateson, G. (1958). *Naven*. (2da edición). Chicago: Stanford University Press.
- Cibanal, J., L. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Alicante, España: Club Universitario.
- Dávila, A. (1995). *Los laberintos de la violencia conyugal, lo que piensa la población boliviana sobre la violencia doméstica*. La Paz, Bolivia: Ministerio de Desarrollo Humano, Subsecretaría de Asuntos de Género.
- Dierna, R. (2001). *Evaluación de los Centros de Emergencia Mujer CEM*. Lima, Perú: Promudeh.
- Fuentes, A. y Merino, J. (2016). Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Ajayu*, 14(2), pp.247-283. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- García, A., A. y Casado, E. (2006). Violencia de género: dinámicas identitarias y de reconocimiento. En: F. J. García Selgas y C. Romero Bachiller (Eds.) *El doble filo de la navaja: Violencia y representación*, (pp 86-106). Madrid, España: Trotta.
- Giraldo, R. (2013). *Violencia doméstica y exclusión social de mujeres maltratadas en Colombia*. (Tesis Doctoral). Universidad de Oviedo: Oviedo.
- Hirigoyen, M., F. (2006). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Barcelona: Paidós Contextos.
- Johnson, M., P. (2008). *A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence*. Boston: Northeastern University Press.
- Klevens, J. (2001). Violencia física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores asociados. *Pan American Public Health*, 9(2), 78-83.
- Linares, J., L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- López, J., Rodríguez, L. y Rodríguez, F. (2015). Evaluación de la Violencia de Pareja. Una Revisión de Instrumentos de Evaluación Conductual. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 40(2), 37-50.
- Manrique Solana, R. (1988). Psicoterapia sistémica de la pareja. Una visión constructivista. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 8(26), 391-415.

- Martínez, J., P. y Jiménez, L., L. (2015). *Violencia doméstica desde una perspectiva relacional simétrica y complementaria*. (Tesina de Investigación: Máster en Terapia Familiar Sistémica). Universidad Autónoma de Barcelona, Programa Semipresencial Colombia.
- Medina, Y. y Barreto, N. (2014). *Protocolo de valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o expareja*. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Observatorio de Salud de la Mujer. (2014). *Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual*. Unidad de Apoyo a la Investigación y la Escuela Andaluza de Salud Pública. España: Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ochoa S., M. (2002). *Factores asociados a la presencia de violencia hacia la mujer*. Lima: Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
- Perrone, R. & Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Sarquis, C. (1995). *Introducción al estudio de la pareja humana*. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.
- Sluzki, C. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa.
- Stith, S. & Rosen, K. (1992). Estudio de la violencia doméstica. *Psicosociología de la violencia en el hogar: Estudio, consecuencias y tratamientos*. En S. Stith, M. Williams y K. Rosen, (pp.27-47). Bilbao: Desclée de Bouwer.
- Walker, L. (2009). *The battered woman syndrome*. New York: Springer Publishing Company, 3rd edition.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54(1), 21-29.
- Waltermaurer, E., McNutt, L., A. y Mattingly, M. J. (2006). Examining the effect of residential change on intimate partner violence risk. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 923-927.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. y Jackson, D. D. (1985). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

ANEXO. 1

PREGUNTAS ÍTEMS.

C.T.R.P. (si-co)

Cuestionario tipológico de la relación de pareja con maltrato

1. Soy responsable de que mi pareja se enoje conmigo
2. En esta relación de pareja me siento sometida/o
3. En mi relación de pareja los dos tenemos igualdad de condiciones
4. Mi pareja tiene el control de la relación
5. Cuando peleo con mi pareja no bajo la guardia
6. Parece que mis logros o éxitos molestan a mi pareja
7. Mi pareja cree que en todo tiene la razón
8. Las peleas comenzaron con gritos entre los dos y terminaron en golpes mutuos
9. La mayor parte del tiempo me siento dominada/o por mi pareja
10. Es mi culpa que mi pareja se enoje
11. No permito que mi pareja me alce la voz

12. Mi pareja es quien toma las decisiones importantes
13. Si pusieran nuestra relación en una balanza yo estaría abajo y mi pareja arriba
14. Mi pareja se enoja cuando no hago lo que me dice
15. Odio que mi pareja crea que siempre tiene la razón
16. Cuando estamos en conflicto y peleamos vamos por parejo, de igual a igual
17. Mi pareja lleva las riendas de nuestra relación
18. Cuando mi pareja me agrede (verbal o físicamente), yo no me dejo y me le igualo
19. Me incomoda que mi pareja intente tomar el control de la relación
20. Cuando mi pareja me grita yo también grito
21. Mi pareja es dominante y posesiva conmigo
22. En las discusiones ambos nos tratamos de igual a igual
23. Si pusieran nuestra relación en una balanza yo estaría arriba y mi pareja abajo.
24. Estar alerta y a la defensiva es una característica en mi relación de pareja

Chaotic families and their implication with sexual abuse and the consumption of addictive substances

Aurelio Martínez García^a

^aConsejo Estatal Contra las Adicciones, Jalisco, México (CECAJ).

Historia editorial

Recibido: 31-10-2018

Primera revisión: 28-11-2018

Aceptado: 14-12-2018

Palabras clave

familias caóticas, abuso sexual, adicciones

Resumen

Esta investigación tiene el objetivo de indagar la relación existente entre el tipo de familia caótica (aquella que presenta conductas como abandono, separación, divorcio y violencia) y/o el abuso sexual con la edad de inicio de consumo de sustancias adictivas en usuarios que acuden a los establecimientos de tratamiento residencial en Jalisco, México. La metodología fue cuantitativa y el diseño del estudio es de tipo observacional, transversal y correlacional. Se aplicaron 395 encuestas a usuarios, 62 mujeres y 333 hombres, en 18 establecimientos que tienen reconocimiento otorgado a través del Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco. Las hipótesis planteadas son: 1) A mayor grado de caos familiar menor es la edad de inicio de consumo de sustancias adictivas. 2) A mayor frecuencia de abuso sexual (número de experiencias sexuales abusivas) menor es la edad de inicio de consumo de sustancias adictivas. Conforme a nuestros resultados ambas hipótesis se pueden sostener. Por lo que se puede concluir que una particularidad significativa de las personas que participaron en la investigación, es que experimentaron en algún momento de su vida relaciones familiares caotizantes y/o abuso sexual, lo cual interviene en el inicio del consumo de sustancias y también influye para iniciar el tratamiento.

Abstract

This research has the objective of investigating the relationship between the type of chaotic family (those that present behaviors such as abandonment, separation, divorce and violence) and /or sexual abuse with the age at which addictive substances start to be used by users who come to residential treatment facilities in Jalisco, Mexico. The methodology used was quantitative, and the study design is observational, transversal and correlational. In this research, 395 surveys were applied to users, 62 women and 333 men, in 18 establishments recognized by Consejo Estatal Contra las Adicciones (the State Council against Addictions) in Jalisco. The hypotheses proposed are: 1) the greater the grade of family chaos, the lower the age of beginning the consumption of addictive substances. 2) The higher the frequency of sexual abuse (number of abusive sexual experiences), the lower the age of beginning the use of addictive substances. According to our results both hypotheses can be sustained. Therefore we can conclude that a significant feature of the people, who participated in the investigation, is that they experienced at some point in their life, chaotic family relationships and / or sexual abuse, which influenced in the beginning of substance use and also impacts to start the treatment.

Keywords

chaotic families, sexual abuse, addictions

Esta investigación tuvo como objetivo indagar, en personas que fueron atendidas en centros de tratamiento residencial para usuarios de sustancias adictivas acreditados por el Consejo Estatal Contra las Adicciones de Jalisco (CECAJ), la relación existente entre el tipo de familia caotizante y/o haber vivenciado abuso sexual con la edad de inicio de consumo de sustancias adictivas (SA).

Es de interés este tema, ya que el abuso de SA constituye uno de los problemas de salud pública de nuestra época que se presenta tanto a nivel nacional como internacional. Este fenómeno, afecta sin distinción de sexo, estrato social o región del país, incidiendo principalmente en niños y adolescentes, quienes utilizan cada vez sustancias más dañinas. Actualmente, el consumo de SA se percibe como un problema emergente de la adolescencia, el 94% de las personas que reportan inicio del consumo lo realizaron antes de los 19 años, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, Jalisco, 2016 (SISVEA 2016).

En lo que respecta al consumo de SA se ha presentado un incremento; así lo demuestra la Encuesta Nacional de Adicciones (2011). En el 2002 la tendencia de consumo de cualquier droga era de 1.3% mientras que ya para el 2011 era de 1.8%. El incremento más notorio se ha visto en el consumo de los hombres, puesto que en el 2002 era de 2.2% y ya para el 2011 de 3.0%. En el caso de las mujeres, en el mismo período el aumento fue de apenas 0.2%. También se ha visto un notorio incremento del consumo de SA en poblaciones menores de edad, de 12 a 17 años, en 2002 era de 0.8% y en 2011 ya representaba un 1.6%. De todo esto se sigue que el consumo de sustancias en México es un problema de graves consecuencias tanto para la salud pública como para las políticas de Estado y la calidad de vida de las personas.

ABUSO SEXUAL Y CONSUMO DE SA

En México, en el año de 1998 se realizó la Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar (Medina-Mora, 1998) con una muestra de 61,779 alumnos y alumnas de secundaria y preparatoria (51.8% hombres y 47.1% mujeres). Dicha encuesta menciona que la prevalencia de adolescentes víctimas de abuso sexual es de 4.3%, no encontrando diferencias significativas entre hombres y mujeres. Las Encuestas Nacionales de Estudiantes realizadas posteriormente no han incluido la variable de abuso sexual.

Otro dato significativo lo encontramos en un estudio realizado en Los Ángeles, California en el año de 1998 (Burnam et al., 1988), donde se demostró la relación entre violencia sexual en adolescentes y consumo de drogas. Observaron tasas más altas de abuso y dependencia al alcohol entre mujeres que fueron víctimas de abuso sexual que entre las que no fueron víctimas (18.38 % vs. 13.80 %); lo mismo sucedió con las cifras de abuso de drogas o dependencia (20.41% vs. 5.49 %). La investigación no ofrece datos en hombres.

En España se realizó un estudio en el año de 2010 por la institución *Proyecto Hombre* (Pérez, Lara y González, 2010), en mujeres y hombres que recibieron tratamiento en comunidad terapéutica por dependencia a sustancias psicoactivas, encontrando una correlación significativa positiva entre al consumo de drogas y haber sufrido abuso sexual por un adulto durante la infancia o adolescencia. El estudio fue realizado con mujeres y hombres que han estado en tratamiento terapéutico por dependencia a sustancias adictivas. Los datos que refieren Pérez, Lara y González (2010) es que el hombre es más propenso a ser víctima de la agresión física, (31%) que en las mujeres (21%). Por su parte, la mujer es más propensa a la agresión sexual, mujeres (12.8%) que los hombres (4.3%).

En el mismo año, Redondo y Santos (2010), en la comunidad de Castillo y León, publicaron un estudio donde mostraron los siguientes datos porcentuales: el 30% de las mujeres en tratamiento, tanto ambulatorio como residencial por problemas de adicción habían sufrido maltrato físico, el 44.9% había experimentado maltrato psicológico y el 18,4% abuso sexual. La investigación no ofrece datos en población masculina.

Fernández (2006) es la única fuente encontrada en México, que presenta en sus resultados la relación entre los factores de consumo de sustancias, violencia y abuso sexual. Esta autora afirma que la violencia en la familia, la violencia en la escuela, la violencia sexual, están directamente relacionados a los excesos de consumo. Los datos referidos son: en noviazgo se presenta violencia física, golpes, en un 10% de los casos y violencia sexual el 5% de los casos, ambos datos en porcentajes los consideran alto o muy alto respectivamente. (Pág. 30-40).

López y del Campo (1999 citado por Pérez y Mestre, 2013) reconocen que los efectos a largo plazo de los abusos sexuales son difíciles de estudiar por la interferencia de otros factores (no presentan datos estadísticos), señalan como una de las consecuencias mejor comprobadas es la drogadicción. Apuntan que los efectos de los abusos sexuales pueden ser muy distintos, dependiendo del tipo de agresión, la edad del agresor y la víctima, el tipo de relación entre ambos, la duración de la agresión, la frecuencia de la agresión, la personalidad del niño agredido, la reacción del entorno, etc. (pág. 146).

Moreno, Prior y Monge (1998, citado por Pérez y Mestre, 2013), describen que las mujeres que sufrieron abusos sexuales en la infancia presentan mayores tasas de abuso y dependencia de sustancias. La población femenina referida presenta mayor porcentaje de: intentos de suicidio; mayores tasas de consumo de fármacos. Los autores aseveran que a mayor gravedad y frecuencia de los abusos mayores serán los índices de abuso y dependencia en el consumo de SA. (pág. 146).

Como podemos observar son escasos los estudios realizados, los datos epidemiológicos que presentan las investigaciones consultadas son parciales a un sexo y no se ha investigado la relación para ambos sexos en general, específicamente en el contexto mexicano. La ausencia de datos sólidos hace interesante la realización del presente estudio.

2. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo parte de una premisa de Juan Luis Linares (2012) quien, basándose en Maturana, sostiene que “somos criaturas primariamente amorosas y secundariamente maltratantes (y maltratadas), y que enfermamos como resultado del maltrato” (pág. 61).

Acorde a la propuesta teórica de Linares, los niños tienen mejores opciones para construir una personalidad madura y equilibrada en una familia que presente buena nutrición relacional¹, lo que *se traduce en una conyugalidad² (o post-conyugalidad³) armoniosa y una parentalidad⁴ primariamente preservada* (Linares, 2012, pág.104).

Para dimensionar la nutrición relacional es fundamental comprender que: “Es un fenómeno complejo que exige se manifieste en todos sus componente, emocionales, cognitivos y pragmáticos, de modo que un bloqueo parcial cancela la efectividad del conjunto” (pág. 61). Algunos componentes emocionales fundamentales de la relación nutricional son el cariño y la ternura, sin embargo, son los más vulnerables en el corto plazo. El bloqueo de estos sentimientos puede dar lugar a la indiferencia. En el plano parento-filial, no es raro que la *ternura y el cariño* puedan cambiarse en irritación e hipercriticismo⁵, los cuales aparecen en los contextos triangulados, en los cuales el hijo

1 La nutrición relacional es un proceso comunicacional entre los padres y cada uno de los hijos para sentirse reconocidos, valorados, queridos y deseados (pág. 61).

2 Conyugalidad. Una de las dos dimensiones relacionales básicas en la familia de origen. Es la manera en que se relacionan entre sí los padres o las figuras que ejercen las funciones parentales, (pág. 69)

3 Post-conyugalidad. Cuando la separación o el divorcio disuelven la pareja parental, la conyugalidad no desaparece, puesto que los padres tienen que seguir relacionándose entre sí para cuidar de los hijos, sino que se convierte en post-conyugalidad, (Pág. 69).

4 Parentalidad. Consiste en la manera en que los padres, o figuras delegadas, ejercen las funciones parentales que vehiculizan el amor o nutrición relacional (pág.69).

5 Hipercriticismo. Aparece de forma específica ligado a la descalificación, resultado del bloqueo de la valoración, en la atmósfera relacional (pág.63).

La valoración también es importante para la nutrición relacional, consiste en apreciar las cualidades del otro, es un elemento cognitivo, cuando se ve comprometido genera un bloqueo generado por descalificación del padre o madre hacia el hijo.

En el mismo sentido, la dimensión pragmática, está representada por la socialización, integrada por dos elementos, la *protección y la normatividad*, los hijos se sienten resguardados de eventuales agresiones procedentes del entorno social, mediante la normatividad los padres promueven que los hijos respeten a la sociedad, importante mencionar que tanto el exceso como el déficit de éstos factores se encuentra asociado a situaciones psicopatológicas. (pág. 62, 64).

Por el contrario, “Maltrato psicológico familiar: es la pauta relacional en la que miembros de una familia atentan contra la madurez psicológica y la salud mental de otro”, (pág. 65). Adicionalmente, “es un elemento intermediario entre el bloqueo de los procesos de nutrición relacional y la psicopatología” (pág.61).

De igual manera, es importante puntualizar dos conceptos básicos en la comprensión del desarrollo de la psicopatología. La conyugalidad disarmónica definida como “la dificultad de la pareja para resolver sus conflictos, los cuales terminan afectando a la relación con los hijos” (pág.72); y la parentalidad primariamente deteriorada, “somete a los hijos a condiciones de nutrición relacional altamente carenciales de partida sin necesidad de que haya un conflicto conyugal subyacente” (pág. 72).

Como podemos percibir, la importancia de focalizar la atmósfera relacional en la familia de origen, transita por estas dos dimensiones principales, la *conyugalidad* y la *parentalidad*; *de su desarrollo dependerá* si los miembros de la familia manifiestan salud o trastornos psicopatológicos (pág.73).

Linares, menciona que existen tres tipos de organizaciones, correspondientes a las modalidades de maltrato psicológico en la familia de origen: Caotización, Triangulación y Deprivación.

Triangulación es el resultado de una conyugalidad disarmónica y una parentalidad primariamente preservada, se caracteriza por la inclusión de un hijo como aliado, con la intención de ayudar a resolver conflictos.

Deprivación es el resultado de una conyugalidad armoniosa y una parentalidad primariamente deteriorada, se caracteriza por la exclusión de algún hijo de la atmósfera relacionalmente nutricia de la familia.

Caotización es el resultado de la combinación de una conyugalidad disarmónica y una parentalidad primariamente deteriorada. En el contexto relacional el resultado es especialmente caótico e imprevisible, característico de la familia multiproblemática. (Linares, 2012, pág.72).

Linares menciona que el maltrato emocional se manifiesta en una infinidad de combinaciones (pág. 73), algunas de las cuales presentamos en éste trabajo: el consumo de SA, violencia, abuso sexual, las cuales obviamente comprometen la relación afectiva parento-filial.

En la actualidad el consumo de SA, el abuso sexual y la violencia familiar se consideran como problemas aislados; sin embargo, en este trabajo partimos del supuesto de que son fenómenos individuales, familiares y sociales, correlacionados al maltrato emocional.

Buscamos aportar guías interpretativas para replantear el trabajo institucional realizado con personas y familias que presentan estas problemáticas.

3. HIPÓTESIS QUE ORIENTARON ESTE TRABAJO

1. A mayor grado de caos familiar menor es la edad de inicio de consumo de sustancias adictivas.
2. A mayor grado de abuso sexual, menor es la edad de inicio de consumo de sustancias adictivas.

El presente estudio es de tipo observacional, cuantitativo, correlacional, de corte transversal, la técnica de muestreo es no probabilística y por conglomerados; se eligieron centros de tratamiento con base a criterios aleatorios y se encuestaron a usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron colaborar en la investigación.

POBLACIÓN Y MUESTRA

El tamaño de la muestra se calculó con un error del 5%, un nivel de confianza del 95%, una distribución de respuesta del 50% considerando a la población de establecimientos para la atención de las adicciones que se ubican en la zona metropolitana de Guadalajara, (El Salto, Guadalajara, Tlajomulco, Tlaquepaque, Tonalá, Zapopan).

En el año 2016 SISVEA, Jalisco, registró 5,131 usuarios de SA. Se aplicó 395 encuestas, previa sensibilización, a personas en tratamiento residencial. En el año 2017, existen 40 centros de tratamiento en adicciones acreditados para realizar el trabajo con modalidad residencial con personas que tienen problemas de consumo de SA; esta relación de centros recomendables es coordinada por el departamento de Red Estatal de Establecimientos Especializados en Adicciones del CECAJ, con base en dicho directorio se determinó la muestra y se implementó la encuesta, asignando a mujeres y hombres una proporción de 15% y 85% respectivamente, porcentaje correspondiente al reportado en el SISVEA 2016, considerando que existe un mayor número de centros de tratamiento que atienden a varones.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personas en proceso de tratamiento residencial, que cumplan con el criterio clínico establecido en el DSM-V referente a Trastorno relacionado al consumo de sustancias adictivas⁶, que sepan leer y escribir, participen de forma voluntaria y firmaran el consentimiento informado de la investigación.

Para determinar si cumplían con el criterio clínico establecido en el DSM-V nos basamos en

6 Los criterios del DSM-V ligados con el Trastorno relacionado al consumo de sustancias adictivas son:

1. Se consume sustancias con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia adictiva, SA.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la SA, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la SA.
5. Consumo recurrente de SA que llevan al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de la SA pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del consumo.
7. El consumo de la SA provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de SA en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de SA a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la SA para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la SA.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico por la SA.
 - b. Se consume la SA para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
 - Leve: Presencia de 2–3 síntomas.
 - Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.
 - Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

que una persona cumpliendo con 2 criterios se puede diagnosticar de Trastorno relacionado al consumo de sustancias leve.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Usuarios que no cumplieran con el criterio clínico que marca el DSM-V para Trastorno por consumo de sustancias adictivas. Personas en proceso de desintoxicación física a SA, con trastornos de la alimentación, con diagnóstico de esquizofrenia y personas que no sepan leer y escribir.

Criterios de eliminación: Personas que no desearon colaborar, que de último momento decidieron no participar en la aplicación o cuestionarios que fueron contestados de forma incompleta.

PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo el estudio, se aplicó un cuestionario de elaboración propia, de tipo auto-administrado a personas con dependencia a SA. Se exploraron características e indicadores de familias caotizantes, abuso sexual y/o violencia.

5. RESULTADOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Se aplicaron 62 cuestionarios (15.7%) a mujeres en cuatro municipios (El Salto, Guadalajara, Tonalá, Zapopan) a excepción de Tlajomulco y Tlaquepaque, donde no existen centros de tratamiento en adicciones acreditados que atiendan mujeres. Con respecto a la población masculina se aplicaron 333 cuestionarios (84.3%) en los seis municipios (El Salto, Guadalajara, Tlajomulco, Tlaquepaque, Tonalá, Zapopan), destacando Guadalajara, 158 (40%); Zapopan, 89 (22.5%) y Tlaquepaque, 63 (15.9%) (Véase gráfica 1).

El promedio de edad de la población encuestada es de 30 años. 18 años es la edad menor y 75 es la edad mayor, siendo el promedio, en mujeres 29 años y 30.5 años para los hombres. El estado civil con mayor porcentaje son los solteros (48.9%) seguido de casados y unión libre, (18% y 16% respectivamente). Desagregando los resultados por sexo, 51.6% mujeres y 48.3% hombres están solteros. En segundo lugar, encontramos a los casados, 17.7% femeninas y 18% masculinos, finalmente a los de unión libre 12.9% y 17.4% mujeres y hombres respectivamente.

Se les preguntó si tienen hijos, 75% de la población encuestada son padres; el porcentaje de mujeres que respondieron afirmativamente son: casadas 21.3%; solteras 40.4% y en unión libre 14.9%; de los hombres que contestaron en forma positiva 29.8% están casados; 19.7% solteros y 25% en unión libre. Destacando el dato de mujeres solteras que tienen hijos 40.4% respondieron positivamente. El promedio de hijos es de 2.3, ligeramente mayor para las mujeres con 2.4% y hombres 2.3%. La población femenina presenta 2 hijos en promedio, particularmente las casadas, divorciadas; en unión libre asciende a un aproximado de 3 hijos. En hombres, el número mayor de hijos se encuentra en casados con 2.6% y separados 2.7%.

En lo concerniente a escolaridad, el nivel de secundaria es el más frecuente; 51.6% mujeres y 43.5% hombres. Bachillerato, 29% mujeres y 23.7% hombres. Primaria 17.7% y 20.7% para mujeres y hombres respectivamente. La condición escolar de la población encuestada, refiere que en porcentaje la mujer concluye en menor proporción su nivel escolar. En total arroja que 54.2% concluye su nivel escolar, y 40.8% lo deja inconcluso. Por sexo 46.8% de mujeres concluye y 55.6% de hombres. En lo que respecta a condición escolaridad inconclusa el 48.4% y 39.3% de hombres y mujeres respectivamente podrían regularizar su nivel escolar (en la aplicación del cuestionario manifiestan su disposición a retomar su actividad escolar).

En lo referente a antecedentes vitales se preguntó respecto a separación temporal o definitiva de alguno de los familiares cercanos o personas significativas, consiguiendo los siguientes datos: En total obtuvimos que 46.3% presenta separación con la figura del padre, 43.8% con la madre; Lo

que respecta a la población femenina el 58.1% presenta separación con la figura paterna, 54.8% con la figura materna. Respecto a la población masculina se presenta separación el 44.1% con la figura del padre, 41.7% con la madre. De la población encuestada que respondió en forma afirmativa la separación de los padres por grupo etario, corresponde el 46.5%, la edad de los 0 a 7 años, es la que presenta el porcentaje mayor con 24.6%; de los 8 a los 12 años el 13% y de los 13 a 18 años el 8.4%.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Los encuestados reportaron una edad promedio de inicio en consumo de sustancias corresponde a 16.6 años en mujeres y 15.5 años en hombres. Las sustancias de inicio: tabaco 34%; alcohol 31.8%; marihuana 17%; y “cristal” (metanfetamina) 10.4%. Los resultados por sexo presentaron la misma secuencia en hombres y mujeres respectivamente en cada sustancia. Tabaco 40.5% y 32.9%; alcohol 32.9% y 31.6%; marihuana 10.1% y 18.2%; “cristal” 6.3% y 11.1%.

La droga de impacto es la sustancia que generó la solicitud de atención en los centros de tratamiento. En datos totales hay dos sustancias que predominan, “cristal” (metanfetamina) con 59.7% y alcohol 21.5%. La población femenina muestra “cristal” 56.5%; alcohol 27.4% e inhalables 4.8%. La población masculina presenta 60.4% en “cristal” 27.4% en alcohol y 11.1% en Marihuana.

CONDUCTA SEXUAL

En la sección de conducta sexual, el 69.6% respondió de forma afirmativa al menos a una de las 16 preguntas de las que consta el cuestionario. Particularmente, las mujeres contestaron en un 75.8% de forma afirmativa y los hombres en un 68.5%.

Información complementaria de consecuencias relacionadas con actos sexuales, siendo menores de edad.

- Infecciones de transmisión sexual.- Porcentaje de personas que contestaron positivamente a éste ítem.- Mujeres 11.3% y hombres 9.9%.
- Lesiones en zona genital o anal, ocasionada por relación sexual.- Mujeres 27.4% y hombres 10.8.9%.
- Embarazos. Mujeres 51.6% y hombres (pareja) 9.4%.
- Abortos. - Mujeres 29% y hombres (pareja) 6%.
- Ideas suicidas o de automutilación, ejemplo lastimarme o lesionarme.- Mujeres 48.4% y hombres 25.6%.

VIOLENCIA

La información referente a violencia, estuvo dividida en tres bloques, el primero referente a haber sido objeto de algún tipo de violencia, el segundo a haber presenciado violencia cometida hacia otros y el tercero a los efectos y marcas físicas y/o simbólicas que dejó la violencia vivida. A continuación presentamos los resultados:

El primer bloque de información está relacionada con ítems dónde el encuestado responde a preguntas donde padeció en forma directa actos de violencia física. La obtención de resultado total, denota que el 84.3% de las personas contestaron en forma afirmativa alguna de las preguntas donde se les implica en forma directa con actos de violencia física. La población femenina reporta un 88.7% y la población masculina 83.5%; aproximadamente 5 puntos porcentuales de diferencia entre el género femenino y masculino.

Se indagó el haber sido golpeado en diferentes partes del cuerpo durante su infancia, los usuarios que aceptaron ésta vivencia son por grupo etario: de los 0 a los 7 años el 42.8% admitió haber sido golpeado, de los 8 a los 12 años el 41.5% y de los 13 a los 18 años el 21%.

Se averiguó el haber sido golpeado con la mano durante la infancia; las personas que aceptaron haber padecido esta violencia son: de los 0 a los 7 años el 46.8%, de los 8 a los 12 años el 45.6% y de los 13 a los 18 años el 22.8%. Se indagó el haber sido golpeado durante la infancia con algún objeto; los usuarios que aceptaron haber vivenciado esta situación son: de los 0 a los 7 años el 35%

respondió en forma afirmativa; de los 8 a los 12 años el 44.1% y de los 13 a los 18 años el 20.8%. También se preguntó el haber sido golpeado en la infancia con la intención de lastimarlo; las persona que admitieron esta situación son: de los 0 a los 7 años el 22.3% respondió en forma afirmativa; de los 8 a los 12 años el 21.5% y de los 13 a los 18 años el 18.5%.

Se observa en los datos previos una disminución significativa de aproximadamente 50% en el grupo etario de 13 a 18 años, una posible explicación es que los jóvenes a esa edad, se defienden del padre agresor, revelándose a una relación de sometimiento y maltratado, aportando tensión en la atmosfera relacional familiar, evidenciando una parentalidad primariamente deteriorada, el padre agresor por realizarlo y el padre pasivo por permitirlo o no evitarlo, dejando una sensación de alejamiento y desprotección, lo cual también favorece la caotización.

El segundo bloque de información se refiere a violencia vicaria, vinculada con ítems dónde el encuestado responde, si estaba presente en actos de violencia física hacia terceros. Encontramos que en total el 59.2% de las personas contestaron en forma afirmativa alguna de las preguntas dónde se les implica en forma indirecta con actos de violencia física. La población femenina reporta 64.5% y la población masculina 58.3%; aproximadamente 5 puntos porcentuales de diferencia entre el género femenino y masculino.

En el tercer apartado se indagó si el entrevistado presentaba consecuencias físicas relacionadas a violencia, involucrando algún familiar. En cuanto a heridas y traumatismos (quemaduras, moretones, descalabros, cortadas, fracturas).- El porcentaje de personas que contestaron positivamente a éste ítem.- proporción total 35.7%. Mujeres 33.9% y hombres 36%. En lo referente a accidentes domésticos (caídas, quemaduras, intoxicación con sustancias).- relación total 33.9%. Mujeres 37.1% y hombres 33.3%. Con relación a cicatrices que impiden la movilidad de brazos y piernas.- proporción total 9.9%. Mujeres 8.1% y hombres 10.2%. En lo que respecta a secuelas de quemaduras que afectan el aspecto físico (desfiguraciones).- relación total 9.6%. Mujeres 12.9% y hombres 9%.

Además, se indagó si en la infancia hubo humillaciones, sometimientos o eventos dónde se sintió humillado, a lo cual se encontró 50.9% de la población total respondió afirmativamente. 48.4% en mujeres y 51.4 en hombres. Otro elemento que se cuestionó fue si se consideraba que la violencia que se tuvo de niño afectó negativamente las relaciones afectivas. Respondieron afirmativamente de la población general 45.4%, mujeres el 55.7% y hombres 43.5%. También se les preguntó si en la actualidad, los conflictos los trataba de resolver con violencia, ejemplo, gritando, amenazando, sometiendo o golpeando. 48.7% de la población general respondió afirmativamente, mujeres 51.6% y hombres el 48.2%.

ANÁLISIS, CORRELACIONAL DE VARIABLES: SEPARACIÓN, DIVORCIO, ABUSO SEXUAL RESPECTO AL INICIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

Entre el grupo de los que vivieron la separación de sus padres y los que no la vivieron se encuentran diferencias significativas, en cuanto a la edad de inicio del consumo ($T=4.450$, sig.=.000 con un $F= 12.820$, sig. .000). La media de inicio de consumo del grupo que sí vivió la separación de sus padres es de 14.429 y del grupo que no vivió la separación es de 16.815, es decir, el grupo que sí vivió la separación inició el consumo 2 años antes.

El grupo de las personas que sí vivieron la separación de sus padres guardan diferencias con respecto del grupo de los que no vivieron la separación de sus padres ($T=3.982$, sig. = .000, con un $F= 5.950$, sig. = .015). El grupo que sí vivió la separación de sus padres inicia el tratamiento en promedio a los 23.065 años y el grupo que no vivió la separación de sus padres lo inicia en promedio a los 26.938 años, es decir, el grupo que si vivió la separación inició el tratamiento 3 años antes aproximadamente.

Con base en la prueba T-student se puede sostener que hay relación entre el tener hijos y la edad de inicio del tratamiento ($T= 6.392$, sig.=.000). Cabe señalar que se asumieron varianzas distintas porque en la prueba de Levene se encontró un F de 18.943 y una significación de .000. El grupo que inicia a más temprana edad el tratamiento es el grupo de los que sí tienen hijos, ya que

tienen una media de 27.519 mientras que el grupo sin hijos tiene una media de 21.631.

También se encuentran diferencias significativas entre el grupo de los que vivieron la separación de sus padres y los que no la vivieron en cuanto a la edad de inicio del consumo ($T=4.450$, $\text{sig}=.000$ con un $F= 12.820$, $\text{sig}=.000$). La media de inicio del grupo que sí vivió la separación de sus padres es de 14.429 y la media de inicio de consumo del grupo que no vivió la separación es de 16.815, es decir, dos años después.

Se puede sostener que hay diferencias significativas entre las personas cuyos padres se divorciaron y la edad de inicio de consumo ($T=2.787$, $\text{sig}=.006$), para ello se asumieron varianzas distintas porque en la prueba de Leven se encontró un $F= 5.967$ con una significación de .015. Mientras los que sí experimentaron el divorcio de sus padres iniciaron el consumo en promedio a los 14.469 los que no vivenciaron el divorcio tienen una media de inicio de consumo de 16.02 años. De igual modo hay diferencias entre la edad de inicio del tratamiento y haber vivido o no el divorcio de los padres ($T= 3.704$, $\text{sig}=.000$ asumiendo mediante la prueba de Levene varianzas iguales $F= 11.765$, $\text{sig}=.001$).

Es preocupante que 70 de los 395 entrevistados hayan sido obligados por una persona mayor de 18 años a desnudarse frente a ellos, más porque esto está relacionado fuerte y significativamente con la presencia de infecciones de transmisión sexual antes de los 18 años ($X^2= 9.113$, $\text{sig}=.003$), con lesiones en la zona genital provocadas por acto sexual anal o genital ($X^2=13.561$, $\text{sig}=.001$) con embarazos ($X^2= 10.578$, $\text{sig}=.005$), con abortos ($X^2= 8.426$, $\text{sig}=.015$), con ideas suicidas ($X^2=18.949$, $\text{sig}=.001$) y con golpes ($X^2= 11.925$, $\text{sig}=.003$).

Existe relación entre el sexo y haber tenido/presentado lesiones en la zona genital antes de los 18 años, ocasionadas por acto sexual genital o anal ($X^2= 12.542$, $\text{sig}=.002$), se muestra que son las mujeres quienes presentan números alarmantes en lo que a lesiones genitales se refiere, sobre todo considerando que el porcentaje que dijo que sí representa el 27% frente al porcentaje que dijo que sí de los hombres quienes apenas significan un 10%. Cabe mencionar que de los 395 participantes 53 sí experimento una lesión en zona genital, cifra que es sí misma ya es significativa y alarmante.

Mediante la prueba de X^2 también se identificó que hay una relación entre el sexo y haber vivenciado un embarazo antes de los 18 años ($X^2 = 69.901$, $\text{sig}=.000$). Tal como se muestra en la gráfica 2 (anexo), nuevamente son las mujeres las que presentan mayores cifras relativas con respecto a los hombres. Es de destacar que 63 de los 395 participantes ya se habían embarazado antes de los 18 años, lo cual representa un 16% del total.

Además, se le cuestionó a los informantes si se habían realizado algún aborto antes de los 18 años, de una población total de 395 hubo 38 que dijeron sí habérselo realizado, de los cuales fueron 18 mujeres y 20 hombres, considerando que la totalidad de hombres del estudio es de 333 vemos que las mujeres en términos relativos son las que más se realizaron abortos, lo cual implica que sí haya una diferencia significativa en lo que se refiere a aborto según el sexo ($X^2 =31.988$, $\text{sig}=.000$).

En lo que respecta a la presencia de ideas suicidas antes de los 18 años, se encontró que 114 de los 395 entrevistados si las tuvieron. Hay una diferencia significativa ($X^2 =17.701$, $\text{sig}=.001$) entre el número de hombres y de mujeres que presentaron ideas suicidas, de las 62 mujeres 29 presentaron estas ideas, mientras que de los 333 hombres 85 las presentaron, lo que muestra que las mujeres en términos relativos son las que más presentaron este tipo de ideas. No se encontraron relaciones significativas entre el sexo y haber recibido golpes ($X^2 = 1.164$, $\text{sig}=.559$).

RESULTADOS SIGNIFICATIVOS

Se puede identificar una relación pequeña pero significativa entre el índice de familia caótica y la edad de inicio de consumo de alguna sustancia ($P= -.179$, $\text{sig}=.000$), lo que permite seguir sosteniendo que entre mayor sea el nivel de caos familiar menor es la edad de inicio de consumo.

En la tabla correlación de variables (ver anexo), hay una relación pequeña pero significativa entre la edad de inicio del consumo de alguna sustancia adictiva y entre el grado de abuso sexual ($P = -138$, $\text{sig}=.006$), dado que la relación es inversa se puede sostener que a mayor número de abusos

experimentados por el sujeto participante menor es la edad de inicio de consumo de algún tipo de sustancia.

También se puede identificar una relación pequeña pero significativa entre el índice de familia caótica y la edad de inicio de consumo de alguna sustancia ($P = -.179$, sig. = .000), lo que permite seguir sosteniendo que entre mayor sea el nivel de caos familiar menor es la edad de inicio de consumo. Cabe señalar, que el índice de familia caótica está conformado por haber experimentado algún tipo de violencia, haber observado que a otra persona se le infringía algún tipo de violencia, haber vivido en algún grado abuso sexual, haber vivido la separación y/o el divorcio de los padres.

La edad de inicio de consumo y la edad de inicio de tratamiento también guardan una relación significativa ($P = .450$, sig. = .000). Asimismo hay una relación pequeña y significativa entre la edad de inicio del tratamiento y el grado de caos de la familia de origen ($P = -.158$, sig. = .002), es decir, que a mayor grado de caos menor es la edad de inicio de tratamiento.

Tener hijos es un factor que incide en el inicio de tratamiento con modalidad residencial.

El grupo que inicia a más temprana edad el tratamiento es el grupo de los que sí tienen hijos, ya que tienen una media de 27.519 mientras que el grupo sin hijos tiene una media de 21.631.

6. DISCUSIÓN

Algunos autores e investigaciones como la Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar mencionan una prevalencia de adolescentes víctimas de abuso sexual de 4.3% porcentaje alejado al presentado en la presente investigación.

Burmam, et al. (1988) encontraron tasas más altas de abuso de SA en mujeres que fueron víctimas de abuso sexual que entre las que no lo fueron víctimas en consumo de alcohol; los autores refieren un 18.38 % en quienes sí vivieron algún tipo de abuso sexual frente a un 13.80 % en quienes no lo vivieron; lo mismo sucedió con las cifras de abuso de drogas o dependencia (20.41% vs. 5.49 %). Conviene puntuar, que la investigación de Burmam et al. (1998) no ofrece datos en hombres. En cuanto a los datos de violencia experimentada por hombres, habría que señalar que Pérez, Lara y González (2010) encontraron, en personas que recibieron tratamiento en comunidad terapéutica, que el hombre es más propenso a ser víctima de la agresión física, (31%) que las mujeres (21%). Por su parte, según estos autores, la mujer es más propensa a la agresión sexual, mujeres (12.8%) que los hombres (4.3%).

Por su parte, Redondo y Santos (2010) publicaron un estudio donde las mujeres en tratamiento, tanto ambulatorio como residencial, por problemas de adicción habían sufrido abuso sexual en un 18,4%, nuevamente encontramos que esta investigación no ofrece datos en población masculina. En cuanto a los estudios acerca de violencia y consumo de sustancias, solamente está el trabajo de Fernández (2006) este autor refiere que en el noviazgo se presenta violencia física, golpes, en un 10% de los casos y violencia sexual el 5% de los casos, ambos datos en porcentajes los consideran alto o muy alto respectivamente.

Los datos obtenidos en el presente estudio distan y contrastan fuertemente con los estudios mencionados en los párrafos anteriores (recordemos que el total de la población encuestada estaba recibiendo tratamiento residencial por dependencia de SA). En la sección de conducta sexual, el 69.6% respondió de forma afirmativa al menos a una de las 16 preguntas de las que consta el cuestionario. Particularmente, las mujeres contestaron en 75.8% de forma afirmativa y los hombres en 68.5%. Como se puede apreciar, la constante en abuso sexual, la mujer presenta porcentajes mayores que el hombre, con una diferencia de solo 7 puntos porcentuales, sin embargo encontramos que 7 de cada 10 mujeres y 6 de cada 10 hombres han vivenciado alguna conducta relacionada al abuso sexual. Tanto la mujer como el hombre están expuestos a situaciones de riesgo relacionados al abuso sexual.

En lo que respecta al área de violencia los resultados indican que el 84.3% de las personas contestaron en forma afirmativa alguna de las preguntas donde se les implica en forma directa con actos de violencia física. La población femenina reporta un 88.7% y la población masculina 83.5%; aproximadamente 5 puntos porcentuales de diferencia entre el género femenino y masculino. Un porcentaje evidentemente muy alto, 9 de cada 10 mujeres y 8 de cada 10 hombres han sido víctimas de violencia con su familia de origen.

La separación temporal o definitiva es un indicador importante en este estudio para identificar una familia con características caóticas. En lo que respecta a la población femenina, el 58.1% presenta separación con la figura paterna, 54.8% con la figura materna. Respecto a la población masculina se presenta separación el 44.1% con la figura del padre, 41.7% con la madre. Los datos presentados en análisis de correlación de variables encontramos que el grupo que si presentó la separación de sus padres inicia el consumo de sustancias 2 años antes que el grupo de usuarios que no lo presentó.

Es evidente que la relación de acuerdos se presenta sólo en un 21% en mujeres y un 30% en hombres. El resto de los encuestados, tendrían una relación conflictiva o acuerdos post conyugal en lo referente a la educación y crianza de los hijos, lo cual represente un 79% para las mujeres y 70% para los hombres y suponiendo la presencia de conflictos post conyugales incrementaría el grado de caos familiar.

De la población encuestada que reporta tener hijos encontramos que: los casados tienen un promedio de 2.6 hijos, mujeres el 2.1% y hombres el 30%. Respecto a la población que su condición es la soltería tienen un promedio de 1.6 hijos, 40% mujeres y 20% hombres. En unión libre tienen un promedio de 2.5 hijos, para mujeres y hombres es el mismo porcentaje; separados tienen un promedio de 2.7 hijos, 10% para mujeres y 12% para hombres. El promedio total es de 2.3 hijos.

Un factor que compromete la evolución de la problemática estudiada es el tiempo. Acorde a los datos encontrados, la edad de inicio del consumo de alguna SA en promedio es de 16.6 años y la edad de inicio de tratamiento es a los 25 años, ocho y medio años de evolución para ser atendido, aclarando que debido a la complejidad de los problemas mencionados, no implica la resolución. Como podemos observar la problemática está presente en varias etapas del ciclo vital de la familia de origen.

De acuerdo con los datos emitidos por el SISVEA, Jalisco, 2016. El 94% de las personas iniciaron su consumo antes de los 19 años, podemos deducir que los menores de edad que posteriormente abusan de SA, están expuestos a situaciones caotizantes familiares y experiencias sexuales tempranas durante varios años, otro dato significativo es el reportado en la Encuesta Nacional de Adicciones, la cual reporta un incremento del 100% en el periodo del 2002 al 2011 en población de 12 a 17 años.

La información expuesta en el presente estudio es significativa en cuanto a la relación existente entre el grado de caos familiar y el inicio de consumo de SA, así mismo el mayor número de experiencias sexuales abusivas con la edad de inicio de consumo de SA, en ambas premisas son dos años de inicio antes respecto a las personas que no presentaron éstas características. Lo cual en sí mismo ya es un dato significativo.

En el desarrollo del presente trabajo podemos identificar elementos que bloquean la relación nutricional: la negligencia propiciada por los padres, sufrida por los hijos y padecida por la familia de origen y su entorno inmediato es un denominador común de los participantes en la presente investigación.

En el marco teórico se menciona que el maltrato psicológico familiar atenta contra la salud mental y madurez del individuo. Los datos proporcionados y relacionados a la amenaza de abandono, abandono, divorcio y violencia son elementos que evidencian el conflicto conyugal, obviamente denota una conyugalidad disarmónica y la afectación en la relación con los hijos. Implícitamente mostrando una paternidad primariamente deteriorada, exponiendo una relación altamente carenciada de elementos implicados en la relación nutricional, en su dimensión emocional (ternura y cariño), cognitiva (valoración) y pragmática (protección y normatividad).

Lo cual nos lleva a replantear o cuestionar la necesidad de reflexionar los programas y los contenidos preventivos institucionales, es importante pugnar para que se incluyan temas relacionados a la Salud Mental, Educación Sexual, Mediación, Equidad, Autocuidado, Etc.

En lo que respecta al tratamiento, pugnar para que se realicen diagnósticos clínicos en todos los centros de tratamiento residencial. Pugnar para trabajar en forma integral e interinstitucional la comorbilidad de los usuarios incluyendo la atención que se presta a la familia.

El consumo de sustancias en jóvenes de 12 a 16 años está incrementando, en mujeres ha sido mayor que en los hombres, no tenemos programas de tratamiento con matiz de género femenino, como se ha observado la comorbilidad, la problemática de salud mental y físicos consecuentes y relacionados en los usuarios, encontrados en ésta investigación son mayores en la mujer.

Queda evidenciado que es necesario buscar y aportar nuevas guías interpretativas que nos permitan reflexionar el quehacer institucional realizado con los usuarios y sus familias, no sin antes intervenir en la desmitificación de que el consumo de SA se realiza por decisión propia.

Las cifras que se presentan en ésta investigación contrastan con las investigaciones consultadas. En lo que respecta a violencia física 9 de cada 10 mujeres y 8 de cada 10 hombres la padecieron. Relacionado al abuso sexual 7 de cada 10 mujeres y 6 de cada 10 hombres refieren haberlo vivenciado. Demostrando que existe una relación entre estas variables y el inicio de consumo de sustancias en menores de edad.

7. CONCLUSIONES

Se comprueba la hipótesis de que existe una relación significativa entre el índice de familia caótica y la edad de inicio de consumo de alguna sustancia adictiva, lo que permite sostener que entre mayor sea el nivel de caos familiar menor es la edad de inicio de consumo. Asimismo se puede identificar que a mayor grado de caos familiar menor es la edad de inicio de tratamiento residencial. Además tiene una relación significativa con el grado de abuso sexual experimentado por el usuario. La segunda hipótesis también se corrobora, existe una relación significativa entre la edad de inicio del consumo de alguna sustancia adictiva y entre el grado de experiencias sexuales abusivas. A mayor exposición de experiencias sexuales abusivas, se incrementa la posibilidad de consumo de SA, con sus respectivos consecuentes. En el contexto relacional de las familias caóticas el resultado generalmente es multiproblemático. Lo que respecta a consecuencias relacionadas a abuso sexual es pertinente resaltar que por sexo existe una diferencia significativa que afecta en mayor porcentaje a la mujer.

Con la información obtenida se deduce que en las familias caóticas habrá más ocasiones en la que los miembros de la familia, en particular los niños estén expuestos a violencia mutua entre los cónyuges, violencia hacia ellos, amenazas, separaciones conyugales, divorcio y abandono. Se incrementa la posibilidad de estar expuestos a situaciones sexuales de riesgo y sean víctimas de abuso sexual, ampliando la posibilidad de consumir sustancias adictivas. Acrecentando a su vez la presencia de indicadores consecuentes como embarazos, abortos, infecciones de transmisión sexual, e ideas suicidas, siendo menores de edad, lo cual compromete la protección que debería otorgar la familia de origen.

Los datos obtenidos permiten realizar una reflexión respecto a las condiciones personales y familiares de los usuarios de SA que solicitan los servicios de tratamiento residencial. Concluyendo que es fundamental repensar y replantear el trabajo clínico que están realizando las instituciones, las variables expuestas en la presente investigación no se están considerando en la realización del diagnóstico clínico, es evidente la necesidad de atender la comorbilidad que presenta el usuario de SA, así mismo la importancia de considerar el marco teórico expuesto en éste trabajo el cual permite comprender y explicar la complejidad que presentan las familias con integrantes que consumen SA. Finalmente resaltar la importancia de realizar un trabajo interdisciplinario y la necesidad de fomentar la coordinación interinstitucional.

Gráfica 1. Municipio y sexo de la población encuestada.

Municipio	Sexo	Fem.	Mas.	Total	Fem.	Mas.	Total
EL SALTO		2	9	11	3.2%	2.7%	2.8%
GUADALAJARA		33	125	158	53.2%	37.5%	40.0%
TLAJOMULCO			31	31	0.0%	9.3%	7.8%
TLAQUEPAQUE			63	63	0.0%	18.9%	15.9%
TONALÁ		6	37	43	9.7%	11.1%	10.9%
ZAPOPAN		21	68	89	33.9%	20.4%	22.5%
Total		62	333	395			
		15.7%	84.3%				

Gráfica 2. Correlación bilateral.

		Edad Inicio del consumo de drogas	Edad de inicio del tratamiento	Índice de familia caótica	Sumatoria experiencia de abuso sexual
Edad de inicio del consumo de drogas	Correlación de Pearson	1	,450**	-,179**	-,138**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,006
	N	395	395	395	395
Edad de inicio del tratamiento	Correlación de Pearson	,450**	1	-,158**	-,093
	Sig. (bilateral)	,000		,002	,064
	N	395	395	395	395
Índice de familia caótica	Correlación de Pearson	-,179**	-,158**	1	,516**
	Sig. (bilateral)	,000	,002		,000
	N	395	395	395	395
Sumatoria experiencia de abuso sexual	Correlación de Pearson	-,138**	-,093	,516**	1
	Sig. (bilateral)	,006	,064	,000	
	N	395	395	395	395
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).					

Gráfica 3. Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior

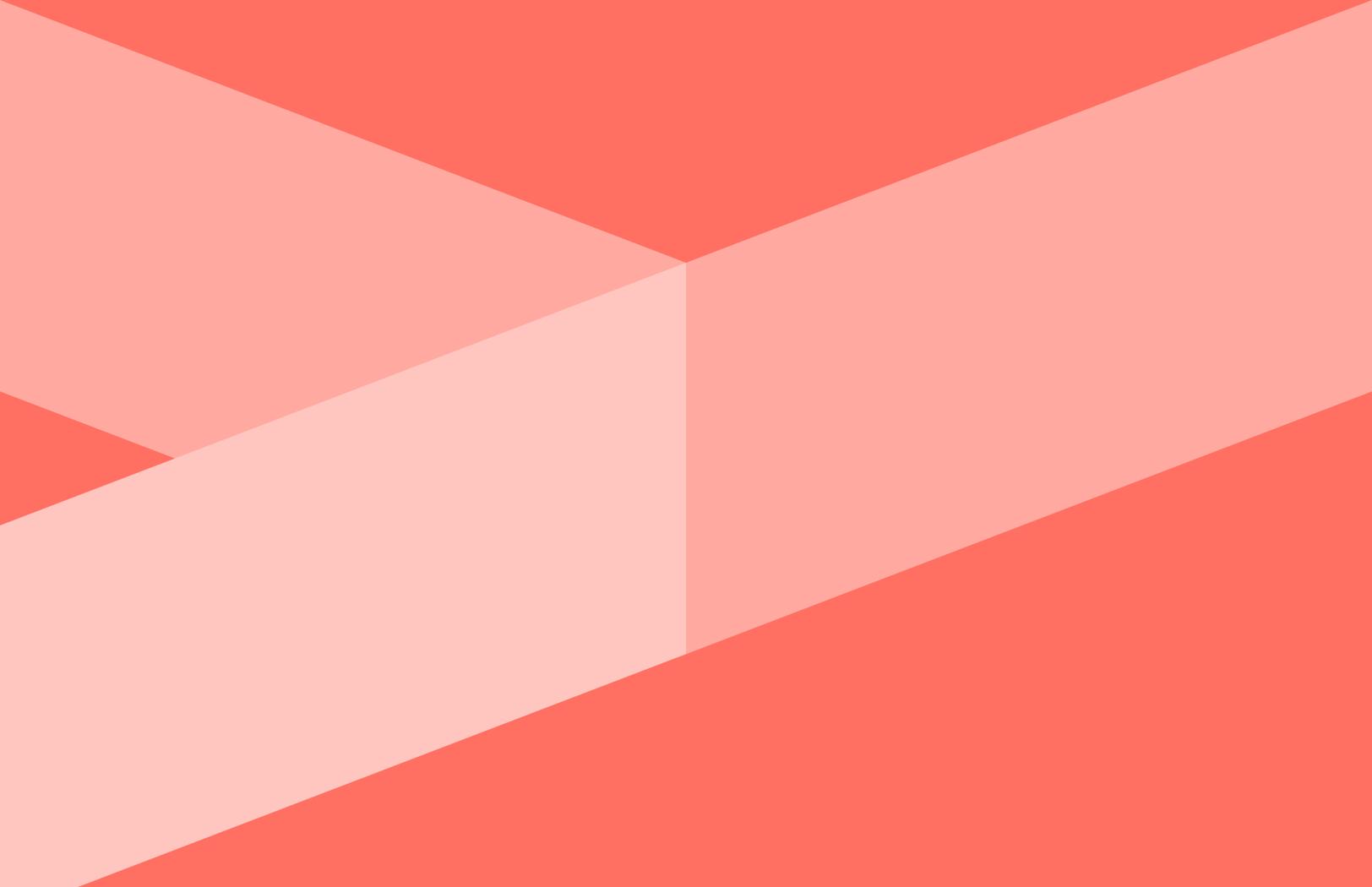
Edad de inicio del tratamiento	Se han asumido varianzas iguales	,044	,835	-1,264	393	,207	-,7726	,6111	-1,9740	,4288
	No se han asumido varianzas iguales			-1,305	244,636	,193	-,7726	,5918	-1,9383	,3931
Edad de inicio de tratamiento	Se han asumido varianzas iguales	8,459	,004	-2,079	393	,038	-2,2491	1,0820	-4,3763	-,1219
	No se han asumido varianzas iguales			-1,887	184,717	,061	-2,2491	1,1918	-4,6003	,1022

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Psiquiátrica Americana. (27 de octubre de 2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM - 5*. Arlington, VA, 2013.
- Bateson, G. (1992). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Argentina: Planeta Carlos Lohle.
- Briere, J. y Runtz, M. (1988). Post sexual abuse trauma. En G. Wyatt y J. Powell (Eds.), *Lasting effects of child sexual abuse* (pp. 89-99). Newberry Park (CA): Sage.
- Cancrini, L. (1991). *La psicoterapia: gramática y sintaxis*. España: Editorial Paidós,
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento, investigación y control de las adicciones. NOM-028-SSA2-2009
- Encuesta Nacional Contra las Adicciones. (2011). Reporte de Drogas Primera Edición. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/Instituto Nacional de Salud Pública.
- Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar (1991) Salud Pública de México/vol. 40 no.3, mayo-junio de 1998. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.
- Fernández Cáceres C., G. S. (2006). *Modelos de terapia familiar multidimensional con perspectiva de género para la atención de las adicciones*. México: Centros de Integración Juvenil, Dirección General Adjunta de Operación.
- Huertas, R. (2011). En torno a la construcción social de la locura. Lan Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 31(111), 437-456.
- Ibaceta, F. (2007). Agresión sexual en la infancia y Viaje al Futuro: Clínica y psicoterapia en la edad adulta. *Terapia Psicológica*, 25(2), 189, 198.
- Jones, L. M. y Finkelhor, D. (2001). The decline in child sexual abuse cases. *Bulletin. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*. Recuperado de http://www.ncjrs.gov/html/ojdp/ jbul2001_1_1/ contents.html.
- López, F. y del Campo, A. (1999). *Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para padres y educadores*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Losada, A. V. (2012). *Epidemiología del abuso sexual infantil*. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 201 - 229.
- Moreno, P., Prior, C. y Monge, (1998). Caso clínico. Abusos sexuales en la infancia y toxicomanía. *Psiquiatría Pública*, 10(6), 418-420.

- Organización Mundial de la Salud. (1964). Comité de expertos de la OMS en drogas toxicomanías. 13° informe. *Serie de Informes Técnicos, N° 273*. Ginebra: OMS,
- Owens, G. P. y Chard, K. M. (2003). Comorbidity and psychiatric diagnoses among women reporting child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect, 27*, 1075-1082.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo, 31*(2), 191-201.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and students samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 328-338.
- Pérez, F., Lara, F. y González, M. (2010). Abuso sexual, prostitución y dependencia afectiva en drogodependencia. *Revista Española de Drogodependencias, 35*(3).
- Pérez, F. y Martín, I. (2007). *Nuevas adicciones ¿adicciones nuevas?* Guadalajara: Intermedio ediciones.
- Pérez, F., Lara, F. y González, M. (2010). Abuso sexual, prostitución y dependencia afectiva en drogodependientes. *Revista Española de Drogodependencias, 35* (3).
- Ramos, L., Saldivar, G., Medina, M. E., Rojas, E., y Velázquez, J. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública Mex, 40*, 221-233
- Redondo, S. y Santos, M. (2010). *Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales de Castilla y León*. Junta de Castilla y León: Comisionado Regional para las Drogas.
- Rico, B., Del Río, A., Olaiz., López P, Valdés, R, Franco, A., (2003). *Encuesta Nacional de Violencia de Pareja en Usuaris de Servicios Públicos de Salud en México*.
- Sánchez-Meca, J., Alcazar, A. y López, C. (2001). Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: un meta-análisis. *Psicothema, 22*(4), 627-633.
- Serratos, R. G. (1995). Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. *Salud Reproductiva Sociedad, 6*(7).
- Wittgenstein, L. (1999). *Tractatus Logico-philosophicus*. Madrid: Plaza Edición.

Teoría



Funcionamiento familiar y abordaje terapéutico de los trastornos por el uso de sustancias: una revisión de la literatura sistémica

Family functioning and therapeutic approach of Substance Use Disorders: a review of the systemic literature

Facundo Cocola^a

^aEspacio de Prácticas Itinerantes en Estudios Sistémicos (Espacio PIES). Centro Preventivo Asistencial en Adicciones de Las Heras, Ministerio de Salud, Mendoza, Argentina. facundococola@gmail.com.

Historia editorial

Recibido: 18-05-2018

Primera revisión: 25-09-2018

Aceptado: 21-11-2018

Palabras clave

funcionamiento familiar, terapia sistémica familiar, trastornos por el uso de sustancias

Resumen

En el presente trabajo se realiza un recorrido histórico por la literatura sistémica, destacando los postulados teóricos que mayor impacto académico han generado en la comprensión de las familias que presentan Trastornos por el Uso de Sustancias (TUS), y su abordaje terapéutico. El período revisado abarca desde los años setenta hasta la actualidad. Se aprecia un notable desarrollo teórico durante los primeros años (70 a mediados de los 90), luego impresiona un decrecimiento en la producción literaria, y fragmentación de propuestas terapéuticas. El foco pasa a situarse en el tratamiento más que en la comprensión del funcionamiento familiar. Debido a la masificación del consumo a escala global, y a la escasa producción académica de los últimos años sobre las nuevas dinámicas familiares que presentan este problema, se desprende que resulta necesaria una actualización teórica al respecto. En cuanto al abordaje terapéutico familiar, se concluye que la frecuente comorbilidad de los TUS con otros trastornos psicopatológicos hace que sea imprescindible integrar distintos enfoques, a los fines de aumentar la comprensión y efectividad en el trabajo clínico con esta problemática.

Abstract

In the present work, a historical journey through the systemic literature is carried out highlighting the theoretical postulates that have generated the greatest academic impact in the understanding of families that present Substance Use Disorders (TUS), and their therapeutic approach. The period reviewed covers from the seventies to the present. There is a notable theoretical development during the first years (70 to mid 90), and then there is a decrease in literary production, and fragmentation of therapeutic proposals. The focus is placed on the treatment rather than the understanding of family functioning. Due to the mass consumption on a global scale, and the scarce academic production of recent years on the new family dynamics that present this problem, it is clear that a theoretical update is necessary in this regard. Regarding the family therapeutic approach, it is concluded that the frequent comorbidity of SUDs with other psychopathological disorders makes it essential to integrate different approaches, in order to increase understanding and effectiveness in clinical work with this problem.

Keywords

family functioning, family systemic therapy, substance use disorders

1.1 MODIFICACIONES FAMILIARES ACTUALES EN TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS.

Los adictos, ¿continúan presentando las mismas características que años atrás? Ya Cancrini (1988) mencionaba que, por ejemplo, en Italia hubo un momento en que la adicción a las drogas se limitaba a un grupo social específico, o a individuos cuyo comportamiento anormal era patente antes de que tomaran drogas, pero que la dependencia de la heroína, que aparecía a finales de los 80, comenzaba a afectar a una gran proporción tanto de la población joven como de la población adulta. Asociaba este fenómeno a la relativa facilidad de acceso a las drogas, que había llevado a una situación en la que la dependencia a las drogas enmascaraba y compensaba parcialmente una amplia gama de problemas personales y familiares.

Aquellos sujetos impulsivos, compulsivos, flacos, sin delirios, con rasgos psicopáticos y con una personalidad claramente definida como narcisista, ¿continúan siendo los únicos privilegiados de poseer el mote de ‘adictos’? Más bien, parecería que en la actualidad el consumo de sustancias puede presentarse en todos los cuadros clínicos (Linares, J. L. comunicación personal, 24 de Marzo del 2018).

Los profesionales que leen el presente artículo, y que se encuentran activos en su labor clínica, tanto en lugares públicos como privados, seguramente habrán notado un incremento de distintos trastornos psicopatológicos que, a su vez, presentan Trastornos por el Uso de Sustancias. Hoy podemos ver psicóticos dependientes al consumo de marihuana, trastornos limítrofes de la personalidad haciendo abuso del alcohol, neuróticos con un consumo de cocaína asociado a dificultades de la vida cotidiana y, por supuesto, psicópatas ingiriendo de las más variadas sustancias clásicas y modernas, y a su vez, provocando que los demás las ingieran.

Las familias actuales de los adictos, ¿continúan presentando la misma configuración que tiempo atrás? La identificación de un único individuo del sistema, al cual se podía diferenciar como “el adicto de la familia”, resulta menos frecuente que antes. Y si bien continúa siendo usual atender familias con la típica organización y dinámica: mamá absorbente, papá periférico, problemas en la emancipación, y el consumo únicamente como síntoma visible en el hijo de un conflicto conyugal entre sus padres (Kaufman y Kaufman, 1979; Harbin y Maziar, 1975; Haley, 1980), en la actualidad esta estructura parece no ser la única en esta problemática. Más bien, en el 2018 vemos que a esas formas familiares se le suman múltiples miembros del sistema familiar con abuso de sustancias, llegando a mantener el mismo síntoma durante tres generaciones, o más, y la presencia de una gran cantidad de conductas compulsivas en los distintos individuos de la familia: al sexo, trabajo, compras, tecnología, internet, juegos, ejercicio físico, etc.

A nivel social, resulta muy difícil no asociar estas modificaciones en las adicciones tradicionales a las promesas de felicidad vacías de la posmodernidad. La mayor productividad, los avances tecnológicos, la globalización, las redes sociales, los modelos capitalistas, ni los comunistas, han colaborado en disminuir la aparición del problema del uso de sustancias, si no por el contrario, lo han fomentado (Cirillo, Berrini, Cambiaso, y Mazza, 1996.) Actualmente el consumo de sustancias, objetos, actividades y personas, se ha extendido en todo el mundo, con inicios a edades cada vez más tempranas, y tornándose un fenómeno cultural a través del cual se pertenece, se incluye o excluye a las personas.

Frente a la presencia de estas modificaciones expuestas sucintamente, ¿no resulta necesaria una revisión y actualización de los postulados sobre el funcionamiento familiar y su abordaje en trastornos del uso de sustancias? Ese es el cometido de este trabajo.

2.1 NOMENCLATURAS Y CLASIFICACIONES UTILIZADAS

Es conveniente aclarar que el presente artículo no es una revisión sistemática de todos los conceptos abordados, entendiendo por revisión sistemática una metodología específica de investigación. Si no más bien, se presenta una revisión sistémica. Se realiza un recorrido histórico de la literatura sistémica que mayor impacto ha generado en la comprensión de las familias que presentan trastornos por el uso de sustancias. Esto ha sido evaluado a través de la cantidad de citas y repeticiones que presentan los diferentes estudios aquí mencionados.

Otro aspecto a aclarar es el uso de nomenclaturas y clasificaciones utilizadas. El concepto de *adicciones* ha mutado a través del tiempo, la última clasificación propuesta en el DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013) denomina este cuadro como *Trastornos por el Uso de Sustancias* (TUS de ahora en adelante). Esa es la denominación que se utilizará para referirse al trastorno en la actualidad, no por estar de acuerdo con dicha clasificación, sino por la relevancia que el DSM continúa teniendo, y por la posibilidad que brinda de comprendernos entre diferentes disciplinas.

Durante el recorrido histórico propiamente dicho, el lector observará que se emplean diferentes nomenclaturas al referirse a los TUS. Esto expresa la intencionalidad de mantener las denominaciones mencionadas por los distintos autores, ya que dichas clasificaciones dan cuenta de los marcos conceptuales de referencia, y trazan una impresión de su evolución a través del tiempo, según el contexto en donde se hayan aplicado.

2.2 SOBRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS.

Es probable que la primera revisión sobre investigaciones de las familias de abusadores de drogas sea la de Seldin (1972). En la misma, el autor comenta que en la mayoría de los artículos se destaca un funcionamiento familiar inestable, marcado por una historia de divorcios y separaciones. La madre es vista como una figura dominante y ambivalente en su papel: en exceso indulgente, y a la vez altamente interdependiente con el niño adicto. El padre se describía como ausente, ya sea por desapego o una separación física real. También mencionaban que el matrimonio del adicto repetía la dinámica de la familia nuclear.

En la revista *Family Process*, en el año 1975, aparecía la primera publicación con una revisión sobre el funcionamiento familiar de los abusadores de drogas que diferenciaba metodologías cualitativas, cuantitativas y aquellas con grupos de control (Harbin y Maziar, 1975.) Los autores mencionan que, hasta ese momento, la etiología sobre el consumo compulsivo en la mayoría de las investigaciones se centraba en aspectos sociológicos y epidemiológicos, luego seguían aquellas que indagaban sobre la psicodinámica individual, y las menos eran las que abordaban la problemática desde una perspectiva familiar. De su investigación se desprende que la constelación familiar más frecuentemente identificada es la combinación de una madre sobreprotectora con un padre ausente, o emocionalmente distante, fundamentalmente en la infancia del adicto. Pero, agregan que esta configuración ha sido propuesta para muchos tipos de familias donde hay un paciente psiquiátrico identificado, por lo que sugieren un mayor refinamiento al respecto. A su vez, critican el trabajo de Seldin (1972), comentando que no creen que sea muy útil para determinar modelos de investigación y de aplicación en adicciones ya que incluye muchos artículos psicológicos individuales, sociales y psiquiátricos, pero que no abarcan específicamente la familia en su totalidad, y no diferencia la eficacia de las metodologías implementadas. Refieren que, en general, el exceso de protección de la madre y la ausencia de una identificación positiva con el padre son factores que influyen directamente en la contribución al desarrollo de abuso de sustancias, pero tienden a ser vistos como variables separadas, lectura que no es coherente con los sistemas familiares que ve esas características parentales como interdependientes. El único hallazgo que se observó en todos los estudios que analizaron fue un mayor porcentaje de ausencia de uno de los padres en la infancia del adicto y en la adolescencia

temprana. En esta línea, los autores dan valor al trabajo de Cancrini (1970) quién muestra una gran alteración familiar, con un 40% - 45% de los pacientes con un padre ausente o sin familia en absoluto.

Kauffman (1981) realiza un análisis de patrones estructurales familiares mediante los conceptos de Minuchin (1975) en familias de narcóticos. Concluye que la estructura más común era compatible con familias de consumidores de otras sustancias, y con familias de otras patologías. Esta era: madre e hijo extremadamente aglutinados, excluyendo al padre quien reaccionaba con desligamiento u hostilidad. Por otro lado, menciona que los patrones familiares de adictos a narcóticos varían en diferentes grupos étnicos. Por ejemplo, los padres aparecían como desligados en familias de blancos protestantes y negros, y aglutinados en Italianos y Judíos.

A los fines de flexibilizar algunas posturas que se venían manteniendo, y reforzar otras, Kaufman (1980) describe mitos en los patrones familiares de los abusadores de sustancias:

1. Las familias donde el paciente identificado (PI) tiene un problema de drogas son diferentes de las familias en donde el PI tiene un problema con el alcohol.
2. Las relaciones familiares son relativamente poco importantes en la génesis y el mantenimiento del abuso de sustancias.
3. Las relaciones familiares son factores claves para generar y mantener la mayoría, si no todos, los abusos de sustancias.
4. La intensa coalición transgeneracional entre madre e hijo es única para el abuso de sustancias y es el factor patológico más importante en estas familias.
5. Los padres de este grupo no están comprometidos, son brutales y / o son alcohólicos.
6. Los factores familiares son tan inconsistentes que son generalizables para todos.
7. Los factores familiares en los abusadores de sustancias hombres son generalizables a las mujeres.
8. El triángulo de pareja adicto-parental es tan crucial que se puede pasar por alto el rol de los hermanos.
9. Las estructuras familiares observadas en un punto del tiempo son generalizables a otros períodos del tiempo en el ciclo vital de la familia.
10. Actualmente conocemos las estructuras familiares de los que abusan de sustancias: En este punto, el autor asocia la limitación en el conocimiento a la pobre línea base de investigaciones al respecto. Comenta que los estudios hasta ese momento se habían limitado a dos tipos: observaciones de las conductas familiares (que se ofrecieron como voluntarias) y entrevistas o inventarios a los abusadores de sustancias, con escasos trabajos que hayan cuantificado los resultados.

Ya en el año 1984, Kaufman describe sus hallazgos en cuanto a las familias de adolescentes que abusan de sustancias. El descubrimiento más recurrente fue que los padres de los jóvenes también abusaban de sustancias, generalmente el padre lo hacía con el alcohol y la madre hacía abuso de medicamentos recetados. Y de manera contundente afirma que el abuso de sustancias por parte de los padres es un determinante mucho más importante del abuso de sustancias de los jóvenes, que la actitud de los padres hacia el consumo que presentan sus hijos. (Kandel et al., 1978, en Kaufman 1984).

Haley (1980) propone un modelo para entender la etapa de individuación del adulto joven. Cuando está dificultado este momento del ciclo vital, pueden presentarse síntomas como la adicción a las drogas, debido a los problemas que surgen entre jóvenes y padres que se separan. Concluye que, si bien la adolescencia es un periodo crítico para comenzar a abusar de sustancias, la emancipación es aquella etapa que reviste mayores riesgos. La posible ida de los jóvenes de la casa implica importantes cambios en los hábitos y las relaciones entre sus padres. La aparición del síntoma puede llegar a bloquear esta evolución manteniendo así el status-quo. Los familiares que muestran síntomas no son siempre los mismos. Haley resalta que la depresión es usualmente presentada por la madre, y la anorexia, depresión, psicosis o drogadicción por parte de los jóvenes (Haley, 1980 en

Coletti, 1994). Unos años antes (Haley, 1967) desarrolla un concepto fundamental, el de *triángulo perverso*, aplicado a coaliciones negadas de dos personas pertenecientes a generaciones diferentes contra una tercera, siendo más grave si se da entre distintas generaciones. Esta triangulación según Haley es característica de la familia de esquizofrénicos y también de adictos.

Stanton, Todd y cols. (1980) describen que los estudios hasta ese momento eran limitados en los datos que suministraban, al menos en términos del paradigma sistémico. Ellos realizan observaciones conductuales de familias de abusadores de drogas “en acción”. Los datos son extraídos de más de 450 videos de sesiones familiares, las cuales se estudiaron en grupo focalizando en secuencias conductuales repetidas, formación de coaliciones y otros patrones observables. Explican la cronicidad de la drogadicción desde el funcionamiento familiar. La familia recurre a mecanismos homeostáticos frente a los cambios necesarios que exige el ciclo vital, fundamentalmente en la adolescencia del hijo adicto. Estos mecanismos sirven para conservar la adicción, y a su vez la estabilidad familiar. Los investigadores describen un triángulo relacional (mamá-hijo-papá) donde la enfermedad del hijo evita que las tensiones de la pareja conyugal sean visibles, y una vez que los padres atienden la enfermedad y el hijo mejora, la pareja conyugal entra en crisis, y el síntoma irrumpe nuevamente a los fines de mantener el equilibrio en el sistema.

Los autores comentan que la familia prototípica de drogadictos era aquella en la que uno de los padres está intensamente involucrado con el abusador de sustancias, mientras que el otro es más punitivo, distante o ausente (Stanton y Todd, 1982). Usualmente el padre sobreinvolucrado e indulgente es del sexo opuesto. Las relaciones padre-hijo varón adicto son descritas generalmente por el adicto como negativa, con implementación de una disciplina ruda e incoherente (sobre todo en sujetos que se inyectan heroína en lugar de inhalarla). El padre resulta ser una figura distante, débil o ausente. En la mujer adicta, resalta la competencia con su madre, a quienes consideran autoritaria y sobreprotectora, mientras que el padre se caracteriza por ser inepto, sexualmente agresivo y alcohólico. En estos casos las posibilidades de incesto son grandes.

También menciona Stanton (1979) que ambos padres de los adictos generalmente tienen relaciones matrimoniales muy perturbadas, sin la posibilidad de relacionarse satisfactoriamente entre sí, y desvían sus luchas a través hacia sus hijos. El niño puede incluso servir como cónyuge sustituto de uno de los padres, lo que permite que el otro mantenga cierta distancia. A menudo, el problema del niño se convierte en la única “causa” alrededor de la cual los padres pueden unirse. En consecuencia, el inicio de la adolescencia, con su amenaza de perder al adolescente ante los extraños, anuncia el pánico de los padres. La familia se queda estancada en esta etapa de desarrollo y se establece un proceso crónico y repetitivo, centrado en el crecimiento, la individuación y el abandono del paciente identificado. El uso de drogas es una solución paradójica al dilema de permanecer o irse, ya que permite un cierto nivel de competencia dentro de un marco de incompetencia, es decir, es una pseudoindividuación.

Según Stanton (1979) las características distintivas de las familias adictas son las siguientes:

a- Mayor frecuencia de dependencia química multigeneracional, particularmente alcohol entre los hombres, más una propensión a otras conductas similares a la adicción, como el juego y la televisión.

b- Expresión del conflicto más primitiva y directa, con alianzas bastante explícitas.

c- El comportamiento de los padres adictos es caracterizado como “no esquizofrénico”.

d- El adicto tiene un grupo de pares o subcultura al que se retira (brevemente) después de un conflicto familiar.

e- Las madres de los adictos presentan prácticas “simbióticas” de crianza, y también muestran mayores necesidades simbióticas que las madres de esquizofrénicos.

f- Una preponderancia de temas de muerte y muertes prematuras, inesperadas o inoportunas dentro de la familia.

g- El síntoma de la adicción proporciona una forma de “pseudoindividuación” en varios niveles, que se extiende desde el nivel farmacológico individual al de la subcultura de drogas.

Este último concepto de *pseudoindividuação* es propuesto por Stanton (1979, 1982) para describir como el paciente con problemas de consumo, a través de sus conductas transgresoras, protestatarias, y de distanciamiento del mundo de los adultos cercanos a él, pareciera haber dejado atrás definitivamente la infancia y el vínculo con sus padres. Pero estas conductas revisten un carácter ilusorio, ya que estas actitudes lo hunden aún más en su familia de origen, y lo hacen más dependiente de sus padres en términos económicos, de mantenimiento y de tratamientos.

Los investigadores (Stanton y Todd, 1982) llegaron a la conclusión de que el síntoma del consumo abusivo de sustancias tiene la funcionalidad de ofrecer al adicto y su familia una resolución paradójica de su dilema de disolver o mantener la familia, de su permanencia o partida. Esto debido a múltiples factores: el consumo le permite ser infantil y apegado, aunque esté distante. En cada episodio de consumo se afirma la autonomía y asertividad, llegando incluso a ser agresivos, pero esta es una pseudoindividuação, y la familia atribuye a la sustancia los sentimientos y actitudes hostiles hacia ellos, sin reconocerlos como sentimientos legítimos del paciente. La droga durante la adolescencia brinda una experiencia cuasi-sexual manteniendo la lealtad con la familia de origen, especialmente con la madre. El paciente adicto parece ser exitoso y competente en el marco de la subcultura de la droga pero resulta incompetente en los demás, resolviendo así su dilema pareciendo estar fuera de la familia, aunque solo en un sentido que es tolerable por sus padres.

Ya en el viejo continente, más precisamente en Italia, Cancrini (1982, 1987) rescata las formulaciones de Bowlby sobre cómo las vivencias traumáticas infantiles de separación, y las carencias de cuidados, pueden resultar agentes etiopatogénicos de las toxicomanías. Entiende al trauma no necesariamente como la presencia de un hecho dramático que interrumpe la continuidad de la existencia, si no que efectos similares también pueden darse en diversas situaciones en las cuales la persona no puede adaptarse o rebelarse, y solo logra tener una noción vaga o incierta de estos. Propone una clasificación categorial de las toxicomanías que va desde una descompensación claramente ligada a un trauma, hasta aquella en la que el trauma es mínimo o de difícil identificación.

Tipo A: Toxicomanías Traumáticas: Asociadas a un trauma psíquico de gran intensidad, duelos, enfermedades, separaciones familiares, decepciones sentimentales. Los montos de dolor son descritos como insoportables. Aquí el síntoma de la toxicomanía no depende de la acción de una estructura neurótica precedente y tiene la función de evitar la conciencia y el dolor. (Cancrini, 1994). El autor indica la terapia familiar focalizada en la elaboración del duelo (Cirilo y cols., 1996).

Tipo B: Toxicomanías del área Neurótica: Aquí el síntoma cumple la función de evitación de un conflicto doloroso familiar. Se da fundamentalmente en las situaciones donde el hijo es triangulado en una coalición transgeneracional negada, con límites demasiado permeables entre los subsistemas. Aquí también prevalece la indicación de tratamiento familiar, como medio para apoyar tanto al paciente como a su pareja en el manejo de la crisis luego del movimiento de la persona joven hacia la separación.

Tipo C: Toxicomanías de transición: la sustancia viene a cubrir o compensar estados neuróticos y excepcionalmente psicóticos. Existe la presencia de antiguos y pequeños traumas verificables y la implicación de ambos padres en la vida y el síntoma del hijo. El problema principal es la dispersión de la identidad del toxicómano al hacer frente a sus diferentes necesidades. La sustancia colabora en controlar síntomas pre-existentes fundamentalmente en personalidades de fácil pasaje al acto (Cancrini, 1982). Sugiere abordaje familiar a los fines de redefinir el síntoma en términos de control y de funciones interpersonales.

Tipo D: Toxicomanías sociopáticas: presencia de notables abandonos prematuros, institucionalizaciones, comportamientos antisociales, antecedentes de enfermedades psiquiátricas en los progenitores. El problema principal es la inhabilidad para lidiar con sus emociones y sentimientos agresivos y la función del síntoma está dada para facilitar su expresión a través de *acting out* (Cancrini, 1996). Se evidencia la imposibilidad de un verdadero proyecto terapéutico, más bien se puede trabajar a modo de sostén dentro de un recorrido que se estructura en contactos sucesivos y desordenados (Cirilo y cols., 1996).

Con respecto estrictamente al funcionamiento familiar, Cancrini (1988) explica que las familias de los toxicómanos no pueden verse como sistemas homogéneos, y se distancia de Haley (1980) al mencionar que los estudios de este último fueron llevados a cabo exclusivamente con familias incluidas en las categorías B o C de su tipología. También se diferencia de los postulados de Stanton y Todd (1982) por el mismo motivo.

Tipo de Matrimonio	Características Familiares Comunes	Función de la conducta sintomática	Actitud hacia el comportamiento sintomático
Tipo A	Paciente identificado como hijo parental	Evitación del miedo y el dolor	Basado en la negación
Tipo B: Fingido	Padre periférico y coalición intergeneracional	Mantenimiento de distancia en la pareja de padres	Basado en la manipulación y en la provocación
Tipo C: Compulsivo	Límites inciertos entre los miembros de la familia	Evitación de la individuación y la separación	Complicidad, colusión.
Tipo D: Inconsistente	Familias Multi-problemáticas	Mantenimiento de la relación dependiente-agresiva	Indiferente, colusión.

Tabla 1: Las Familias de los Toxicómanos (Cancrini, 1996).

Por su parte, también en Italia, Cirillo, S. y cols. (1996) realizaron un estudio de *homologías estructurales*, donde analizaron en retrospectiva más de un centenar de casos con el objetivo de identificar estructuras típicas de sujetos dependientes a la heroína y trazar un posible recorrido procesal de un toxicodependiente, analizando el desarrollo evolutivo de las relaciones familiares. Encontraron grandes dificultades en los padres de la familia de origen del toxicómano para afrontar las tareas correspondientes a la crianza de sus hijos en la adolescencia. Estos padres no proporcionaban una base segura en los momentos de avatares, base de la cual se pudiera volver a partir para nuevas exploraciones (Josselson, 1980; Bowlby, 1988; Hauser, Powers y Noam, 1991, citado en Cirillo, S y cols., 1996.), y obstaculizaban el desarrollo diferenciado y autónomo de sus hijos adolescentes. Los autores, refieren que en la familia de origen de los toxicómanos existe una sobrecarga de los valores maternos, debilitando así la función típicamente paterna de facilitar el distanciamiento de la familia, produciéndose una *maternalización* de la función afectiva paterna, ubicando así al hijo en una triada patogénica relacional paciente-madre-abuela materna. Siguiendo esta línea, afirman que para comprender la elección sintomática es necesario tener un enfoque de acercamiento trigeracional, tomando contacto con las vivencias traumáticas, generalmente encubiertas, que cada padre del adicto presenta en los vínculos con su familia de origen, con repercusiones emocionales minimizadas. Estas carencias son transmitidas a la generación posterior, reconociendo así la *transmisión intergeneracional del trauma o carencia* como cofactor etiopatogénico más relevante.

Cirilo y sus colaboradores (1996) se sitúan en la misma línea que Bowlby (1969, 1980) al comentar que en estas familias no existe un exceso de atención materna, sino más bien que la falta de atención a las necesidades del hijo crea un patrón de apego patológico con esta figura. En cuanto a la posición del padre, se destaca su perifericidad explicada a partir de sus propias situaciones de sufrimiento y la privación del aporte paterno durante su niñez y adolescencia obligándolo a una prematura adultización. Otros aspectos que resaltan son un alto porcentaje de separaciones en la pareja conyugal, y padres del futuro toxicómano huérfanos de padre desde joven, o con un padre manifiestamente incompetente.

En síntesis, el continuum del estadio procesal etiopatogénico relacional que ellos sugieren es el siguiente:

1. El padre se distancia prematuramente de su familia de origen aunque de manera aparente.
2. La madre no se distancia nunca, permaneciendo dependiente de la relación con su propia madre.
3. Las dificultades del distanciamiento de los padres crean una unión matrimonial fundada en el intento de replicar y resolver los problemas con su propia familia de origen.
4. El nacimiento del hijo representa la posibilidad de redefinir el rol de padre/madre-hijo en relación a la propia familia de origen. La madre, más atenta a la relación con su propia madre que a su hijo, atiende a este de manera “remendada”. El padre está afectivamente fuera del rol, expropiado por los abuelos maternos.
5. La adolescencia del hijo es una información traumatizadora para los padres, se desconocen las tensiones evolutivas del hijo.
6. El uso de la droga se convierte en una autoterapia, a los fines de afrontar las desilusiones de una infancia colmada de deprivaciones, y a la vez vehículo de protesta respecto de las exigencias reivindicativas no vividas conscientemente a causa de los mecanismos de ocultamiento.

A su vez, dividen estos estadios en tres recorridos posibles, según la modalidad con la que el abandono o carencia es “callado u ocultado”. El primer recorrido es denominado *abandono disimulado*, el segundo es el *abandono desconocido*, y el tercero es el *abandono activo*. Los autores asocian al primer recorrido con el tipo A y B de toxicomanías descritas por Cancrini (1982), al segundo con el Tipo C, y al tercero con el tipo D. Los autores ubican sus postulados dentro de la dimensión relacional-simbólica del modelo sistémico, distanciándose del modelo sistémico-constructivista.

Haciendo foco en los procesos contextuales que determinan la eclosión del consumo de sustancias, Linares (1997) analiza que la metáfora social posmoderna no es ya la producción, sino el consumo, y que la familia que mejor se adapta a ella no es la nuclear, sino la reconstituida, de mayores capacidades consumistas. Y agrega, que la metáfora social del consumo inspira a los dos grandes trastornos posmodernos: la drogodependencia y la anorexia-bulimia. Suma, a su vez, a estos dos cuadros la aparición de la familia multiproblemática, en la cual dentro de la multiplicidad de síntomas posibles que pueden darse en ella, el abuso de sustancias se da de manera muy frecuente, debido a una parentalidad y conyugalidad deterioradas y a la nutrición emocional desplazada por la utilización instrumental en el vínculo parental.

Luego de este periodo se aprecia un decaimiento en la producción literaria sistémica sobre la estructura y el funcionamiento familiar en toxicomanías. Las investigaciones se centran en mayor medida, aunque de manera aislada y fragmentada, sobre el abordaje terapéutico familiar más que en el funcionamiento familiar en sí mismo. En este sentido Juan Luis Linares (2000), comenta que la comunidad psiquiátrica tradicional se ha sentido incómoda frente a los desafíos, la poca docilidad y la gran cantidad de implicaciones sociales, médicas, legales, que presentan los pacientes toxicodependientes, en comparación con pacientes depresivos o psicóticos. Esta incomodidad, según refiere el autor, ha propiciado la renuncia a gestionar las toxicomanías.

Posteriormente a los años 2000, aparecen algunos pocos autores que en solitario continúan desarrollando material teórico sólido con respecto al funcionamiento familiar en el abuso de sustancias contemporáneo a nuestro tiempo. Entre ellos encontramos, por ejemplo, el trabajo de Abeijon (2008) en relación a los niveles jerárquicos familiares. Destaca que en estas familias suele darse una inversión de la organización jerárquica habitual, donde las dos figuras parentales no se encuentran en una posición superior a la de los jóvenes, sino que uno de los progenitores queda situado por debajo de la otra figura en la jerarquía familiar.

Frente a la pregunta sobre: ¿Cuál es el contexto relacional propio de los Trastornos por consumo de sustancias en la actualidad? Linares (Comunicación personal, 17 de Octubre del 2017) comenta que debido a la enorme expansión del abuso de sustancias en las últimas décadas, el con-

sumo abusivo se presenta como un fenómeno cultural que invade todo el universo psico-relacional disfuncional. De esta manera las drogodependencias no tienen una ubicación precisa en su modelo de parentalidad-conyugalidad, situándose distribuidas en los ámbitos neuróticos, limítrofes y sociopáticos principalmente, y también psicóticos en menor medida.

2.3 SOBRE EL ABORDAJE TERAPEUTICO FAMILIAR EN TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS.

Resulta interesante comenzar este punto rescatando un gran artículo de Bateson (1971) donde propone una teoría cibernética del alcoholismo, y analiza el programa de los 12 pasos desarrollado por Alcohólicos Anónimos. Menciona que el alcoholismo es un escape de las propias premisas insanas de la persona. La intoxicación proporciona un cambio en su epistemología *sobria*, la cual presenta un error o patología subjetiva, por la tanto la ingesta de alcohol tiene una función correctiva. Bateson considera que los primeros dos pasos propuestos por AA¹ no son una rendición, sino simplemente un cambio en la epistemología, un cambio en cuanto al conocer lo que hace a la personalidad en el mundo.

Unos años más tarde Stanton (1979) realiza una revisión de investigaciones llevadas a cabo hasta los años 80 sobre el tratamiento familiar de los problemas de abuso de drogas. Describe que recién a finales de la década del 60 e inicio del 70 los centros de tratamiento de drogas comenzaron a aplicar técnicas familiares en sus pacientes. El autor comenta que los tres teóricos más influyentes de esa época en Estados Unidos eran Virginia Satir, Jay Haley y Salvador Minuchin. Desde aquellos momentos, debido al incremento de la efectividad en los tratamientos, el abordaje terapéutico familiar del consumo de sustancias fue ganando terreno, aunque de manera dispersa y fragmentada.

Haley (1980) desarrolla un modelo terapéutico particular para familias con jóvenes que se encuentran en la etapa de emancipación, y que presentan serios problemas en esta tarea, incluyendo distintas sintomatologías graves donde una de ellas puede ser el abuso de sustancias. Sostiene que cuando el objetivo es terapéutico, más que la categoría sintomática interesa la particular etapa de la vida en que se encuentra la familia.

Propone una estrategia general, con una táctica específica que varía en cada caso. Esta estrategia tiende a aumentar el poder, la autoridad y la responsabilidad de los padres, con respecto al joven problemático. Lleva a cabo esto mediante un enfoque terapéutico simple y directo, apunta a que el hijo deje de tener un papel activo en el triángulo mantenido con sus padres, donde el joven funciona como puente entre los conflictos conyugales, puente que la emancipación amenaza con romper. De esta manera busca reestructurar la organización familiar para posibilitar la desaparición de la sintomatología y así favorecer el auto valimiento del hijo y la posibilidad de formar su propio hogar. El proceso terapéutico pasa por diferentes etapas pre-establecidas, y tiene la característica de proponer un solo terapeuta para asumir el caso (con su correspondiente supervisor).

Se convoca inicialmente a toda la familia donde se incita a los padres a hacerse cargo de su hijo y fijar normas de conducta. El foco inicial de la terapia está puesto en el presente de la persona problemática, y en su conducta, y no en el debate de las relaciones familiares. Insta al terapeuta a coaligarse con los padres contra el joven y su problema, y sugiere que las expectativas de todos estén puestas en que el joven recobre la normalidad. Expone que la terapia debe consistir en una participación intensa y un rápido desenganche, más que en una prolongada serie de sesiones durante años.

A los fines de poder lidiar con la desobediencia que presentan estos pacientes, Haley (1980) recuerda que no debe olvidarse que el síntoma siempre es protector ya que cumple la función de estabilizar la organización. Por otra parte, remarca que es importante que el terapeuta no culpabilice

1 Primer Paso propuesto por el modelo de los 12 pasos de AA: "Admitimos que somos impotentes frente al alcohol".

Segundo Paso propuesto por el modelo de los 12 pasos de AA: "Creemos que un poder superior a nosotros puede devolvernos la salud".

al paciente, o a su familia, pero sí que trabaje para que asuman la responsabilidad sobre sus actos.

Una de las propuestas terapéuticas más relevantes en el abordaje familiar de las adicciones, es la desarrollada por Stanton y Todd (1982), quienes apoyándose en el trabajo de Minuchin (1967) y de Haley (1980), proponen un modelo de terapia familiar estructural y estratégico. La teoría estructural es utilizada como paradigma orientador, y es a través de la cual trabajan aspectos de la organización familiar dentro de las sesiones, mediante la presentación de nuevos patrones y la aplicación de técnicas que posibiliten reestructuraciones más saludables. Del modelo estratégico toman su énfasis en la utilización de un plan específico, cambio del síntoma, colaboración entre sistemas, etc. Postulan una terapia orientada hacia metas precisas a corto plazo, en la cual estimulan la participación activa de la familia de origen del adicto, inclusive aunque el adicto no viva con ellos. Esto se fundamenta en que los autores utilizan el paradigma del ciclo vital para la identificación de variables relacionadas con el problema del abusador de drogas y para señalar la dirección del tratamiento, donde la etapa de la emancipación es aquella en la que suelen aparecer obturaciones. Por estos motivos sugieren en un primer momento trabajar con la tríada compuesta por el adicto y ambos progenitores, y alejarse de ella de acuerdo con la disposición de los padres para liberar al adicto. Luego incluyen a todos los hermanos que viven en la casa o en las cercanías, y pueden incluir otros subsistemas familiares si fuese necesario.

Los autores (Stanton y Todd, 1982) consideran que la familia debe ser el sistema que cargue con la responsabilidad primaria del cambio y para ello se la debe ayudar a sentirse más competente para alterar sus patrones y cuidar de sus miembros.

Establecen tres metas en el siguiente orden de prioridad:

1. Que el paciente quede libre del uso de drogas
2. Uso productivo del tiempo, el paciente será incluido en un trabajo y programa de estudio (las actividades voluntarias no son aceptadas)
3. En caso de que viva con los padres, que el paciente se mude a vivir solo, o con una cónyuge, amante o amiga.

Para conseguir estas metas utilizan técnicas como las *atribuciones nobles* a las conductas que tienden a sostener el problema a los fines de evitar resistencias; *concentración en la conducta concreta* a cambiar por parte del paciente; *reestructuraciones* para conseguir que los padres colaboren juntos en la rehabilitación del hijo; *generación de crisis* que posibiliten cambios estructurales; *elusiones de lucha de poder* con la familia, *desintoxicaciones hogareñas* que eviten la desresponsabilización familiar. Además, aconsejan la implementación de la *terapia de red familiar* y *métodos multifamiliares* en las etapas iniciales de la terapia, siempre y cuando no sustituya a la terapia familiar individual.

En cuanto al encuadre de la terapia, recomiendan un contrato inicialmente flexible con la familia, de una duración de ocho a 12 sesiones de frecuencia semanal (pudiendo ampliar la frecuencia de las últimas de dos a seis semanas). Agregan una sesión inoculativa dos a cuatro meses luego de la terminación, y tal vez otra dentro de seis u ocho meses a los fines de monitorear el cambio.

Contemporáneo a Stanton, Kaufman (1984) indica que la terapia familiar se tiene que basar en el conocimiento de los patrones culturales de los grupos a los cuales pertenece el joven y su familia, y en una fusión de dos enfoques: establecer un método para controlar o eliminar el abuso de sustancias y reestructurar los aspectos desadaptativos del sistema familiar. Menciona que el control del consumo es un requisito previo al trabajo terapéutico con la estructura familiar. Según la rigidez o flexibilidad familiar para dicha reestructuración será necesaria una mayor o menor frecuencia e intensidad de la terapia familiar. Agrega que deben considerarse las características étnicas de cada grupo y aplicar técnicas que consideren dichas características. En el tratamiento ambulatorio prefieren entrelazar distintos grupos terapéuticos y terapia individual junto con la terapia familiar: grupos multifamiliares, grupo de pares, etc.

Unos años más tarde, Coletti (1987) resalta la necesidad de abordar la problemática de las toxicodependencias desde un enfoque relacional flexible, que presente soluciones originales y diver-

sas según la situación problemática con la que se esté lidiando. Menciona que el objetivo de suprimir el síntoma de la toxicomanía individual no basta y que es preciso reconstruir el camino de la relación familiar a partir de la abstinencia, trabajando para permitir que el núcleo familiar pueda transitar una progresiva individualización de los distintos integrantes, siguiendo al núcleo familiar de cerca pero a la vez respondiendo a las exigencias individuales de cada uno de los miembros. Sugiere un tratamiento individualizado con el ex-toxicómano posterior a la etapa del control del síntoma y reestructuración familiar, a los fines de favorecer el proceso de diferenciación.

Con respecto a las aplicaciones en los distintos cuadros clínicos, Cancrini, Cingolani, Compagnoni, Constantini y Mazzoni (1988), comentan que las técnicas de terapia familiar estructural parecen más adecuadas en casos de tipo B de la tipología de Cancrini, (Cancrini y cols., 1982), y mencionan que es probable que las técnicas paradójicas y estratégicas sean más efectivas en casos de tipo C (similares a los anorexígenos descritos por Selvini-Palazoli) especialmente cuando las interacciones familiares muestran rasgos de comunicación psicótica. A su vez, sugieren la instrumentación de terapia familiar en las adicciones de los tipos B y C, tratamiento individual a las adicciones de tipo A, inclusive si el enfoque sistémico es el modelo, y terapia de red o asignación del caso a una comunidad terapéutica en adicciones de tipo D (Cancrini y cols., 1988).

Agregan que un programa comunitario terapéutico a largo plazo en paralelo con las sesiones de terapia familiar podría ser una solución adecuada para los adictos de tipo C. Por otro lado, la solución ideal para los adictos de tipo B podría basarse en la terapia familiar, o en un corto plazo, un programa comunitario, en combinación con un grupo de autoayuda para los padres.

Investigadores vinculados al modelo de terapia contextual (Bernal, Rodríguez y Diamond, 1990) comentan que, si bien muchos autores han teorizado sobre conflictos familiares intergeneracionales y el legado multigeneracional de la dependencia a químicos, pocos han desarrollado tratamientos basados en procesos familiares intergeneracionales. Proponen un abordaje del abuso de drogas contextual e intergeneracional, que incluye al adicto y su pareja, en el cual se trabajan los conceptos de lealtad, equidad, responsabilidad y confianza que ambos miembros de la pareja presentan y en relación a la familia de origen de cada uno.

Cancrini, (1991), al realizar una breve revisión sobre el abordaje terapéutico familiar sistémico en estos cuadros clínicos, menciona una crítica al modelo propuesto por Haley, en la cual manifiesta:

Resulta difícil entender, como Haley, y algunos otros terapeutas de familia, pueden no distinguir los diversos tipos de sufrimiento humano. Puede ser fácil aceptar la idea por la que tantos casos son mancomunados por el comportamiento toxicómano solo en apariencia y en un nivel muy superficial. Pero es difícil adoptar la idea de que el mismo proyecto de terapia puede funcionar con todos (Cancrini, 1991, p. 92)

En cuanto a la efectividad de los tratamientos, Cancrini (1994) da cuenta de que los adictos tipo A y B tenían una tasa de deserción muy baja y generalmente progresaban cuando eran tratados por psicoterapia o en un programa comunitario. Sin embargo, en los casos de tipo B, la participación de la familia parece fundamental para lograr buenos resultados. Los casos de tipo C presentan problemas mucho más complejos en los centros de tratamiento que los casos de tipo B; aunque, el progreso en el tiempo es satisfactorio, particularmente si los expertos terapéuticos trabajan con la familia. Los casos de tipo D son los más difíciles de tratar si el servicio de salud intenta ir más allá de ofrecer un programa de reducción de riesgos. Por otra parte, la mejoría más frecuente se da entre los adictos mejor educados, que están empleados, y que viven con sus familias. (Cancrini, 1994).

A medida que avanzamos en el tiempo, se aprecia como ciertas pautas de tratamiento familiar evolucionan desde postulados rígidos hacia otros más flexibles. Coletti (1998) afirma que el trabajo terapéutico familiar con toxicodependientes requiere de gran flexibilidad en cuanto a la frecuencia de atención, pudiendo organizar sesiones semanales o encuentros urgentes después de pocas horas desde la última sesión. Pero también reconoce que la posibilidad de tener encuentros con una fre-

cuencia regular ayuda a la familia a tomar contacto con viejos y nuevos recursos. Además, alerta sobre el rol demasiado activo del terapeuta a la hora de brindar soluciones a la urgencia familiar, ya que puede terminar envuelto en el juego familiar y esterilizando su capacidad de cambio. Comenta que la misión del terapeuta es la de desbloquear recursos existentes. Según el autor (Coletti, 1998) la meta debería ser siempre facilitar la adquisición de competencias y no la de prestar las suyas para la resolución del problema, ya que cuando esto suceda será percibido como algo extraño a la experiencia de los pacientes. Aclara que esto no es colocarse en una posición sádica de rechazo a la petición de ayuda, sino que en una atenta acogida puede renunciar a jugar un papel sustitutorio del dolor del paciente y favorecer la implementación de recursos “buenos”. Como un agregado, menciona que quizás la mejor manera de evitar boicots al trabajo terapéutico, sea tratar de no utilizar las palabras “terapia familiar” al citar a la familia, y aprovechar las oportunidades en que espontáneamente concurren todos, o citarlos de alguna manera que no requiera palabras técnicas. Menciona que el o la terapeuta debe ser libre de aliarse con quien considere pertinente según la estrategia terapéutica, y que preferentemente el sistema de alianzas debe ser flexible, abarcando a todos los integrantes, haciendo notar a la familia que se encuentra aliado con la parte “buena” del sistema.

El mismo autor (Coletti, 1998), considera que es un error intervenir de manera directa sobre los problemas relacionales que se encuentran a la base del síntoma. Esto puede suceder debido a la urgencia y el dramatismo que presentan los familiares al momento de la consulta. Puntualiza que toda la primera fase del tratamiento debería centrarse en el síntoma, y que el paso a trabajar sobre los patrones comunicacionales, relacionales y relatos individuales, debe partir desde una base de reestructuración.

Autores ingleses (Copello, Velleman y Templeton, 2005) realizan una revisión sistemática y comentan que las intervenciones familiares desarrolladas en el tratamiento de alcohol y drogas pueden dividirse en tres tipos:

1. Trabajar con los miembros de la familia para promover el ingreso y compromiso de los consumidores de sustancias al tratamiento: la bibliografía revisada muestra de manera consistente que trabajar directamente con los interesados en el uso de sustancias de otra persona puede llevar a un mayor compromiso del usuario en el tratamiento.
2. Implicación conjunta de los miembros de la familia y parientes que abusan de sustancias en el tratamiento: Destacan los postulados de la *Terapia Familiar Unilateral* (Thomas, E, y Santa, C. 1982) la cual busca modificar el uso indebido de sustancias de un familiar incluso si este no asiste a tratamiento, ya que trabajan con aquellos familiares que están interesados en el cambio, fundamentalmente con el cónyuge. También destacan otros enfoques de tratamiento eficaces derivados de la terapia sistémica familiar como la *Terapia Familiar Estructural y Estratégica* (Stanton, M. & Todd, T. 1982), *Terapia tipo Bowen* (Bowen, 1978) y la *Terapia Familiar Contextual* (Boszormenyi-Nagy y Krasner, 1987). Según los autores, los estudios sobre estos modelos terapéuticos dan cuenta de que la terapia familiar es más efectiva que los instrumentos de control para involucrar a los usuarios en el tratamiento y en el post-tratamiento y seguimiento. Concluyen este apartado resaltando los aportes de la *Terapia de Red y Conducta Social* (Copello y cols., 2006), en la cual se intenta involucrar, durante aproximadamente 8 sesiones, a los miembros de la red de los abusadores de sustancias y se utilizan estrategias para desarrollar un soporte positivo de las redes sociales para el cambio.
3. Intervenciones destinadas a apoyar a los miembros de la familia afectados por el uso indebido de sustancias de un pariente: Comentan que poca atención se le ha prestado a las necesidades de familias de los consumidores de sustancias en la prestación de servicios. Los autores explican esto a partir de la escasa formación profesional en orientaciones familiares, y a como distintos modelos teóricos califican a los miembros de estas familias de manera negativa. Finalizan mencionando que aunque no existe un trabajo directo con las

familias afectadas por el uso indebido de sustancias, está surgiendo evidencia de la efectividad de las intervenciones dirigidas a estos miembros de la familia por derecho propio.

En cuanto a la pluralidad de dispositivos asistenciales que coexisten hoy en día, Abeijon (2008) describe que el consumo se ha universalizado, y emergen nuevos pacientes en los servicios. Problematiza el hecho de que existe una tendencia al aislamiento de los servicios y que resultan preocupantes las alteraciones de conducta ligadas al consumo, produciéndose un cruce de intereses entre el sistema sanitario y judicial. También avizora que en el campo de las intervenciones nos encontramos hacia un terreno de una complejidad cada vez mayor, ya que este cruce de expectativas puede incluso llevar a la generación de nuevas patologías derivadas de las intervenciones.

Corless, Mirza y Steinglass, (2009), comentan que la terapia familiar aplicada al uso indebido de sustancias ha adquirido cierta madurez, en cuanto a que las diferentes investigaciones de relevancia, más allá de las técnicas específicas y los modelos conceptuales, llegan a acuerdos en algunos puntos de los cuales se destacan:

1. El valor de trabajar terapéuticamente con las familias y sistemas completos en lugar de hacerlo solo con una persona que abusa de sustancias.
2. Una postura terapéutica que incorpora un enfoque de colaboración y no culpabilización, en lugar de un estilo jerárquico y de confrontación.
3. Reconocimiento de que los clientes pueden tener múltiples objetivos de cambio relacionados con las drogas, y si bien la abstinencia puede ser prioridad, la reducción de daños puede generar ganancias muy valiosas.
4. Una apreciación de la necesidad de adaptar el enfoque tanto a los valores familiares como a las creencias culturales de la comunidad más amplia dentro de la cual está inserta la familia.
5. Un sentido de humildad acerca de la complejidad y la causalidad multideterminista de los comportamientos adictivos junto con la tenacidad necesaria para trabajar de manera constructiva con las familias en torno al manejo de afecciones crónicas como los trastornos por abuso de sustancias.

Más cercanos en el tiempo, Vetere y Dalos (2012) proponen un modelo de abordaje mediante la integración entre la teoría del apego y el enfoque narrativo sistémico. Hipotetizan que la sustancia puede convertirse en la principal figura de apego de la persona, frente a lo cual la propuesta terapéutica puede resultar una amenaza para el paciente, debido a sus recursos deficitarios para regular sus emociones. Pero, apoyándose en los postulados de la teoría del apego, confían en que la tendencia a la conexión relacional sigue presente a pesar de todo, y estimulan la creación de vínculos emocionalmente seguros y de confianza mutua entre la familia y el paciente, para poder realizar exploraciones narrativas que incluyan en un primer momento a la contextualización del consumo como un legado, y a la comprensión del consumo como un problema. De esta manera, proponen una primera instancia de orientación sistémica con un trabajador de referencia, y una vez establecida una base relacional segura, se propone el paso a la instancia de terapia sistémica dirigida a ayudar a los miembros de la familia a hablar claro y a comunicar de forma precisa y efectiva sus necesidades, deseos y temores. Ofrecen la terapia como un contexto seguro para que la familia asuma el riesgo de confiar en los otros. Persiguen el objetivo de promover una diversidad de respuestas adaptativas y reducir la dependencia a las sustancias como principal apego, en el contexto de intercambios vinculantes más positivos entre los miembros de la familia.

Luigi Cancrini (2014) aporta una interesante observación histórica que se inserta en la contemporaneidad, al mencionar que los modelos terapéuticos iniciales estaban asociados a los heroínomaníacos, personas totalmente involucradas con la sustancia, a diferencia de los consumidores de cocaína actuales quienes presentan diverso grado de involucración con esta sustancia. Afirma que el consumo masivo de cocaína y de alcohol exige modificar los tratamientos que hoy en día se ofrecen. Por ejemplo, el trabajo bajo internación en comunidad terapéutica durante dos años era correcto para heroínomaníacos, pero para cocainómanos él considera que de uno a tres meses es un tiempo acorde,

a los fines de mantener y reforzar los recursos de relaciones sociales existentes. Propone un modelo terapéutico con cocainómanos de características confrontativas fuertes, con la ayuda de la pareja del paciente con quien se trabaja para se posiciona de manera firme frente al síntoma (se trabaja “con” la pareja, no “sobre” la pareja). De esta manera incluye la participación de la familia a los fines de constituir un frente sólido frente al síntoma, pudiendo ser también los padres y los abuelos.

Coletti (Red Relates, 2017) critica firmemente la postura de considerar a las adicciones exclusivamente como una “enfermedad del cerebro recidivante y crónica” como plantean algunos sectores de las neurociencias actuales. La crítica tiene el argumento de que tal consideración no da lugar a intervenciones terapéuticas posibles, salvo el uso de fármacos. Menciona que es necesario diferenciar entre enfoques apoyados en las *neurociencias* y aquellos que surjan desde un *neurocentrismo*, fundamentalmente en estos trastornos. Afirma que postulados de tal magnitud se encuentran apoyados en los intereses de los grandes laboratorios, y no en la evidencia clínica, evidencia que da cuenta de la influencia familiar al comienzo y durante el desarrollo de la adicción, y la importancia de esta en el acompañamiento del tratamiento.

Para finalizar este apartado, se destaca la palabra del Dr. Linares (Comunicación personal, 24 de Marzo del 2018) quien refiere que la terapia familiar sistémica claramente es propicia para tratar las adicciones, aunque no con una pauta terapéutica única, sino tantas como patrones relacionales subyacentes se presenten, pudiendo ser: destrinaguladora, vinculadora, estructurante, reconfirmadora, negociadora, recalificadora, de aceptación, etc.

3. CONCLUSIONES

3.1 DE LA REVISIÓN SISTÉMICA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS.

En la revisión de la literatura sistémica sobre esta problemática encontramos un notable y valioso desarrollo teórico entre los años 70 y 80, el cual disminuyó en los 90, y en las últimas dos décadas ha visto una disgregación de propuestas, las cuales en su mayoría aluden al tratamiento, pero no necesariamente a la comprensión del funcionamiento familiar, corriendo así el riesgo de producir dispositivos terapéuticos para familias con características de años anteriores. Aun así, los postulados desarrollados hasta ahora sobre estas familias son los que han dado lugar a modelos de intervención que han mejorado notablemente la efectividad de los tratamientos, siendo hoy la terapia familiar casi un requisito indispensable en los abordajes de estos trastornos.

Son dos los contextos que nuclea la producción de conocimiento de mayor impacto académico, por un lado el Norteamericano (Minuchin- Haley- Stanton), y dentro del Europeo, fundamentalmente Italia es el país que más sustento teórico, clínico, e investigativo, presenta al respecto (Cancrini - Cirilo - Coletti). Existe una coherencia y una continuidad entre los distintos teóricos de cada contexto, siendo Minuchin, Haley y Cancrini los más influyentes, aunque las clasificaciones de Cancrini no han sido consideradas en los últimos años con la misma relevancia que durante los 80 y los 90, siendo que es una tipología abarcativa y clarificadora, inclusive con las modificaciones familiares actuales. Resulta necesario rescatar los postulados de Cancrini e integrarlos con nuevos aportes teóricos que, vinculados entre sí, enriquezcan el abordaje actual de familias con Trastornos por el Uso de Sustancias, como, por ejemplo, terapia familiar ultramoderna (Linares, 2012).

La mayor parte de los trabajos se encuentran enfocados a las familias de los consumidores jóvenes que han desarrollado un consumo habitual y problemático, pero no tienen demasiado en cuenta lo que sucede en la configuración familiar con el paso de los años, cuando el consumo se ha vuelto crónico y el deterioro es evidente.

Por otra parte, las muestras de las investigaciones están conformadas casi exclusivamente por pacientes varones. Actualmente los trastornos por consumo de sustancias presentan un incremento notable en mujeres, inclusive apareciendo la problemática durante el embarazo, y posterior al na-

cimiento de los hijos, con las consecuencias relacionales que esto implica. En la revisión no figura otro momento histórico en que este fenómeno se presente con la frecuencia que sucede hoy en día.

Las personas con trastornos por consumo de sustancias, que se describen en los textos citados, tienen principalmente una *adicción pura*, en el sentido de que no se señalan en comorbilidad con otros trastornos. Actualmente, la patología dual es lo que impera en la clínica cotidiana en cuanto a casos complejos. Esto nos pone en serios apuros, ya que si tenemos un Depresivo Mayor, que a su vez consume cocaína frecuentemente ¿A qué configuración familiar pertenece? ¿A la descrita por Linares (2000) para pacientes depresivos, o la de Stanton y Todd (1982) para toxicodependientes? ¿Hacia dónde debemos dirigir las intervenciones familiares? La patología dual no es hoy a la excepción, sino es más bien la regla para casos complejos, por este motivo es imprescindible acudir a la integración de propuestas terapéuticas a los fines de aumentar nuestra comprensión y efectividad clínica. Un modelo de abordaje integrativo sistémico, en trastornos por consumo de sustancias, será presentado en un artículo posterior (Autor, 2018).

Otro punto a destacar de la revisión literaria, es que impresiona una ausencia de responsabilización al padre sobre el acontecer del hijo con problemas de consumo. Más bien, se observa una carga notable e histórica hacia la madre. Es fundamental virar, de una manera ultramoderna (Linares, 2012), hacia la responsabilización de todos los individuos involucrados en el problema, y hacia la focalización de los recursos resilientes y positivos de la familia, y de cada uno de sus integrantes, aspectos prácticamente nunca focalizados en la literatura relacional sobre las adicciones.

Por las razones expuestas es que resulta necesaria una actualización teórica de la configuración familiar en trastornos por el uso de sustancias en la actualidad, debido a las modificaciones organizacionales, funcionales y problemáticas que tan vertiginosamente se han dado en las últimas décadas a nivel mundial. Aunque dicha actualización lleve a encontrarnos con que las especificidades de las familias con consumo de sustancias se hallen, en algún punto, diluidas frente a la expansión global del consumo.

3.2 DE LA REVISIÓN SISTÉMICA SOBRE EL ABORDAJE TERAPÉUTICO FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS

Es notable la evidencia que avala la eficacia del tratamiento familiar en los abordajes en trastornos por consumo de sustancias. Los desarrollos iniciales establecieron las bases sobre las cuales se implementan hoy en día los trabajos terapéuticos con estas familias, fundamentalmente mediante dos tipos de intervenciones: estructurales o estratégicas/paradójicas, según lo requiera el caso.

Los dispositivos asistenciales han tenido un desarrollo teórico más prolongando en el tiempo que los conceptos sobre el funcionamiento familiar propiamente dicho. Podemos rastrear un recorrido asistencial que va desde la terapia familiar individual, pasando a la terapia multifamiliar, hasta la terapia de red y comunitaria. Existe un acuerdo en la conveniencia de incluir en el abordaje a otros contextos más amplios que el familiar, siempre y cuando no sustituyan a la terapia familiar individual cuando el trastorno es grave.

Los modelos terapéuticos presentados, en general, coinciden con la sugerencia de comenzar por controlar el síntoma de consumo, para luego avanzar sobre las relaciones disfuncionales familiares. También pareciera haber un acuerdo en cuanto a establecer una coalición con pareja (pacientes adultos) y familia (paciente jóvenes) contra el juego sintomático que propone el paciente al inicio del tratamiento. Este último punto, en la actualidad, es de difícil aplicación en una gran cantidad de casos, ya que suele aparecer el consumo de sustancias instalado también en la pareja del paciente, o en la pareja parental de este.

En cuanto a la estructuración y a la rigidez o flexibilidad de los tratamientos, se observa que inicialmente las propuestas terapéuticas presentaban una mayor rigidez, con fases terapéuticas estructuradas, y sugerían estilos terapéuticos directivos y confrontativos. Más cerca en el tiempo, los abordajes tienden a exhibir características más flexibles, colaborativas, e incluyen la dimensión de contención emocional. Aunque el viraje no se ha completado del todo, y coexisten en la actualidad

ambos tipos de terapia familiar en estos cuadros clínicos.

La elección que se ha sostenido entre dos tipos de dispositivos terapéuticos: estructurales o estratégicos/paradójicos, responde más a la efectividad que estos tratamientos brindaron en su momento, que a las necesidades de las familias de hoy, ya que en los modelos terapéuticos presentados se piensa en pacientes adictos sin considerar los cuadros duales, ni familias con múltiples miembros consumidores de sustancias en la misma generación y en diversas líneas generacionales.

Por estas razones, resulta imprescindible rescatar postulados abarcativos, que contemplen variables emocionales y del sistema de apego, e implementar enfoques terapéuticos integrativos, a los fines de aumentar la comprensión y efectividad en el trabajo clínico sistémico con esta problemática. A su vez, es necesaria la formación de profesionales, y la construcción de dispositivos terapéuticos familiares acordes a las configuraciones y necesidades actuales de las familias que presentan trastornos por consumo de sustancias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeijon, J. (2008). Estrategias de futuro en el abordaje de las toxicomanías. El trabajo psicoterapéutico con las familias de los consumidores de drogas. Reflexiones desde Europa. *Sistemas Familiares*, 24(1), 59-85.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association: Washington, D.C.
- Bernal, G. Rodríguez, C. Diamond, G. (1990). Contextual Therapy: Brief Treatment of an Addict and Spouse. *Family Process*, 29, 59-71.
- Boszormenyi-Nagy, I. and Krasner, B. (1987) *Between give and take: A clinical guide to contextual therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss. I. Attachment. Londres: The Hogarth Press. Versión cast. (1998). El Apego. Vol. I. de la trilogía El apego y la Perdida. Barcelona: Paidós Ibérica
- Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss. Vol. II. Separation. Londres: The Hogarth Press. Versión cast. (1998). La separación. Vol. II de la trilogía el Apego y la Perdida. Buenos Aires: Paidós
- Cancrini, L. (1970). Social and Family Factors of Teenager Drug Addiction. *Europe Journal of Toxicology*. 3, 397-401.
- Cancrini, L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti*. Rome: Nuova Italia Scientifica. (Versión cast. (1991). Los temerarios en sus máquinas voladoras. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Cancrini, L. (1987). Hacia una tipología de las tóxicodependencias. En *Comunidad y Drogas*. (1, 45-57). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Cancrini, L., Cingolani, S., Constantini, D. y Mazzoni, S. (1988). Juvenile Drug Addiction: A typology of heroin addicts and their families. *Family Process*, 27(3), 261-271.
- Cancrini L. (1994). The Psychopathology of Drug Addiction. A Review. *The Journal of Drug Issues*, 24(4), 597-622.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1996). La Caja de Pandora, manual de psiquiatría y psicopatología. Barcelona: Paidos
- Cancrini, L. (2014). Terapia familiar y adicción a la cocaína. Boletín Relates. [Mensaje en un blog] Recuperado de <http://redrelates-boletin.org/terapia-familiar-y-adiccion-a-la-cocaina/>
- Cirilo, S., Berrini, R., Cambiasi, G., Mazza, R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Milan: Cortina
- Coletti, M. (1987). Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias. En *Comunidad y drogas*. (1, 11-19). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Coletti, M. (1998). La terapia familiar con las familias de los tóxicodependientes. En *V Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque Comunitario* (507-519). Cádiz: Diputación Provincial.
- Copello, A. Velleman, R. y Templeton, L. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug & Alcohol Review*, 24, 369-385.
- Copello, A. Williamson, E. Orford, J. y Day, E. (2006). Implementing and evaluating social behaviour and network therapy in drug treatment practice in the UK: a feasibility study. *Addict Behavior*. 31, 802-810
- Corless, J. Mirza, K. y Steinglass, P. (2009). Family therapy for substance misuse: the maturation of a field. *Journal of Family Therapy*, 31: 109-114. doi:10.1111/j.1467-6427.2009.00457.x
- Haley, J. (1967). Towards a theory of pathological systems. En J. H. Zuk e I. Boszormenyi-Nagy (comps.), *Family therapy and disturbed families*, Palo Alto, Science and Behaviour Books.
- Haley, J. (1980). *Leaving home: The therapy of disturbed young people*. New York: McGraw-Hill.
- Harbin, H. y Maziar, Howard. (1975). The Families of Drug Abusers: A Literature Review. *Family Process*. 14:411-431.
- Kaufman, E. and Kaufman, P. (1979). *Family therapy of drug and alcohol abuse*. New York: Gardner Press.
- Kaufman, E. (1980). Myth and Reality in the Family Patterns and Treatment of Substance Abusers. *Drug and Alcohol Abuse*, 7(3,4) 257-279.
- Kaufman, E. y Borders, L. (1984). Adolescent substance abuse in Anglo-American families. *Journal of Drug Issues*, 2, 365-377.
- Linares, J. L. y Coletti, M. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Linares, J. L. y Campo. C. (2000). *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Linares, J. L. (2012). *La Terapia Familiar Ultramoderna*. Barcelona: Herder.
- Minuchin, S. (1975). *Families and Family Therapy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- Red Relates (Red Relates) (2017, 12 de Septiembre). *Prof. Maurizio Coletti*. [Archivo de video]. Recuperado de <https://vimeo.com/233589653>
- Red Relates (Red Relates) (2014, 24 de Febrero). *Terapia familiar y adicción a la cocaína*. (Archivo de video). Recuperado de <https://vimeo.com/87504034>
- Seldin, N. (1972). The Family of the Addict: A Review of the Literature. *Int. J. Addictions*, 7, 97-107.
- Stanton, M. D. (1979). Family treatment approaches to drug abuse problems. A review. *Family Process*, 18, 251-280.
- Stanton, M. D. (1980) A critique of Kaufman's "Myth and Reality in the Family Patterns and Treatment of Substance Abusers". *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 7(3-4), 281-289.
- Stanton, M. D. y Todd, T. & cols. (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: Guilford Press. Versión Cast. (1997). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- Stanton, M. D. y Todd, T.C. (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. Nueva York: Guilford Press.
- Vetere, A. Dallos, R. (2009) *Systemic Therapy and Attachment Narratives*. Routledge. Versión cast. (2012) *Apego y Terapia Narrativa. Un modelo integrador*. Madrid: Morata.

Bateson, G. (1971). The cybernetics of "self": A theory of alcoholism. *Psychiatry*, 34(1), 1-18.

Coletti, M. (1991). Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias. *Perspectivas Sistémicas*.

Coletti, M. (1994). Family therapy with drug addicts' families. *Journal of Drug Issues*, 24(4), 623-638.

Copello A. Orford, J. Hodgson, R. Tober, G. y Barrett, C. (2002). Social behaviour and network therapy: basic principles and early experiences. *Addict Behaviors*, 27, 345 - 66.

Kaufman, E. (1981). Family Structures of Narcotic Addicts. *The International Journal of the Addictions*, 16(2), 273-282.

Kaufman, E. (1985) *Substance abuse and family therapy*. New York: Grune & Stratton

Stanton, M. D. (2008) Drugs and The Family, *Marriage & Family Review*, 2(1), 1-11.

Alianza terapéutica y proceso discursivo: las dos ramas del análisis de proceso en terapia familiar. Una revisión de la literatura

Therapeutic alliance and discursive process: the two branches of process research in family therapy. A literature review

Victoria Cervantes Camacho^a, Laura Fruggeri^b

^aDepartamento de Humanidades, Ciencias Sociales e Industrias Culturales – Unidad de Psicología, Universidad de Parma. Email: victoria.cervantescamacho@studenti.unipr.it

^bDepartamento de Humanidades, Ciencias Sociales e Industrias Culturales – Unidad de Psicología, Universidad de Parma.

Historia editorial

Recibido: 22-03-2018

Primera revisión: 13-09-2018

Aceptado: 21-11-2018

Palabras clave

investigación de proceso,
investigación de resultados,
alianza, proceso discursivo

Resumen

La investigación en el contexto de la terapia familiar y de pareja, como en el caso de otros modelos de terapia, se ha enfocado, desde hace varias décadas, en la dimensión de los resultados; sin embargo, más recientemente, la comprensión del proceso terapéutico y las intervenciones empleadas en el transcurso de su desarrollo, ha adquirido cada vez mayor relevancia. Dentro de éste campo de estudio destaca la relación terapéutica, específicamente en el ámbito de la alianza terapéutica y del proceso discursivo, como elemento cardinal en la generación de cambios y transformaciones presentes en el continuo del proceso terapéutico y en el cierre exitoso del mismo, que constata su eficacia. Al mismo tiempo, el entendimiento de estos dos ámbitos es fundamental para entender cómo se originan dichos cambios y qué factores intervienen en su producción. En esta reseña me propongo brindar una perspectiva del momento actual en la Investigación de Proceso, específicamente en lo que concierne a la alianza y al proceso discursivo, sintetizando los hallazgos empíricos, las definiciones y las construcciones teóricas asociadas a este campo de investigación.

Abstract

Research in the context of family and couple therapy, as in the case of other models of therapy, has focused, for several decades, on the dimension of the outcomes; however, more recently, the understanding of the therapeutic process and the interventions used in the course of its development has become increasingly relevant. Within this field of study, the therapeutic relationship stands out, specifically in the field of the therapeutic alliance and the discursive process, as a cardinal element in the generation of changes and transformations present in the continuum of the therapeutic process and in the successful closure of it, that confirms its effectiveness. At the same time, the understanding of these two areas is fundamental to understand how these changes occur and what factors intervene in their production. In this review, I intend to offer a perspective of the current moment in the process research, specifically with regard to the alliance and the discursive process, synthesizing the empirical findings, the definitions and the theoretical constructions associated with this research field.

Keywords

process research, outcome
research, alliance, discursive
process

La terapia familiar sistémica, como otros modelos de terapia, se ha incorporado a la reflexión sobre de la importancia de argumentar su funcionalidad y la validez de sus métodos. El tema de la investigación en psicoterapia ha sido muy relevante en virtud de comprender y legitimar sus resultados.

A partir de mediados de los 70, la investigación sobre los resultados en terapia familiar ha sido desarrollada de manera plausible, erigiendo un campo de investigación conocido como “investigación de resultados”, cuyo cuerpo de investigaciones busca demostrar la eficacia del enfoque terapéutico. Cientos de estudios aleatorios y metanálisis (Shadish et al., 1997; Shadish y Baldwin, 2003) han abordado la efectividad de la terapia familiar sistémica en comparación con otros tipos de tratamiento como la hospitalización o el uso de fármacos.

Especialmente a partir de la década de los 2000 se ha realizado una importante investigación sobre la eficacia de la terapia familiar sistémica para tratar una amplia gama de problemáticas actuales, como ansiedad, depresión, alcoholismo, desórdenes alimenticios, esquizofrenia, psicosis, entre otros (Leff et al., 2000; Carr, 2014ab; Shadish & Baldwin, 2003; Stratton, 2011).

Si bien la investigación en terapia ha ampliado cada vez más la comprensión de los resultados al final de la terapia, ha permanecido considerablemente en la frontera cuando el objetivo ha sido entender cuáles tratamientos funcionan y por qué (Kazdin, 2009). Captar la complejidad del proceso terapéutico a medida que éste se desarrolla y comprender qué procesos de intervención producen ciertos resultados son piezas esenciales de la constitución de un campo de investigación que, como menciona Kazdin (2007), se oriente a la elección de estrategias adecuadas que activen el cambio y al reconocimiento de las facetas de la terapia más influyentes sobre los resultados.

La investigación sobre los factores comunes ha figurado en la investigación en terapia como un eslabón entre la investigación de resultados y la investigación de proceso al ocuparse de explorar las variables que contribuyen al cambio, las cuales incluyen los comportamientos, los significados, las interacciones y las relaciones al interior del sistema terapéutico (Sprenkle, Davis y Lebow, 2009, Lambert y Hill, 1994).

Corbella y Botella (2003) señalan la relación terapéutica como un aspecto determinante para la eficacia de la terapia y como el principal factor común de las diversas orientaciones psicoterapéuticas. Al mismo tiempo, señalan a la alianza terapéutica como el principal factor integrante y modulador de la relación terapéutica y como un elemento fundamental tanto en el proceso como en el resultado final de la terapia.

La alianza constituye un eje central en el desarrollo de teorías y metodologías tanto en la investigación de resultados como en la investigación de procesos; muchos investigadores se han enfocado en el desarrollo de instrumentos que permitan estudiar y dar seguimiento a su dinámica y entender cómo se generan rupturas, cómo pueden repararse y cómo se puede reforzar la alianza (Friedlander et al., 2006). El paso de los resultados a los procesos y las relaciones en terapia plantea nuevas cuestiones metodológicas, que van desde la definición de la relación terapéutica hasta los procedimientos e instrumentos a través de los cuales se pueden analizar las relaciones.

El estudio del proceso discursivo se agrega al estudio sobre la alianza con el objetivo de entender los factores que contribuyen al cambio; este campo de investigación orienta la mirada hacia la construcción de significados en las relaciones y la manera en que éstos median la generación de los cambios a lo largo del proceso terapéutico. La investigación en éste ámbito se ha enfocado principalmente en el empleo de los discursos, en las posiciones de los sujetos y en la negociación de significados, interesándose en la forma en que éstos se relacionan con el cambio en diversos momentos de la terapia (Georgaca y Avdi, 2009; Gale, 2010; Dioronou y Tseliou, 2014). Quienes se ocupan de ésta área de investigación, destacan la necesidad del uso de metodologías que consideren la epistemología y teoría pertinente en el estudio del proceso de la terapia, esto es, los principios constructivistas, narrativos y dialógicos (Avdi, 2016).

La construcción de la alianza y la manera en que se desarrolla el proceso discursivo, son de gran interés para entender la manera en que se desarrolla el cambio en terapia y cuáles son los factores que intervienen en éste. El proceso terapéutico es un continuo que no culmina con un cambio o movimiento final, sino que está constituido de múltiples movimientos y cambios que se desarrollan en el transcurso de la terapia.

Si bien la investigación de procesos en terapia familiar ha ido adquiriendo cada vez más relevancia, la literatura encontrada en el campo carece de una estructura regular en términos de metodología y hallazgos. Esta revisión tiene como propósito ofrecer una visión del momento actual de la investigación de proceso, específicamente en el tema de la alianza y del proceso discursivo, condensando los hallazgos empíricos, las definiciones y las construcciones teóricas asociadas a la investigación.

Se inicia con un análisis preliminar sobre el trayecto que ha recorrido la investigación en terapia familiar abordando, en primera instancia, la investigación de resultados, que crea un puente con la investigación de proceso a través del estudio de la alianza. Se hace un espacio para tratar el estudio de la alianza en terapia individual como antesala del estudio de la alianza en terapia familiar y de pareja. Posteriormente se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura para mapear y clasificar el conocimiento científico disponible sobre la investigación de proceso, específicamente en el tema de la alianza terapéutica y el proceso discursivo, para identificar las brechas existentes. Finalmente, se plantea un resumen de los hallazgos a manera de conclusión sobre los aspectos metodológicos, la relevancia y los límites de las aportaciones estudiadas.

2. ANÁLISIS PRELIMINAR

VACÍOS METODOLÓGICOS A COLMAR EN LA INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

Como se ha mencionado en las primeras líneas, la investigación en terapia familiar y de pareja ha tenido un importante desarrollo a partir de los años 70, concentrando importantes estudios en los años 2000. Si bien la investigación sobre resultados ha aportado mucho en la rendición de cuentas de la terapia familiar, se pueden plantear algunas críticas, la mayor parte de ellas de naturaleza metodológica y epistemológica.

Destacadas reseñas de estudios sobre investigación de resultado han identificado diversos puntos de debilidad en cuanto a:

1. La manera controvertible en que el éxito y el cambio en terapia son conceptualizados y operacionalizados (Davey, Davey, Tubbs, Savla, & Anderson, 2012). El cambio, como es entendido en la terapia sistémica, aún no cuenta con una operacionalización clara y organizada de modo que pueda traducirse en práctica clínica e investigación basadas en evidencia. Casi toda la investigación que se ha realizado para estudiar el cambio terapéutico es de tipo cualitativo; los autores deducen que esto se debe probablemente a que el cambio no es algo específico, bien definido, que puede ser fácilmente operacionalizado y evaluado, por lo que aún no hay suficiente evidencia empírica a este respecto.

2. La idoneidad de las mediciones usadas en investigación de resultado sobre terapia de pareja y familia, así como la elección de los instrumentos usados para medir los resultados clínicos, ambas cuestionables en términos de validez de los datos y de la posibilidad de comparar los resultados entre diversos estudios. No existe un consenso acerca de cuáles son las mejores mediciones que puedan ser aplicadas de manera sistemática en evaluación clínica o en la generalidad de los estudios de resultados en terapia (Bray y Jouriles, 1995; Sprenkle, 2003). En particular, en una revisión sistemática de 25 estudios de resultados en terapia de pareja y familia publicados en revistas de salud mental entre Enero de 1990 y Diciembre del 2005 (Sanderson et al., 2009), se encontró un amplio rango de instrumentos usados en la investigación de resultados en terapia de familia y pareja, lo cual

hacia imposible la comparación de tales resultados entre los diferentes estudios. Por otra parte, esta revisión mostró que para la mayoría de los estudios se había utilizado solo un número limitado de instrumentos que contaban con una confiabilidad y validez adecuadamente establecidas y la mayoría de las mediciones en terapia familiar no se habían desarrollado ni validado con familias de diferentes orígenes culturales. Finalmente, la mayoría de los estudios se basaron en una sola fuente de medición como, por ejemplo, el auto informe. Esta revisión confirma los hallazgos de estudios previos que también se enfocaban en la medición de resultados, en los cuales se observó una cuestionable validez de constructo (Filsinger, 1983; Gurman & Kniskern, 1981; L'Abate & Bagarozzi, 1993; Schumm, 2001).

3. La manera en que la terapia familiar es operacionalizada (Davey et al., 2012). Operacionalizar y estandarizar el tratamiento bajo evaluación es de suma importancia para lograr un control sobre las variables independientes y el establecimiento de una relación causa-efecto entre las intervenciones terapéuticas y el éxito de éstas. La necesidad de estandarización y operacionalización de los modelos terapéuticos ha llevado a la construcción de manuales (Jones y Asen, 2000). Al mismo tiempo, la manualización de la terapia familiar es tanto un objetivo de gran importancia para la constitución de la investigación sobre resultados como uno de los temas más debatidos. De hecho, existe una amplia gama de protocolos y manuales de tratamiento usados en la investigación sobre resultados en terapia familiar que difieren en estructura y contenido, lo cual se suma a los argumentos sobre la existencia de importantes diferencias entre las definiciones sobre qué es la terapia familiar (Diamond, Siqueland y Diamond, 2003). El uso de manuales como una manera de reducir la variabilidad de las intervenciones continúa siendo un tema central en la investigación sobre los resultados. Sin embargo, como ha subrayado Lerner (2004), es difícil satisfacer los estándares de la investigación sobre resultados en éste aspecto debido a que la terapia sistémica no es solamente la aplicación de técnicas; se basa más bien en el lenguaje y se centra en el proceso de la relación (quién dice qué, a quién y en qué momento). Por otro lado, las particularidades de cada terapia pueden variar de acuerdo con el terapeuta, la complejidad del contexto y el tipo de clientes. Más aún, el enfoque sistémico reconoce y hace hincapié en la importancia de la cultura, el género, las políticas, la espiritualidad y otros temas en el desarrollo del proceso terapéutico (Burnham, Alvis Palma y Whitehouse, 2008). En este sentido, la terapia sistémica debe estar en la posición de responder de manera flexible al discurso de los clientes, tomando ventaja de la posibilidad de escoger las palabras para formular respuestas. Sin tal flexibilidad, a través de la cual es mantenida la relación terapéutica, existe el riesgo de reducir la terapia a una aplicación mecánica de un conjunto de técnicas, lo cual deja de lado el contexto (Roy-Chowdhury, 2003). Todos estos elementos hacen de la terapia sistémica un proceso interpersonal y social llevado a cabo en un ambiente natural que no puede ser traducido simplemente en un protocolo paso a paso o en un manual.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO SOBRE LA GESTACIÓN DEL CAMBIO DURANTE EL PROCESO TERAPÉUTICO

Además de estas consideraciones concernientes al aspecto metodológico, una crítica más radical a la investigación de resultados es sobre el hecho de que la evidencia derivada de estos estudios es solamente acerca de la parte conclusiva de los procesos; es menos la investigación que enfatiza y registra la manera en que se produce el cambio (Sprenkle, 2002; Sprenkle y Blow, 2004). En la literatura actual podemos encontrar estas advertencias, no como un divorcio con la investigación sobre el éxito de la terapia, sino más bien como un esfuerzo para puntuar sus límites funcionales y aplicativos (Fruggeri, 2012), buscando extender el campo de la investigación basada en la evidencia no sólo al ámbito de si la terapia funciona o no, sino también a la exploración de qué tratamientos funcionan y por qué, es decir, a qué se debe el cambio (Kazdin, 2009). Comprender mejor los procesos que explican el cambio implicará también una mayor capacidad de optimizarlo y se verá facilitada la elección de las estrategias más adecuadas para activarlo, así como el reconocimiento de las facetas de la terapia más influyentes en los resultados (Kazdin, 2007). Este vínculo entre la teoría sobre

resultados y la teoría sobre los procesos es de gran importancia para presentar un modelo sólido que reúna la práctica y los datos basados en evidencia en terapia familiar (Heatherington, Friedlander y Greenberg, 2005; Sexton y Datchi, 2014).

Encuadrando la idea de investigar los factores que influye en el resultado positivo de la psicoterapia, varios estudios han encontrado que son precisamente las variables no controladas, los componentes no específicos de cada modelo, las que son más relevantes en un resultado del éxito terapéutico (Blow, Sprenkle y Davis, 2007). En este sentido, la teoría de los factores comunes sugiere que diferentes modelos de terapia promueven el cambio a través de mecanismos que no son exclusivos de un solo modelo (Sprenkle y Blow, 2004); de hecho, parece ser que los factores comunes son más importantes para explicar el cambio en la terapia que las técnicas terapéuticas específicas de cada modelo (Drisko, 2004).

Algunos de los datos más importantes en la investigación psicoterapéutica en los últimos 25 años son aquellos que se refieren a los factores comunes y su relación con el cambio en la psicoterapia (Heatherington, Friedlander, Diamond, Escudero y Pinsof, 2015). Los “factores comunes” se refieren a aquellas variables que contribuyen al cambio, pero que no son específicas de ningún enfoque teórico o modelo en particular. Incluyen comportamientos, percepciones y significados que pacientes y terapeutas atribuyen a la terapia, así como patrones de relación entre ellos (Sprenkle et al., 2009).

Lambert (1992) los conceptualiza como aspectos comunes a las intervenciones, que es posible encontrar en diferentes modelos bajo diferentes nombres (por ejemplo, crear cambios en el significado puede ser etiquetado como “reformulación” o “externalización del problema”), mientras que para Hubble, Duncan y Miller, (1999) los factores comunes incluyen otras dimensiones de los componentes del escenario de tratamiento, esto es, los clientes, los terapeutas y las variables referentes a las expectativas.

Siguiendo estos hallazgos y reflexiones, ha sido adoptada una importante iniciativa de investigación que se ha centrado en el estudio de lo que pasa al interior de la psicoterapia, haciendo énfasis de manera especial en el comportamiento y en la vivencia tanto del cliente como del terapeuta (Pinsof y Wyne, 2000). El campo comúnmente definido como Investigación de Proceso (Process Research) incluye todos aquellos estudios que buscan responder a las preguntas sobre el cómo funciona la psicoterapia y cuáles son los mecanismos relacionados con el cambio terapéutico. Basándose en la teoría de factores comunes, los estudios que pueden ser agrupados bajo la etiqueta de Investigación de Proceso se centran en procesos y relaciones.

IMPORTANCIA DE LA ALIANZA COMO FACTOR DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA

La alianza, a menudo ha sido considerada como el componente principal de la relación terapéutica en la investigación de los factores comunes. Comenzó a ser considerada un elemento relevante en los modelos psicoterapéuticos individuales, pero hoy en día también es reconocida por diferentes enfoques, incluyendo, por supuesto, la terapia sistémica. Según Bordin (1979), la alianza es el factor de cambio más importante conseguido a través de la psicoterapia. La alianza terapéutica consiste en establecer vínculos y negociar los objetivos y tareas de tratamiento entre todos los miembros del sistema terapéutico. Los tres constructos de alianza de Bordin (1994) incluyen tres componentes: las tareas (el grado en que el cliente se siente cómodo con las actividades de la terapia y las encuentra creíbles), los objetivos (acuerdo entre el cliente y el terapeuta sobre los objetivos de la terapia) y los vínculos (la calidad afectiva en la relación terapeuta-cliente, incluyendo confianza, calidez y cuidado). La conceptualización de Bordin sobre la alianza ha sido la más completa y útil para comprender el contenido del concepto y, aun cuando fue formulada en el campo de la terapia individual, es muy relevante también en la terapia de pareja y de familia. Se ha encontrado que el cambio terapéutico está menos relacionado con los métodos de intervención y los factores particulares de cada tratamiento. En cambio, parece que algunos aspectos del tratamiento, como una alianza fuerte y las características del cliente y su entorno (Duncan, Miller y Sparks, 2004, Lambert y Ogles,

2004), están más relacionados con el cambio terapéutico. En el gran número de estudios que se han realizado desde diferentes perspectivas de psicoterapia, la alianza es predictiva de los resultados cuando se mide en las etapas tempranas del tratamiento.

Dentro de la literatura revisada se encontraron cuatro meta-análisis relevantes sobre estudios vinculados con terapia individual (Horvath y Symonds, 1991; Martin, Garske y Davis, 2000; Horvath y Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger, y Symonds, 2011), que dan importancia a la correlación de la alianza terapéutica con los resultados; en estos meta-análisis resulta relevante el momento del tratamiento en que se ha hecho la medición de la alianza y quién realiza la evaluación de la que provienen tales mediciones (clientes, terapeutas u observadores). Las cuatro publicaciones destacan que la medición de la alianza obtenida durante la fase inicial de terapia es un predictor de éxito del tratamiento más fuerte que el obtenido durante las fases medias del proceso terapéutico. Por otro lado, Horvath y Symonds (1991) y Horvath y Bedi (2002) coinciden en que la relación entre la alianza y los resultados es mayor cuando se utilizan las calificaciones realizadas por los clientes, seguidas de las hechas por los observadores y, por último, aquellas elaboradas por los terapeutas.

Hovart et al. (2011) encontraron una fuerte correlación entre la alianza y el éxito en la terapia y obtuvieron algunas conclusiones importantes sobre la alianza: a) consolidar una buena alianza al inicio del tratamiento, previene el abandono por parte del cliente; b) no es el terapeuta quien construye la alianza, sino que ésta se forja en el mismo proceso terapéutico, contribuyendo a la creación de un espacio de trabajo colaborativo y, al mismo tiempo, como una medida del compromiso y la colaboración tanto del cliente como del terapeuta; c) la alianza no es un componente constante en la terapia ni la percepción que tienen de ella cliente y terapeuta en diferentes momentos del proceso, por lo que el terapeuta debe prestar atención a ella en cada momento de la terapia y responder oportunamente a las variaciones, para seguir un camino que lleve hacia resultados positivos del tratamiento.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el estado del arte respecto a la investigación de proceso en terapia sistémica familiar y de pareja? De manera más específica, ¿cómo han sido abordados los temas de alianza y proceso discursivo y cómo ha sido afrontada la relación entre estos dos factores relevantes en la relación terapéutica?

Ya del análisis preliminar de la literatura científica, es claro que la mayoría de los estudios sobre el proceso terapéutico se centran en los resultados finales de la terapia, desatendiendo las dinámicas que afectan el proceso en sí y que desencadenan cambios en el transcurso de éste.

A partir de las críticas y consideraciones anteriores, la investigación de proceso ha ido creciendo cada vez más en el campo de la terapia de pareja y familia. Últimamente, ha sido el tema central de varias conferencias. Entre otras, las más significativas son las que se celebraron en la Tavistock Clinic de Londres en 2012 y las dos Conferencias Internacionales celebradas en Heidelberg en 2014 y 2017. Además, las principales revistas del campo han estado proponiendo más y más contribuciones abogando por la investigación sobre procesos como evidencia crucial en el campo de la terapia familiar y de pareja. Sin embargo, hallamos en la literatura pocas revisiones sistemáticas (Gehart, Ratliff y Lyle, 2001; Avdi y Georgaca, 2007; Tseliou, 2013), como las hemos encontrado en el caso de la investigación de resultados, lo cual ofrece alguna información sobre el estado del arte de la investigación de procesos.

La presente revisión tiene como objetivo proporcionar una visión general de la literatura orientada a examinar el proceso de cambio terapéutico, señalando cuál es el enfoque de los estudios, qué metodologías e instrumentos se han utilizado, y los hallazgos más importantes.

Esta es una revisión sistemática cuyo fin es mapear y categorizar la bibliografía existente acerca de la Investigación de Proceso en terapia sistémica e identificar lagunas en la literatura científica.

La búsqueda bibliográfica ha sido limitada a artículos, revisiones científicas y capítulos de libros publicados en el periodo comprendido entre el año 2000 y el año 2016. Casi todas las publicaciones son concernientes al trabajo en terapia sistémica con familias y parejas. Se han incluido cinco documentos anteriores al año 2000 por la relevancia que tienen con relación a la gestación de la investigación de proceso en terapia familiar y de pareja.

El examen del material ha previsto dos fases: a) la recopilación de las fuentes disponibles en las bases de datos PsycInfo y Scopus; b) la recopilación de las referencias bibliográficas significativas surgidas del corpus plasmado en el punto (a). El objetivo de la búsqueda fue examinar la perspectiva teórica-epistemológica, la pregunta de investigación, las unidades de análisis, la metodología utilizada y los datos empíricos, por lo que se utilizó la siguiente cadena de búsqueda: (*outcome research OR process research*) AND (*family therapy AND couple therapy*) WITHOUT (*behavioral and cognitive therapy*) AND (*review OR studies OR change OR methodology*). Ésta cadena de búsqueda fue aplicada al título, el resumen y las palabras claves de cada publicación.

La búsqueda llevó a un corpus de 187 productos: 139 de PsycInfo y 12 de Scopus. Las publicaciones extraídas de los artículos recopilados en las dos bancas de datos son 36.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Del corpus total de 187 publicaciones, 21 eran duplicados y han sido eliminadas. Esto dejó un corpus de 166 contribuciones de las cuales fueron excluidas los artículos de revistas médicas (N = 8), artículos relativos a modelos de terapia no sistémica (N = 21) y artículos que hablan sobre el tratamiento de problemas específicos, como alcoholismo, desórdenes alimenticios y esquizofrenia (N = 9). También se excluyeron estudios sobre terapia individual (N = 6). Así mismo, se excluyeron artículos escritos en idiomas diferentes al inglés, italiano o español (N = 4). Esto ha dejado un corpus de 110 contribuciones, de las cuales, 106 artículos de investigación, reseñas o meta-análisis y ocho contribuciones de libros.

Este corpus de documentos ha confirmado el análisis preliminar, es decir, la escasez de publicaciones con respecto a la investigación de proceso mientras abundan aquellas relativas a la investigación de resultados.

5. RESULTADOS

De las 110 contribuciones tomadas en consideración, 73 documentos, entre artículos y capítulos de libro, son sobre investigación de resultados y temas relacionados con distintos aspectos de la investigación de resultados; estas publicaciones fueron útiles para citar la investigación en psicoterapia que han proporcionado la antesala a la Investigación de Proceso y han conformado parte de la introducción, el Análisis Preliminar y el desarrollo del marco teórico en general. El corpus total de productos concernientes a la Investigación de Proceso queda constituido por 41 documentos, de los cuales, 16 artículos y cuatro capítulos de libro y una disertación doctoral son respecto a la alianza terapéutica y 16 artículos y cuatro capítulos de libro conciernen al proceso discursivo. Estos documentos se encuentran señalados en la bibliografía con un asterisco.

LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN TERAPIA DE PAREJA Y FAMILIA

Quienes han estudiado la relación terapéutica en terapia familiar se han enfocado mucho más en aspectos como la movilización de la homeostasis familiar, el trabajo con las opiniones de la familia sobre el problema y la búsqueda de soluciones. La atención se ha centrado en facilitar el flujo de la conversación y en la aplicación de técnicas, en lugar de crear una relación cálida con los clientes (Friedlander et al., 2006). Sin embargo, después de demostrar el papel primordial que tiene la alianza en terapia individual, ha surgido un creciente interés sobre la alianza en el campo de la terapia familiar.

Tres de los estudios sobre la alianza en terapia familiar que se revisaron en este trabajo se enfocaron en el estudio de la fuerza o magnitud de ésta (Carr, 2016; Friedlander et al., 2006; Escudero, Boogmans, Loots, y Friedlander, 2012). Se ha encontrado, como en el caso de la terapia individual, que los tratamientos eficaces se caracterizan por fuertes alianzas entre el terapeuta y la familia así como entre los miembros de la misma familia.

Dos estudios enfatizan la importancia del sentido compartido del propósito de la terapia para saber cómo marchan las alianzas al interno del sistema terapéutico (Heatherington et al., 2005; Friedlander, Heatherington y Marrs, 2000), argumentando que se puede tener una imagen del grado de acuerdo en cuanto al valor, dirección y finalidad de la terapia observando interacciones de los clientes que involucran conductas como validar el punto de vista de los otros o explicar la propia perspectiva del problema. Estos estudios encuentran que se sabe poco sobre cómo los miembros de la familia logran tal comprensión mutua y es, por tanto, un campo abierto para la investigación.

Otros escritos abordan el estudio y funcionamiento de las múltiples alianzas al interno del sistema terapéutico y la complejidad de la red de relaciones (Bartle-Haring et al., 2012; Friedlander, Heatherington y Escudero, 2016; Pinsof, 1994). Estudiar y construir la alianza en terapia familiar y de pareja parece ser más complejo que construir la alianza en terapia individual debido que, en el trabajo con familias y parejas, la alianza tiene lugar en un contexto diádico, donde la relación adquiere particular importancia por desarrollarse no solamente entre el terapeuta y una sola persona, sino entre todos los miembros del sistema.

Siguiendo con el tema de la pluralidad de alianzas al interno del sistema terapéutico, Pinsof y Catherall (1986) y Pinsof (1994, 1995) hablan de dos factores de gran importancia en terapia familiar y de pareja: el entorno terapéutico, entendido como el contexto en el que se desarrolla la terapia y que debe proporcionar seguridad a cada miembro de la familia, y el terreno común: los puntos de consenso existentes sobre los cuales trabajar. Esto implica que el vínculo con el terapeuta debe ser fuerte con cada miembro del sistema y se debe considerar que la alianza terapéutica está formada por otras: alianzas individuales cliente-terapeuta, alianzas subsistemas-terapeuta, alianzas entre terapeuta y familia y *within-system alliances*, que son las alianzas al interior de la familia y las alianzas al interior del sistema terapéutico, incluido el co-terapeuta, el supervisor y el equipo terapéutico.

INSTRUMENTOS PARA EL ESTUDIO DE LA ALIANZA EN TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

Tal vez la parte más importante de los estudios encontrados sobre la alianza son los que proponen el desarrollo y uso de instrumentos y metodologías cuyo valor reside en medir y comprender la alianza en terapia de pareja y familia considerando la complejidad que implican las múltiples relaciones al interno de ésta (Friedlander et al., 2006; Pinsof y Catherall, 1986; Symonds, 1999; Symonds y Horvath, 2004; Diamond et al., 1999).

Las primeras medidas adoptadas en terapia familiar y de pareja se basan en el modelo de alianza de Bordin (1979) y producen medidas de auto-informe o medidas observacionales. Se trata de tres instrumentos con alta consistencia interna, buena confiabilidad y buena validez predictiva. El primero es la Couple and Family Therapy Alliance Scale (Pinsof y Catherall, 1986). Está organizada

por subescalas que reflejan la multidimensionalidad de la alianza y toma en consideración el punto de vista tanto del cliente como del terapeuta en auto-informes. El segundo es el Working Alliance Inventory-Couples (Symonds, 1999; Symonds y Horvath, 2004), que también evalúa la alianza tanto desde el punto de vista del terapeuta como del cliente en forma de auto-informe. VTAS-R (Diamond et al., 1999) es la medida observacional de la alianza en la terapia de pareja y familia que proporciona información sobre el punto de vista de las personas que están fuera de la sesión, según las observaciones posteriores a la sesión. Se trata de una revisión de la *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* para terapia individual. Comprende dos subescalas teóricas: Contribución del cliente e Interacción entre el terapeuta y el cliente (Shelef y Diamond, 2008).

La mayor cantidad de información en lo que se refiere a instrumentos en los documentos revisados es sobre el SOATIF (*System for Observing Family Therapy Alliances*, SOFTA, en inglés), un instrumento concebido por Friedlander et al. (2006) cuyo objetivo principal fue el desarrollo de un modelo multidimensional para el estudio de la alianza. (Escudero et al., 2012) hacen una descripción del manual y las definiciones operacionales de los comportamientos al interno del sistema terapéutico, que sirven para realizar las calificaciones. Es un instrumento que, además de la perspectiva particular del trabajo de la terapia familiar y de pareja, incluye características compartidas por todos los modelos de terapia: la colaboración del cliente y los vínculos afectivos, planteados por Bordin (1979).

Comparado con los instrumentos mencionados anteriormente, el SOATIF incluye una perspectiva desde tres puntos de vista: además de los cuestionarios de autoinforme para clientes y terapeutas (SOATIF-s), también hay una escala para observadores (SOATIF-o), que califica los comportamientos de clientes y terapeutas que contribuyen a una alianza fuerte o débil. El supuesto básico del SOATIF-o es que los observadores externos pueden hacer juicios sobre la calidad y la fuerza de la alianza buscando y evaluando el significado de comportamientos específicos relacionados con la alianza (Escudero et al., 2012).

Algunos estudios abordan las bases que guiaron la realización del SOATIF. Pinosof (1994, 1995) discute la aplicabilidad transteórica de la alianza y la importancia de las conductas del cliente, específicamente las alianzas al interno de la familia, mientras que Horvath y Bedi (2002) hablan sobre la superposición conceptual y empírica entre los objetivos de la terapia y las tareas.

El SOATIF también se ha utilizado en dos estudios relacionados con el éxito de la terapia (Beck, 2003; Friedlander, Lambert, Escudero y Cragun, 2008). Un alto nivel de acuerdo entre los miembros de la familia sobre el propósito del tratamiento está altamente relacionado con el logro de los objetivos posteriores al tratamiento, incluso más que los comportamientos relacionados con las alianzas entre miembros individuales de la familia con el terapeuta (Beck, 2003). Por otro lado, las puntuaciones del SOATIF son predictivas las evaluaciones de cada sesión y de las percepciones de los clientes sobre la alianza (Friedlander et al., 2008), corroborando la suposición de que los pensamientos, sentimientos y percepciones ocultos pueden traducirse en conductas observables.

Con el SOATIF, los investigadores buscan no solamente tener información acerca del involucramiento de los clientes en la terapia y sus sentimientos hacia el terapeuta, sino también la medida en que los clientes se sienten seguros en el trabajo terapéutico con otros miembros de la familia la sensación de que todos los miembros de la familia tienen la capacidad y oportunidad de expresar opiniones, diferencias, vulnerabilidad, sin temor a ser culpados o castigados.

El desarrollo del SOATIF ha permitido que la investigación sobre la alianza en terapia familiar y de pareja se diversifique cada vez más, abarcando diversas esferas de la alianza, como las rupturas y las reparaciones y el monitoreo de ésta a lo largo del proceso terapéutico.

RUPTURA Y REPARACIÓN DE LA ALIANZA

Si bien el proceso de reparación de una ruptura aún no es una categoría de la investigación sobre la alianza en terapia familiar ampliamente desarrollada, algunos estudios comienzan a aproximarse a este tema considerando que la alianza no se construye una vez para siempre, sino que regis-

tra variaciones a lo largo del proceso terapéutico, Goldsmith (2012) aborda el tema orientando su investigación hacia cuándo y cómo se rompe la alianza y cómo se repara, encontrando que mejorar las conexiones emocionales puede ayudar a reparar las rupturas más notables en la alianza y concluyendo que en los casos en que la ruptura puede ser reparada, los resultados de la terapia suelen ser mejores que en los casos en que no hubo ninguna ruptura de la alianza.

Escudero et al., (2012) realizaron un estudio exploratorio cuyo primer objetivo fue identificar los tipos de comportamientos de los clientes que indicaban una ruptura en la terapia familiar conjunta y los que eran indicadores de reparación, para evaluar la fuerza de la alianza de trabajo, teniendo en cuenta que cuando existe un buen acuerdo sobre el propósito de las tareas, se fortalece la alianza. Introdujeron una metodología para estudiar la ruptura de la alianza y la reparación con el uso del SOATIF. Los marcadores de ruptura se referían a comportamientos de confrontación y retraimiento, interacciones hostiles dentro de la familia y un acuerdo severamente dividido en cuanto a los sentimientos expresados por los miembros de la familia hacia el psicoterapeuta. Las secuencias de comportamiento analizadas mostraron que, para reparar la alianza rota, el terapeuta se enfocó primero en la seguridad, luego en mejorar su conexión emocional con cada cliente y finalmente en ayudar a los miembros de la familia a comprender el comportamiento de cada uno y reconocer el aislamiento mutuo. Los resultados de este estudio muestran que las intervenciones de reparación pueden involucrar cualquiera (o todas) de las cuatro dimensiones de la alianza, aquellas intervenciones que son comunes a toda la psicoterapia (Compromiso y Conexión) y aquellas que son exclusivas de la terapia familiar conjunta (Seguridad y Compartir). Se observó que los mecanismos utilizados para la reparación eran muy similares a los utilizados en la terapia individual.

MONITOREANDO LA ALIANZA

Sprenkle y Blow (2004) sostienen que el SOATIF puede ser un instrumento para reconocer los comportamientos indicadores de la calidad y la fuerza de la alianza a medida que se desarrolla, dando luz sobre el proceso a través del cual la alianza se construye. Alexander, Robbins y Sexton (2000) argumentan que se sabe poco sobre qué de una buena alianza en terapia de familia y de pareja contribuye al resultado.

Blow et al., (2009) se enfocaron en encontrar cómo los eventos ocurridos en la sesión se conectan con los resultados. Encontraron que la construcción en las primeras sesiones de confianza y de un ambiente que propicie una buena alianza por parte del terapeuta, favorece un mejor involucramiento de los clientes en el proceso terapéutico y una buena permanencia en el tratamiento.

Por otro lado, Bartle-Haring, et al. (2012) encontraron que la percepción del vínculo terapéutico se manifiesta más rápidamente en la terapia individual que en la terapia familiar o en pareja debido a la mayor complejidad de las interrelaciones en ésta última.

De la literatura revisada enfocada en el estudio de alianza, podemos ver la relevancia fundamental que tiene ésta no sólo en el resultado del tratamiento sino en la manera en que el proceso se desenvuelve y las características de las relaciones al interno del proceso terapéutico y en cada momento o etapa de éste. Hay un campo abierto para comprender de manera más precisa la dinámica de la alianza en diferentes momentos del encuentro entre clientes y terapeuta. La operacionalización de la alianza es un ámbito de la investigación que aún tiene mucho que decir, incluyendo las características de clientes y terapeutas. Es justo éste aspecto el que destaca la importancia de la construcción de la relación entre los miembros del sistema terapéutico. En la siguiente parte de este documento, se discute otro tema de suma importancia vinculado a la relación terapéutica, esto es, el discurso.

7. EL PROCESO DISCURSIVO

La necesidad de entender el proceso terapéutico a medida que se desarrolla abre otro tema en la investigación en terapia familiar: la construcción del discurso. Éste se suma y converge con

el estudio de la alianza en el interés por identificar los factores que facilitan el cambio en el trabajo terapéutico. Los discursos, como los definen Frosh, Burck, Strickland-Clark y Morgan, (1996), son una serie de constructos que ofrecen la gramática necesaria y un trasfondo de creencias que la familia ha asumido y que refuerzan afirmaciones particulares o versiones sobre la realidad. Estos discursos emergen de repertorios sociales o culturales más amplios que impregnan las creencias de los individuos e influyen en las formas en que ciertos relatos llegan a dominar a otros, así como la manera en que las experiencias son organizadas por los miembros de la familia. El entendimiento de estos discursos puede dar luz sobre la manera en que se producen los cambios a medida que se desarrolla el proceso terapéutico y estos discursos sufren transformaciones.

BASES EPISTEMOLÓGICAS DEL ESTUDIO DEL PROCESO DISCURSIVO

Los documentos con los cuales se ha construido esta sección tienen una mirada socio-construccionista. Mucha de la investigación cualitativa se ha desarrollado de manera paralela al campo de la terapia sistémica, incluida la incorporación de ideas del constructivismo y el construccionismo social. Los tipos de preguntas de investigación que las metodologías de investigación cualitativa abordan son a menudo abiertas y exploratorias, con el objetivo de generar hipótesis en lugar de probarlas. Los investigadores sistémicos a menudo plantean preguntas acerca de cómo se produce el cambio terapéutico y exploran la experiencia subjetiva, los significados y los procesos pertinentes a la terapia familiar (Burck, 2005). Gran parte de las metodologías de investigación cualitativa desarrolladas en psicología, sociología y antropología son aplicables a la investigación de las experiencias y procesos subjetivos que ocupan a los profesionales sistémicos y varios de los dilemas abordados por los investigadores cualitativos resuenan en las discusiones que tienen lugar en el campo sistémico (Friedlander et al., 2000).

La mirada construccionista incluye una preferencia por la metáfora del texto, la narración y el discurso, así como un remarcado escepticismo con respecto al descubrimiento de verdades objetivas, absolutas y singulares; desde ésta perspectiva, los problemas y las soluciones se conciben como prácticas socioculturales en evolución y la terapia es vista como un proceso de influencia y transformación mutuas (Sutherland y Strong, 2011). Respecto al lenguaje, en el paradigma socio-construccionista se entiende que las palabras y enunciados no son sólo descripciones sino acciones con consecuencias prácticas que construyen y mantienen contextos sociales (Gale, 2000).

Otro marco conceptual que es importante en el campo de la investigación cualitativa en terapia familiar y de pareja es la perspectiva dialógica, que coloca la atención no en las historias mismas, sino en la narración de éstas como diálogo y en cómo las dinámicas desarrolladas al interno de éste diálogo producen cambios. La relación terapéutica se construye de manera dialógica a través de la interacción entre los miembros de la familia y el terapeuta (Fruggeri y Balestra, 2015).

La perspectiva narrativa ha enriquecido profundamente la visión del espacio de encuentro terapéutico, ayudando a los investigadores a comprender mejor cómo las personas dan sentido a sus experiencias y a sus vidas a través de historias. El narrador es identificado al contar su historia, pero siempre en una relación que se guarda entre él y quien escucha; en el enfoque dialógico, la narración de las historias es vista de manera contextual, lo que implica que dicha historia sólo existe a través de la presencia de otras personas que escuchan estas historias (Rober, van Eesbeek y Elliot, 2006). En la perspectiva dialógica, se crea espacio para la expresión emocional, la creación de nuevos significados, la multiplicidad de voces y la reorganización del repertorio de posiciones de los clientes (Avdi 2016). A través del diálogo, terapeuta y miembros de la familia construyen y negocian el significado del problema y la pluralidad de voces encuadra diferentes perspectivas en el diálogo a través de los cuales tanto el terapeuta como los miembros de la familia pueden llegar a nuevas definiciones del problema (Fruggeri y Balestra, 2015).

Los enfoques constructivistas y narrativos de terapia familiar buscan involucrar a los clientes en un propósito conjunto para pensar y hablar sobre sus vidas de manera que enfatizen las posibilidades, en lugar de “realidades” clínicas que limitan, así como las soluciones en lugar de los proble-

mas (Friedlander et al., 2000). Los terapeutas con este enfoque se implican en el uso del lenguaje cotidiano de los clientes al co-construir problemas y soluciones, evitando el diálogo terapéutico ligado a su conocimiento como “expertos”, de modo que los clientes tienen espacio para influir en el desarrollo y contenido del proceso terapéutico (Sutherland y Strong, 2011). La terapia, en este sentido, es una tarea conjunta en la que todos los miembros de la familia y el terapeuta, se orientan entre sí en un esfuerzo por alcanzar un cierto nivel de comprensión compartida (Rober et al., 2006).

MÉTODOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PROCESO DISCURSIVO

Las investigaciones revisadas han utilizado casi siempre uno o una combinación de tres métodos: análisis del discurso (AD), análisis de la conversación (AC) o análisis narrativo (AN). Si bien se puede encontrar en algunos casos una crítica respecto a la poca definición metodológica, el uso de una combinación de métodos en varios de los estudios ha representado para los autores un enriquecimiento en la información obtenida. Dado que en el escrutinio de sesiones de terapia familiar el investigador se halla con interacciones complejas, algunos de ellos piensan que es necesario ser metodológicamente creativo y abierto con el objetivo de alcanzar respuestas más ricas a sus preguntas. Cada metodología de investigación puede resaltar diferentes aspectos del material en una investigación cualitativa y abordar diferentes preguntas de investigación (Burck, 2005), por lo que cada uno puede dar luz sobre diferentes aspectos que, en conjunto, potencien el conocimiento adquirido.

Para Rober y Borsca (2016), las tres metodologías mencionadas, AD, AC y AN, tienen una construcción social en lugar de una base filosófica realista, en el sentido de que ven el lenguaje como una construcción social producida por personas en un determinado contexto social, cultural e histórico. A pesar de ello, se pueden distinguir entre sí en la forma en que enfatizan diferentes aspectos de la construcción social en su aplicación práctica.

En el AD el enfoque no solo se centra en lo que sucede entre los interlocutores de una conversación, sino también en las relaciones de poder socioculturales externas que penetran y configuran las interacciones de éstos. El concepto de posicionamiento permite al AD comprender algunas de las formas en que los clientes (y a veces los terapeutas) son atrapados en contextos discursivos restrictivos que limitan sus posibilidades de acción.

En cada conversación, los participantes interactúan adoptando diferentes perspectivas que están relacionadas con la identidad multifacética de cada uno y los orientan a ubicarse (a sí mismos y a los demás), sentir y actuar en maneras particulares (Fruggeri y Balestra, 2015).

En sí, el AD se enfoca en dos características de la charla: cambios en la flexibilidad del empleo de una amplia gama de discursos y posiciones, y cambios en la forma en que se negocia discursivamente en las conversaciones clínicas (Avdi, 2005). Se acopla bien con el interés de los psicoterapeutas sistémicos por el lenguaje y los significados y ofrece un marco para la deconstrucción de los últimos. Brinda una forma de analizar las maneras de hablar con las que los individuos explican y dan sentido a sí mismos y a sus mundos sociales; uno de sus principios básicos es que el lenguaje es usado por las personas para construir versiones del mundo social, por lo que es influyente y no neutral en la constitución y reconstitución de la identidad a través de discursos y representaciones. Al realizar AD se busca identificar los argumentos y repertorios interpretativos que los individuos utilizan para dar sentido a su mundo y examinar sus consecuencias y limitaciones (Burck, 2005).

Por su parte, el AC se enfoca principalmente en “interacciones en la conversación”; los interlocutores logran a través de su lenguaje, tanto verbal como no verbal, y los cambios de turno, la producción de regularidades interaccionales (Rober y Borsca, 2016).

El uso del lenguaje es visto como el medio interactivo por medio del cual las personas se relacionan bajo ciertas normas. Cuando se producen desviaciones de lo que es aceptablemente familiar, surgen problemas, que se mueven y transforman conversacionalmente o se rompe la organización social de la conversación. En la conversación se negocian turnos, preferencias, entendimientos, pausas, solapamientos, cambios de volumen y entonación, a través de los cuales se conforman los giros de la conversación entre terapeutas y clientes, que se influyen mutuamente (Sutherland &

Strong, 2011; Friedlander et al., 2000).

Por último, el AN centra la atención en la conversación del cliente como una especie de relato en la que da sentido a la experiencia vivida. El investigador narrativo está interesado en la forma en que se desarrolla la historia del cliente en la sesión y en la contribución del terapeuta a la narración (Rober y Borsca, 2016). Éste método ve a las auto-narraciones como construcciones y reclamos de identidad. Para el campo narrativo sistémico, el uso del método puede iluminar las formas en que se construyen las historias y sus vínculos con las relaciones sociales (Burck, 2005).

LOS APORTES DE LA LITERATURA SOBRE EL PROCESO DISCURSIVO EN TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

Dentro de la literatura revisada sobre el proceso discursivo se encuentran algunas reseñas. Gehart et al. (2001) revisaron las tendencias sustantivas y metodológicas de 24 estudios cualitativos publicados dentro del campo de la terapia familiar y de pareja hasta principios de 1999, comparando y contrastando la investigación en las siguientes áreas: tema general, teoría epistemológica, teoría metodológica, muestreo y muestra, recopilación de datos, procedimiento de análisis de datos y enfoque de confiabilidad y validez. La revisión sustantiva resalta las tendencias en los temas de investigación de los estudios. Este trabajo presenta una visión general de los estudios y resalta la importancia de la profundizar en la información antes mencionada de modo que los investigadores puedan especificar el marco epistemológico y teórico en el que desean que el estudio sea interpretado y evaluado, fomentando un código común entre el investigador y la audiencia. Sin embargo, su revisión brinda una imagen muy limitada del campo de investigación debido al enfoque más amplio de su revisión y al número limitado de estudios que utilizan DA y CA. Enfatiza la importancia de reconocer la diversidad de opciones de métodos y procedimientos de análisis y la utilidad de cada uno para producir diferentes formas de conocimiento.

Avdi y Georgaca (2007) realizaron una revisión de estudios que, en este caso, utilizaron la noción de narrativa para analizar textualmente la psicoterapia. Incluyeron estudios donde son analizadas transcripciones de sesiones terapéuticas, entrevistas sobre cuestiones clínicas y transcripciones de otros encuentros clínicos. Se observaron dos tendencias importantes en los estudios en cuanto a su posición epistemológica respecto a la subjetividad, el lenguaje, los procesos psicológicos, la narrativa y la psicoterapia. Esto es, la mayor parte de los estudios asumen un enfoque constructivista de la narrativa y la parte restante de los estudios asume un enfoque construccionista social.

En primer lugar, presentan estudios que se centran en aspectos específicos de narrativas de clientes y las organizan en cuatro categorías:

a) Estudios que producen análisis temáticos del contenido de narraciones, interesados en explorar cómo estos temas se modifican a lo largo de la terapia. Son estudios cualitativos enfocados en las narrativas producidas en terapia y la evolución de su significado a lo largo de ésta. Utilizan ya sea el *Análisis de Temas*, un método sistemático que permite reconocer temas centrales y evaluar su desarrollo durante las sesiones, o el *Análisis Narrativo Estructurado de los segmentos en Psicoterapia* (SNAPS), que se centra en los procesos narrativos que contribuyen a la ocurrencia de “eventos significativos” en terapia.

b) Estudios que producen tipologías de narrativas de clientes, los cuales proponen tipologías de “narrativa patológica” de acuerdo al nivel de coherencia y organización en la estructura de la historia que, según los autores, pueden ser útiles para la evaluación clínica y como marcadores de cambio en la terapia. Tienen implicaciones en la definición del objetivo de la terapia, que se conceptualiza en términos de promover la organización narrativa.

c) Estudios que emplean un enfoque dialógico para el estudio de la narrativa, los cuales sugieren que el proceso de cambio positivo en terapia se puede constatar con el desarrollo de diálogos más ricos entre los personajes principales en la narrativa del cliente, así como en el desarrollo de metáforas reflexivas. Son estudios que dan una importancia especial a las diferentes posiciones que puede adquirir el cliente y las autoras comentan que un desarrollo útil de esta línea de trabajo puede

ser emplear este tipo de análisis en el discurso del terapeuta (de qué habla la postura del terapeuta, a quién se dirigen y qué efecto tiene esto en la narrativa que se desarrolla) y en las interacciones reales cliente-terapeuta.

d) Estudios que se enfocan en los procesos narrativos en psicoterapia con el uso del *Sistema de Codificación del Proceso Narrativo* (NPCS) (Angus, Levitt y Hardtke, 1999). Según este instrumento, se pueden distinguir tres tipos de procesos narrativos en psicoterapia: secuencias narrativas externas, que implican descripciones de eventos; secuencias narrativas internas, que implican la descripción y la elaboración de sentimientos subjetivos, sensaciones y reacciones, y las secuencias narrativas reflexivas, que abordan cuestiones de significado. El NPCS permite al investigador rastrear los cambios tanto en los temas tratados como en el tipo de procesos que median la narrativa del cliente dentro y fuera de las sesiones. Esto, a su vez, permite comparaciones entre diferentes grupos de clientes, entre grupos de resultados y entre terapias de diferente orientación (Angus et al., 1999).

Las autoras comentan que una de las limitaciones compartidas por los estudios clasificados en estas cuatro categorías es que, al enfocarse en la narración del cliente como una abstracción de los estados internos éste, se deja de lado el factor de la interacción en el encuentro terapéutico y también el contexto cultural, institucionales e ideológicos más extensos. Por otro lado, el rigor que caracteriza a algunos de los métodos utilizados, tiende a dejar de lado la riqueza que caracteriza a la investigación narrativa.

Presentan en segundo lugar una serie de trabajos que estudian la narrativa como un todo e incluyen la naturaleza de la interacción en la terapia. Estos estudios utilizan una forma de análisis narrativo que se encuentra más cerca de los enfoques utilizados en la investigación narrativa de las ciencias sociales, donde la narración se analiza en su totalidad y se emplea el estudio de casos, por lo que en análisis resulta abierto, exploratorio y encaminado hacia el descubrimiento, con el objetivo de enriquecer la comprensión en lugar de llegar a una lectura concluyente del material.

La investigación narrativa ha proporcionado formas innovadoras de estudiar el proceso terapéutico en términos de significado, lenguaje y procesos narrativos involucrados en el cambio considerando el factor interaccional. Por otro lado, al considerar el contexto, sobresalen los efectos del discurso del terapeuta, lo que invita a mejorar la reflexividad de éste.

Tseliou (2013) hizo una revisión de 28 artículos en relación con ciertos ejes metodológicos identificados en literatura donde se utilizan el AC y el AD como métodos de investigación. Los estudios revisados incluían contribuciones teóricas y estudios empíricos, donde se incluían sesiones de terapia sistémica, narrativa, centrada en soluciones o constructivista y el uso de AC o AD. Como método de análisis se enfocó en los ejes importantes para cualquier investigación empírica, es decir, la elección del método, el encuadre de las preguntas de investigación, los datos y el muestreo, el tipo de análisis, la perspectiva epistemológica, el contenido y tipo de afirmaciones de conocimiento y la presencia de criterios de buena calidad, tratando de trazar líneas entre cada eje y la conducción del AC y el AD. Encontró que el uso del AD y el AC es relativamente reciente, los estudios que revisó habían sido publicados a partir del año 2000 y varios de los estudios pertenecían a los mismos autores y los mismos datos eran utilizados en diversos estudios. Las preguntas de investigación en algunos casos fueron amplias y no claras en lugar de concisas; en otros casos eran planteadas en relación a la exploración del potencial del método elegido y en otros casos, a apoyar premisas teóricas preexistentes. Los autores encontraron que el AC y el AD fueron realizados principalmente de manera experimental, sin encontrar una rigurosidad empírica que pudiera aportar a la construcción y reforzamiento de la teoría. En la mayoría de los casos, los estudios fueron realizados con una sola sesión de terapia y en algunos no era claro el número de sesiones utilizadas en el análisis ni el procedimiento de muestreo. En muy pocos estudios se utilizaron de siete a 11 sesiones derivadas de más de dos casos de terapia. La mayoría de los estudios utilizaron una mezcla de AC y AD, orientándose tendencialmente al AC; aquellos pocos estudios que utilizaron AD realizaron más un análisis temático al enfocarse en el contenido de la conversación más que en el proceso y la función del discurso. En general, no resultó clara la relación entre la perspectiva teórica, el discurso de los participantes y

la interpretación del analista. En cuanto a la perspectiva epistemológica de los estudios, muy pocos de éstos abordaron este nivel de descripción; aunque enfocaron el método basados en una teoría, la mitad no hablaron de su postura epistemológica, el resto declararon perspectivas “post-positivista”, “constructivista”, “construccionista social” y “post-estructuralista. Muchos de los autores declararon la utilidad de los métodos para entender lo que sucede en el diálogo terapéutico y para contribuir a la reflexividad del terapeuta, sin embargo, estos argumentos no fueron respaldados por la elección del método y el diseño de la investigación. Por último, la mayoría de los estudios no siguieron los criterios de calidad que se pueden identificar en la literatura sobre AD y AC. Destellos de la utilidad del AC y AD pero también muchas carencias metodológicas en si la revisión también es una interpretación, al revisar los estudios, uno se encuentra con dificultades en la clasificación de la orientación epistemológica, por ejemplo. En la literatura hay una carencia de pautas para la realización del AC y el AD, lo cual dificulta el rigor metodológico. Sin embargo, concluye que ambas metodologías pueden contribuir a cerrar la brecha entre la investigación y la práctica clínica al ofrecer formas únicas para un estudio detallado del diálogo terapéutico, siempre y cuando se procure cada vez más una rigurosidad metodológica.

Los demás estudios revisados utilizan uno o una combinación de los métodos de análisis mencionados con anterioridad para estudiar una o varias sesiones de terapia con la intención de entender cómo se desarrollan las relaciones al interno del ambiente terapéutico y ocuparse de alguna o varias partes de la construcción de la conversación.

Gale (2000) se propone entrar en lo “micro” del discurso. Reflexiona sobre el hecho de que investigaciones del género de la suya pueden contribuir a que realizar modelos de análisis conversacional sea más fácil para los investigadores. La perspectiva epistemológica del documento es coherente con el paradigma socio-construccionista. Aborda la importancia de focalizar las micro-acciones de los participantes en una conversación para entender cómo se construye ésta, pues son éstas micro-acciones las que regulan los movimientos más amplios de un discurso y, en el caso de la terapia, determinan cómo se desarrolla o si finaliza. Refiere cinco características del análisis de la conversación que se describen a continuación:

1. Lugar de transición relevante: son eventos de construcción social que se producen de manera natural y que marcan la transición de un hablante a otro. La manera en que éstos turnos para hablar se distribuyen entre los participantes, influencia la narración. Uno o varios de los participantes pueden participar más activamente en la o las definiciones del problema.

2. Pares adyacentes: es una acción conversacional de secuencia en donde un primer turno es seguido de una respuesta recíproca o segundo turno. Es el intercambio mínimo en una conversación; el segunda turno responderá a la conversación que ha abierto el primer turno ya sea con una respuesta o con la justificación de la ausencia de ésta.

3. Cuestiones previas: Los preliminares o cuestiones previas es una categoría que se utiliza para verificar la situación antes de realizar una pregunta o plantear una situación; se hace un planteamiento indirecto y se observa la interacción para saber si se puede realizar un planteamiento más directo.

4. Formulaciones: son un resumen de lo que ha dicho otro participante que se puede presentar de forma que incluyan algo más que ayude a focalizar no sólo lo que se dijo sino un punto al que es factible dirigirse en la conversación.

5. Cuentas: son maneras en las que las personas explican algún comportamiento, a veces inusual; se pueden usar como excusas, justificaciones, disculpas, solicitudes, advertencias. Es importante que el terapeuta entienda con qué objetivo se usa esta cuenta.

Las cinco características de CA descritas en este documento son micro tramas de comunicación de una narración en desarrollo que permiten a los investigadores explorar la efectividad de la conversación clínica y su propio trabajo clínico, teniendo acceso a datos de manera sistemática y rigurosa.

En un trabajo realizado con otros colegas (Gale, Lawless, y Roulston, 2004) presenta tres enfoques discursivos: el AC, el análisis crítico del discurso (ACD) y el análisis textual. Desde su punto de vista, los tres comparten los siguientes supuestos: 1) la identidad es mantenida y transformada en la interacción social y 2) el contexto determina una forma de funcionar para los individuos que se logra por la interpretación que las personas hacen y el sentido que otorgan a las comunicaciones de los otros. A partir de estas suposiciones, un analista se enfoca en mirar la interacción a nivel micro, señalando las características de la conversación como tomar turnos, pausas, solapamientos de turnos, palabras mal dichas o mal interpretadas y rasgos paralingüísticos. En su contribución, realiza el análisis de una conversación utilizando AC y ACD conjuntamente y habla de algunas diferencias importantes entre estas metodologías, las cuales se citan a continuación.

El ACD hace énfasis en el contexto y está enfocado en un tipo de investigación sociopolítica que considera que las palabras tienen un significado político y, por tanto, distintas interpretaciones y consecuencias interpersonales; el análisis textual aborda cómo es que se conforma la identidad, se mantiene y se transforma en las interacciones sociales. Por su parte, el AC se enfoca en el contexto más próximo en que se desarrolla la conversación y no considera el marco sociopolítico. Teniendo en cuenta estas diferencias, es importante considerar que cuando se realiza análisis del discurso, la valoración epistemológica de quien lo realiza es de suma importancia para entender qué parte de la conversación será analizada y cómo.

En cuatro de los estudios revisados se utilizó una sola y siempre la misma sesión de terapia familiar conducida por Karl Tom para examinar diversos detalles conversacionales y la utilidad de diversos métodos de análisis del discurso: una combinación de AD y AC (Couture and Strong 2004; Couture, 2006; Couture, 2007) y AC (Couture and Shuterland 2006). En estos estudios, los métodos de análisis discursivo son de relevante utilidad para entender la terapia como un proceso conjunto y no de personas aisladas, en donde la familia no es solo receptora de las intervenciones del terapeuta sino que contribuye activamente en la construcción de la conversación y los movimientos al interno de ésta.

Para los autores, este tipo de análisis contribuye a entender cómo se construye el cambio en la interacción terapéutica y cómo se trascienden los *impasses*, es decir, cómo los participantes usan el comportamiento verbal para entenderse y resolver diferencias. Afirman que hablar en terapia no es distinto de hablar en familia, por lo que en ambos escenarios, los problemas y los cambios pueden ser vistos como procesos y productos de la charla de las personas; cuando una familia se encuentra en un *impasse* o un malentendido, significa que sus miembros se relacionan usando discursos incompatibles (Couture y Strong, 2004; Couture, 2007). La manera en que algo dicho es entendido, influencia las conversaciones y las relaciones subsecuentes; las familias pueden quedar atrapadas en entendimientos o formas de hablar particulares o encontrar nuevas maneras de hablar que pueden llevarles fuera de ese *impasse*. Los autores retoman a Lyotard (1988) para hablar de lo que él llama *differend*, donde cada miembro de la familia conversa desde su propia manera de entender un tema, lo que generalmente lleva a rupturas en las relaciones, dado que éstas son generalmente sostenidas por conversaciones. Se refieren a “conversaciones que van hacia adelante” (*forward moving conversations*) para describir momentos en la terapia donde nuevos significados son compartidos y se crean nuevas conexiones entre los miembros de la familia y el terapeuta, afectando de manera positiva las futuras interacciones y comunicaciones.

Para estudiar los momentos en terapia donde la familia experimenta estos cambios, Couture y Strong (2004) desarrollaron un método en el cual los miembros de la familia eligieron “conversaciones que van hacia adelante” de la sesión videograbada de su proceso terapéutico, haciéndolos elegir estos fragmentos de conversación de forma separada y confrontando después aquellos elegidos por el hijo y aquellos elegidos por sus padres, transcribiendo posteriormente aquellas elegidas por ambas partes y realizando una combinación de AD y AC, en un macro-nivel (lo que las personas portan a la conversación) y en un micro-nivel (cómo se actúan las diferencias). Los autores arguyen que los mismos métodos que son útiles en la investigación de los detalles micro del discurso que se

transforman, pueden mejorar la sensibilidad y receptividad que los terapeutas aportan a las conversaciones terapéuticas, por lo que muchos ejemplos y pasajes de esta investigación pueden ser útiles para los terapeutas en la práctica.

Couture (2006, 2007) considera que las transformaciones en las conversaciones terapéuticas ocurren a través de procesos circulares no lineales, por lo que utilizar metodologías de análisis discursivo permite resaltar la importancia de la interacción y el lenguaje en la creación de soluciones. Las posiciones discursivas toman ubicaciones dinámicas (por ejemplo, confortantes o desamparadas) a partir de las cuales las personas se involucran con otros mientras conversan. Cada posición representa una forma en la que las personas se viven y actúan en la conversación, posiciones que se reorganizan a través de las prácticas discursivas en las que participan. Se preguntó cómo los participantes en la conversación invitan a los otros a asumir y aceptar ciertas posiciones además de cómo los participantes construyen éstas posiciones y los eventos en el diálogo, desde una mirada micro a las conductas comunicativas (palabras, pausas, entonación, lenguaje no verbal).

Creó tres categorías de prácticas que los participantes realizan en la conversación terapéutica:

1. Posiciones participativas: el terapeuta considera cada posición inicial de los integrantes de la familia como válida (multiparcialidad), adoptando él una posición ambivalente en la que demuestra ni estar especialmente a favor de ninguna de las partes, pero invitando a los otros a considerar otras posiciones como posibilidades, abriendo espacio para nuevas respuestas que puedan ayudar a negociar nuevas posiciones.

2. Invitación y propuesta o “hablar para escuchar”: el terapeuta puede ofrecer a los miembros de la familia posiciones extremas con el fin de co-construir posiciones moderadas por medio de la formulación de preguntas que ayuden a cambiar los enfoques conversacionales de los miembros, generando nuevas comprensiones y maneras de relacionarse, con la posibilidad de entender una posición común. Reconocer la utilidad de lo que ofrece la familia en la conversación con sus propias formas de comprensión e incorporarlo a sus proposiciones reformulando las acciones de ésta, contribuye a la movilización de la familia a una posición que se ajuste mejor a todos los miembros.

3. Contribución de la familia: la familia no sólo actúa respondiendo a las propuestas del terapeuta; en ocasiones las ofertas del terapeuta pueden ser total o parcialmente rechazadas y los miembros de la familia continúa orientándose y respondiéndose entre sí hasta negociar un terreno común.

Los cuatro documentos concluyen, respecto al ejercicio terapéutico, que análisis del tipo de los descritos en estos documentos pueden ayudar a los terapeutas a reorientar su posición al construir la conversación con los clientes, así como agudizar su sensibilidad para desarrollar los movimientos en conjunto con las familias, es decir, lograr construcciones bidireccionales en lugar de sólo aquellas impartidas por el terapeuta, además de ejercitar la búsqueda de cursos de acción alternativos, mejorando sus habilidades conversacionales y sus métodos.

Couture y Shuterland (2006) abordan el tema de dar directivas en terapia lo cual, en el campo de la terapia familiar, como en otros enfoques de terapia, suele verse como una forma de control social, que desestima las competencias de los clientes generando intervenciones unilaterales. Buscan desafiar este punto de vista sobre las directivas y el papel de los clientes en la terapia mediante la introducción de una conceptualización alternativa de ellas como actuaciones dialógicas y secuenciales de una práctica discursiva y microreflexiva que incluye elementos de información y directiva pero propuestos en un contexto de respeto y ética. Para ellos, la utilidad de estas directivas es ayudar a la salida de *impasses* en la terapia y el planteamiento de ellas puede ser revisado en las secuencias de preguntas/respuestas y las estrategias circulares por medio del análisis de la conversación.

A través del análisis de una sesión del proceso de terapia de una familia cuyo hijo ha sido diagnosticado con esquizofrenia, Avdi (2012) explora nuevamente la contribución del concepto analítico de posicionamiento del sujeto en el análisis de la terapia, apuntando al potencial que guarda esta noción para estudiar la terapia como una interacción, teniendo en cuenta el rol activo del terapeuta y la gran importancia del contexto en el sentido de las personas del sí mismo y en el rumbo de la terapia, la cual, desde el punto de vista dialógico y narrativo, se define como un proceso semántico,

de construcción de significado, mediante el cual los clientes reformulan gradualmente sus narrativas de vida en formas cada vez más complejas, sugestivas, inclusivas, polifónicas y flexibles.

Expone que el posicionamiento es un proceso universal, estrechamente relacionado con el discurso, que constituye una parte integral en la construcción de la individualidad. Como herramienta analítica, el posicionamiento del sujeto amplía la visión desde el nivel personal hasta la interacción y los procesos sociales, por lo que es especialmente útil en la investigación de terapia, al ser ésta una conversación que tiene lugar en un contexto sociocultural y necesariamente implica poder y resistencia. El análisis de la conversación es visto como un proceso colaborativo de creación de nuevos significados.

El estudio detallado de las características de la conversación, como su organización, secuencia, la introducción de nuevos temas, quién lo hace y cómo responden los otros en la conversación, estudiando la dinámica a medida que se desarrolla, permite a los terapeutas ver el efecto de sus intervenciones.

En el caso de Avdi (2016) el enfoque principal fue la construcción y negociación del significado, es decir, las distintas y cambiantes maneras en que el “problema” fue construido y los patrones de lenguaje que facilitan el cambio en la terapia familiar. Engloba los discursos sobre los que las diversas construcciones se basaron y las posiciones de los sujetos asociados con ellos, estudiando las expresiones del terapeuta y los efectos que tenían en la discusión subsiguiente. Abordaron la función que tiene construir el problema de manera particular en puntos específicos de la interacción y el efecto que tiene que el terapeuta ofrezca nuevas maneras de definirlo, centrándose en la manera en que el lenguaje es empleado por los participantes.

Utilizó el material de una terapia de pareja con perspectiva dialógica. Describe el Análisis Discurso como un proceso sistemático e interpretativo no lineal que se repite por varios ciclos en distintos niveles:

a) La construcción y negociación de significados: se examinan todas las instancias en el texto donde se menciona o implica el objeto de estudio y se observan tanto las regularidades como la variabilidad en estas construcciones

b) La función del lenguaje en cuanto a la manera en que es empleado por los participantes para lograr objetivos interpersonales específicos, como atribuir responsabilidad, objetar la culpa o justificar acciones.

c) La agenda discursiva de cada miembro del sistema incluyendo al terapeuta, con relación a los efectos que provoca el diálogo de un participante sobre la interacción total y

d) El posicionamiento de los sujetos en el discurso y dentro de un orden moral, es decir, la posición desde la que la persona habla y la posición en la que ubica a la persona a la cual se dirige, además de cómo se posiciona la persona a través de ciertos discursos, es decir, el tipo de asuntos disponibles a través del despliegue de distintos discursos.

En este estudio, las sesiones se examinaron primeramente con relación a la construcción del significado, las diferentes y cambiantes formas en que se construyó el “problema”, los discursos que respaldaron estas construcciones y las posiciones del sujeto asociadas a ellos. En segundo lugar se exploraron las preguntas sobre la función de construir el problema de maneras específicas en puntos específicos de la terapia y, por último, se estudió cómo se produjeron estos cambios, a través del análisis de las intervenciones del terapeuta y los efectos que tuvieron en la discusión sucesiva.

Para la autora, el proceso de cambio en la terapia analizada por ella involucra de manera importante transformaciones en la construcción de significado, en el posicionamiento y en la interacción.

En cuanto al AD, concluye que este método puede ilustrar los fenómenos lingüísticos y discursivos que subyacen a los procesos psicoterapéuticos y, por lo tanto, proporcionar puentes entre el nivel macro de la teoría de la terapia y el micro nivel de interacción clínica.

Rober et al. (2006) realizó el análisis de una sesión de terapia familiar cuyo tema central son las narraciones sobre violencia doméstica combinando AC, *Interpersonal Process Recall* y el AN.

El Interpersonal Process Recall es una técnica desarrollada por Kagan et al. (1967) en la que terapeutas y clientes por separado y con ayuda del investigador, visualizan la videograbación de una sesión de terapia de la que han sido partícipes y profundizan en ella, expresando pensamientos y sentimientos experimentados durante la sesión momento a momento (Mateu, Campillo, González y Gómez, 2010).

Para la comprensión de los detalles sobre la forma en que se contaban las historias, se usó una transcripción detallada de la sesión a la que se anexaron las notas de reflexión del terapeuta y éste vio el video de la sesión minutos después de que fuera concluida, tratando de recordar con la mayor precisión posible lo que sintió, pensó o experimentó en el transcurso ésta, deteniéndose en cada momento a realizar las anotaciones. En el análisis se buscó la identificación de todas las palabras que hacían referencia a la violencia doméstica, comparando las notas entre analistas para posteriormente trabajar en alcanzar un consenso sobre la categorización de las palabras que se referían al tema, agrupándolas después en episodios narrativos. Las preguntas importantes para los investigadores fueron: 1) ¿quién introdujo la nueva narrativa? y 2) ¿cuáles fueron las reacciones de los otros participantes? Después, con ayuda del AC se ocuparon de una lectura micro de la transcripción, considerando los pares adyacentes (invitación / aceptación / rechazo) como puntos de introducción a nuevas narrativas sobre el tema o invitaciones a hablar de él.

El objetivo de combinar estas tres herramientas para el análisis fue ir más allá del contenido de las historias y llegar al cómo de la construcción de las mismas como un proceso colaborativo y dialógico en el que el terapeuta es uno de los participantes. Además, la revisión de la videograbación y la toma de notas fue crucial para tener acceso a lo no dicho en terapia.

EL CRUCE ENTRE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA ALIANZA Y LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PROCESO DISCURSIVO

Para Fruggeri y Balestra (2015) existen dos aspectos de relevancia metodológica que deben ser abordados en una investigación de proceso. El primero de ellos es qué se entiende por “buena relación terapéutica” en un contexto de múltiples voces como la terapia familiar y de pareja en donde las múltiples alianzas al interior del sistema terapéutico son de crucial importancia. El segundo aspecto es el desarrollo de procedimientos de análisis que, por medio del desarrollo de categorías de análisis, permitan una exploración de las interacciones entre terapeuta y miembros de la familia o pareja con relación a los procesos de cambio observados a lo largo del proceso terapéutico teniendo en cuenta las diferentes posiciones adoptadas por los participantes durante la construcción de conjunta de significados.

Balestra (2017) menciona que el compromiso, la alianza y el surgimiento de nuevos significados son elementos clave para una psicoterapia exitosa. Este es el único artículo en la revisión de la literatura cuyo objetivo es explorar cómo la alianza terapéutica se interrelaciona con la construcción de nuevos discursos y contextos de significado para proporcionar una visión más profunda de los elementos que constituyen el aspecto relacional de la terapia, ofreciendo una doble perspectiva sobre el proceso terapéutico. Al investigar dos factores relacionales (alianza y patrones de posicionamiento), este estudio ofrece una visión de cómo la capacidad de orientar la conversación dialécticamente se interconecta con la alianza.

La autora utiliza dos herramientas de evaluación para éste propósito, el SOATIF (Friedlander et al., 2006) y el MAPP (Balestra y Fruggeri, 2016). En la primera parte de esta revisión se ha hecho ya una descripción del SOATIF. En cuanto al MAPP, se trata de una herramienta que, a partir de la construcción discursiva de posicionamiento, permite identificar patrones específicos de construcción de significado. Tiene en cuenta que, al negociar significados en contextos de múltiples actores, los participantes en la conversación toman una posición movilizándolo un aspecto de su identidad a través del discurso, con respecto al contenido de la conversación, a los otros participantes, a ellos mismos y a las voces externas.

Con el uso de estos dos métodos, la investigación adquirió dos direcciones, una asignada a identificar la alianza terapéutica y la otra destinada a describir el posicionamiento individual y recíproco entre el terapeuta y los clientes mientras conversan sobre diferentes temas a lo largo de la sesión.

El MAPP considera nueve formas diferentes en las que el posicionamiento puede cambiar de acuerdo con los ejes temáticos abordados en un diálogo específico y se describen en la siguiente tabla:

Categoría de cambio	Descripción
Tono emocional	el posicionamiento se puede expresar de una manera más o menos emocional
Coherencia	los diferentes posicionamientos adoptados por los participantes para sí mismos y para otros pueden ser consistentes a lo largo de la narración u oscilar entre aspectos opuestos
Congruencia	el posicionamiento puede adherirse a la historia o referirse a cuestiones no relacionadas
Sincronicidad	la conversación puede ser llevada a cabo por los interlocutores mediante la adopción de tipos similares de posicionamiento, o tomando posiciones que expresan aspectos diferentes y/o divergentes
Alcance (extensión)	la historia narrada en el curso de una conversación puede comprender el posicionamiento individual o colectivo
Autoría	cada posicionamiento expresado puede ser presentado por cualquiera de los miembros de la familia mientras hablan su historia o por el terapeuta
Dimensión temporal	las narraciones pueden desarrollarse a través del posicionamiento colocado en diferentes dimensiones de tiempo o conectadas a un intervalo de tiempo específico
Evocación de otros	a lo largo de los eventos narrados, se pueden evocar diferentes personajes y los participantes pueden proponer una posición para ellos
Terapeuta	la forma en que los terapeutas se posicionan dentro de la conversación se relaciona con objetivos interactivos específicos, pueden: unirse a los clientes para narrar historias nuevas (posicionamiento del conarrador); buscar detalles de la historia de la familia (explorador); estar interesado y abierto al punto de vista y las explicaciones de los clientes (curioso); usar su experiencia para interactuar con clientes (experto); escuchar lo que los clientes dicen (oyente); observar la interacción entre los miembros de la familia (observador); coordinar quién tiene que hablar (coordinador); comprender los sentimientos de los clientes (empático); desafiar la historia narrada (provocativo).

TABLA 1: Categorías de cambio en el posicionamiento de acuerdo con MAPP (Balestra, 2017)

Una vez identificado el posicionamiento de los participantes, los investigadores analizan cómo cada una de las nueve dimensiones antes mencionadas se modifica a lo largo de un tema específico, modificación que puede tomar tres trayectorias diferentes: morfogenética, cuando hay un cambio irreversible en el posicionamiento; morfostática, cuando los cambios de posicionamiento oscilan constantemente entre diferentes formas; estática, cuando no hay cambios en el posicionamiento. El estudio de estas trayectorias permite la creación de bocetos que representan el desarrollo de un tema en términos de calidad conversacional, distinguiendo entre secuencias de conversación transformativas y no transformativas.

Por último, en este trabajo se comparan los resultados de los realizados tanto por medio del SOATIF como por el MAPP con la finalidad de observar cómo las dimensiones de la alianza varían en relación con los diferentes contextos discursivos, es decir, cómo la alianza se interconecta dialógicamente con la capacidad de orientar la conversación.

Si bien éste es un estudio exploratorio, abre una orientación de investigación con muchas posibilidades de indagación sobre las interconexiones dialógicas de la alianza y la co-construcción de la conversación terapéutica. Es de destacar una noción propuesta por esta investigación respecto a la relación: cuando el terapeuta observa que la conversación con los clientes se desarrolla como una conversación no transformadora (donde no aparecen nuevas posiciones en la narrativa de los clientes ni se estimulan nuevas conexiones e ideas sobre el tema en discusión), debe prestar especial atención al mantenimiento de la alianza terapéutica para mantener el proceso terapéutico en marcha. Por otro lado, el estudio indica que un tipo generativo de conversación puede ser un contexto que fortalece la alianza.

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de esta revisión de la literatura fue mostrar, resumir y entender en qué punto se encuentra la investigación de proceso en terapia familiar y de pareja en cuanto a dos temas de creciente importancia en éste campo, la alianza terapéutica y el proceso discursivo, poniendo especial atención en las metodologías y conceptos utilizados en este campo.

HALLAZGOS EN RELACIÓN CON LA ALIANZA

Las contribuciones respecto a la alianza en esta reseña permiten apreciar el valor de la misma en el desarrollo del proceso terapéutico y en su resultado, aunque la investigación sobre los factores que la favorecen aún tiene mucho que plantearse. Empero, aunque son escasos, los estudios que afrontan esta interrogante aportan ideas relevantes sobre los factores que benefician o no el establecimiento de la misma.

La importancia atribuida a la alianza terapéutica pone de manifiesto la relevancia de la dimensión relacional entre terapeuta y paciente; las características de cada uno adquieren notoriedad en el establecimiento de la misma y en el desarrollo del proceso terapéutico. (Corbella y Botella, 2003).

Se advierte que mucha de la investigación sobre esta dimensión se lleva a cabo en contextos demasiado rígidos y artificiales que son prácticamente imposibles de reproducir en la práctica clínica, lo que deja en duda muchas de sus mediciones en cuanto a validez y confiabilidad. Por otro lado, el empeño por demostrar la eficacia de los tratamientos, relega, en la investigación sobre la alianza, el componente relacional (Escudero, 2009).

Evaluar la alianza en un contexto donde los puntos de vista de todos los miembros del sistema terapéutico son reconocidos permite profundizar en la reciprocidad existente entre una buena relación terapéutica, donde es fomentada la expresión de las perspectivas de cada miembro de la familia en un ambiente seguro para todos, y el involucramiento de los miembros de la familia en el proceso de cambio. Es claro que una relación fortalecida entre el terapeuta y los clientes hace más probable que el empleo de técnicas terapéuticas tenga una consecución.

HALLAZGOS EN RELACIÓN CON LA CONSTRUCCIÓN DEL DISCURSO

En el caso del discurso, los estudios revisados permiten ver a la terapia familiar y de pareja como un proceso colaborativo y dialógico elaborado por todos los participantes en la conversación, presentes físicamente o no (Rober et al., 2006), en la que los integrantes de la familia exponen afirmaciones y creencias sobre su particular versión de la realidad. Es evidente la importancia que el contexto social y cultural tiene para el sostenimiento de los discursos y la generación de transformaciones dentro del proceso terapéutico.

Tanto la alianza como el discurso son procesos continuamente construidos en los cuales las posiciones de los miembros del sistema, sus acciones, el ambiente terapéutico y las relaciones son de suma importancia en la gestación de cambios a lo largo de la terapia. Si bien se puede tener una visión general sobre el estado del arte en la investigación en terapia, el estudio de estos dos tópicos y las metodologías utilizadas para ello son difícilmente categorizables por la variedad que existe en ellas y la carencia de homogeneidad y rigor metodológico a excepción de algunos casos.

Tanto en el caso de la alianza como en el caso del discurso, se encuentran estudios que utilizaron un método de manera rigurosa, mientras que otros fueron más exploratorios e imprecisos. Los primeros pueden ignorar lecturas alternativas y expandidas del material, mientras que aquellos menos rigurosos son difícilmente vinculables con los resultados de otros estudios.

En el caso de la alianza se puede identificar el SOATIF como un instrumento de uso reiterado tanto en la investigación como en la práctica terapéutica; es un instrumento con creciente difusión que se encuentra en constante uso, así como en constante escrutinio, para mejorar sus parámetros metodológicos.

En cuanto al proceso discursivo, el AD, el AC y el AN representan las metodologías de mayor divulgación. Sin embargo, las mayores críticas en el caso del proceso discursivo están puestas en los métodos utilizados para su análisis.

Una observación personal respecto a la definición de análisis del discurso es el hecho de que algunos estudios lo definen como un método mientras otros parecen verlo como una tarea de análisis más general que deriva en métodos más específicos. Por otro lado, existe una gran variación en la manera en que los estudios definen el discurso y por tanto, en la manera en que se realiza el análisis.

Por otro lado, se encuentra en la literatura revisada lo que se llama “determinismo del discurso”, una limitación del análisis del discurso concerniente a la idea de que los discursos culturalmente disponibles definen la experiencia, las acciones y la identidad de las personas, lo cual deja de lado la resistencia que las éstas ejercen frente a los discursos dominantes. Existe también el riesgo de sobre enfatizar el papel del lenguaje en detrimento de otros medios de expresión y construcción de la identidad (Avdi, 2012).

CONVERGENCIA ENTRE ALIANZA Y DISCURSO EN LA INVESTIGACIÓN DE PROCESO

La revisión de la literatura confirma que es prácticamente nula la bibliografía que entrelaza el estudio de la alianza con el estudio del discurso aun cuando ambos son de suma importancia en la investigación de proceso, encontrándose solamente un artículo (Balestra, 2017) que hace una tentativa de vincular ambos constructos en el proceso terapéutico. Si bien en este estudio sólo fueron analizadas dos sesiones, lo que dificulta la generalización de los resultados, lo más relevante es el énfasis que hace sobre la adopción de una lente doble sobre el proceso terapéutico, la cual fue lograda por la combinación de dos métodos de análisis, SOATIF (Friedlander et al., 2006) y MAPP (Balestra y Fruggeri, 2016), para ofrecer una visión más detallada de los componentes multifacéticos de la competencia relacional del terapeuta.

La puerta que está abierta para el estudio conjunto de la alianza y el proceso discursivo; estudios de este tipo pueden ofrecer la posibilidad de incluir variaciones en la metodología con el fin de ampliar y posibilitar la generalización del conocimiento sobre lo que sucede en el transcurso del proceso terapéutico de manera cada vez más detallada.

- Alexander, J. F., Robbins, M. S. y Sexton, T. L. (2000). Family-based interventions with older, at-risk youth: From promise to proof to practice. *The Journal of Primary Prevention*, 21(2), 185-205.
- Angus, L., Levitt, H., y Hardtke, K. (1999). The narrative processing coding system: Research applications and implications for psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1255-1270. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10<1255::AID-JCLP7>3.0.CO;2-F
- Avdi, E. (2005). Negotiating a pathological identity in the clinical dialogue: Discourse analysis of a family therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 493-511.
- Avdi, E. (2012). Exploring the contribution of subject positioning to studying therapy as a dialogical enterprise. *International Journal for Dialogical Science*, 6 (1), 61-79.
- Avdi, E. (2016). Fostering Dialogue: Exploring the Therapists' Discursive Contributions in a Couple Therapy. En M. Borcsa y P. Rober (Eds.), *Research Perspectives in Couple Therapy* (pp. 71-88). Heidelberg: Springer.
- Avdi, E., y Georgaca, E. (2007). Narrative research in psychotherapy: A critical review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 407-419.
- Balestra, F. y Fruggeri, L. (2016). Paths to transformative conversations. In I. McCarthy and G. Simon. *Systemic therapy as transformative practice*. Farnhill, UK: Everything is Connected Press
- Balestra, F. (2017). Analysing the relational components of systemic family therapy through the lenses of self-positions and therapeutic alliance: an exploratory study. *Journal of Family Therapy*, 39, 310-328. doi:10.1111/1467-6427.12175
- Bartle-Haring, S., Knerr, M., Adkins, K., Delaney, R. O., Gangamma, R., Glebova, T., Grafsky, R., McDowell, T. y Meyer, K. (2012). Trajectories of therapeutic alliance in couple versus individual therapy: Three-level models. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(1), 79-107. doi:10.1080/0092623X.2011.569635
- Beck, A. T. (2003). A response to Otto Kernberg. En J. K. Zeig (Ed.), *Evolution of psychotherapy: A meeting of the minds* (pp. 28-31). Phoenix, AZ: Milton H. Erickson Foundation.
- Blow, A. J., Sprenkle, D. H. y Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 298-317. doi:10.1111/j.1752-0606.2007.00029.x
- Blow, A., Morrison, N., Tamaren, K., Wright, K., Schaafsma, M., y Nadaud, A. (2009). Change processes in couple therapy: An intensive case analysis of one couple using a common factors lens. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(3), 350-362.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Bordin, E. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A. Horvath y L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Bray, J. y Jouriles, E. (1995). Treatment of marital conflict and prevention of divorce. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 461-473. doi:10.1111/j.1752-0606.1995.tb00175.x
- Burck, C., Frosh, S., Strickland-Clark, L., y Morgan, K. (1998). The process of enabling change: A study of therapist interventions in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 20(3), 253-267. doi: 10.1111/1467-6427.00086
- Burck, C. (2005). Comparing qualitative research methodologies for systemic research: The use of grounded theory, discourse analysis and narrative analysis. *Journal of family therapy*, 27(3), 237-262. doi: 10.1111/j.1467-6427.2005.00314.x

- Burnham, J., Alvis Palma, D. y Whitehouse, L. (2008). Learning as a context for differences and differences as a context for learning. *Journal of Family Therapy*, 30, 529-542. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00436.x
- Buttny, R. (1996). Clients' and therapist's joint construction of the clients' problems. *Research on Language and Social Interaction*, 29(2), 125-153. doi: 10.1207/s15327973rlsi2902_2
- Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 107-157. doi: 10.1111/1467-6427.12032
- Carr, A. (2014). The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 158-194. doi: 10.1111/1467-6427.12033
- Carr, A. (2016). How and why do family and systemic therapies work? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37, 37-55. doi: 10.1002/anzf.1135
- Chenail, R. J. (2011). How to conduct clinical qualitative research on the patient's experience. *Qualitative Report*, 16, 1173-1190.
- Chenail, R. J., DeVincentis, M., Kiviat, H. E. y Somers, C. (2012). A systematic narrative review of discursive therapies research: Considering the value of circumstantial evidence. En A. Lock y T. Strong (Eds.), *Discursive perspectives in therapeutic practice* (pp. 224-244). Oxford: Oxford University Press.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Couture, S. J. (2006). Transcending a different: Studying therapeutic processes conversationally. *Contemporary Family Therapy*, 28(3), 285-302. doi:10.1007/s10591-006-9011-1
- Couture, S. J., y Strong, T. (2004). Turning differences into possibilities: Using discourse analysis to investigate change in therapy with adolescents and their families. *Counseling and Psychotherapy Research*, 4(1), 90-101. doi: 10.1080/14733140412331384098
- Couture, S. J., y Sutherland, O. (2006). Giving advice on advice-giving: A conversation analysis of Karl Tomm's practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(3), 329-344. doi:10.1111/j.1752-0606.2006.tb01610.x.
- Couture, S. J. (2007). Multiparty talk in family therapy: Complexity breeds opportunity. *Journal of Systemic Therapies*, 26(1), 63-82.
- Davey, M. P., Davey, A., Tubbs, C., Savla, J. y Anderson, S. (2012). Second order change and evidence-based practice. *Journal of Family Therapy*, 34, 72-90.
- Diamond, G. M., Liddle, H. A., Hogue, A. y Dakof, G. A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 355. doi: 10.1037/h0087729
- Diamond, G. S., Siqueland, L. and Diamond, G. M. (2003). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: programmatic treatment development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 107-128.
- Diorinou, M., y Tseliou, E. (2014). Studying circular questioning "in situ": Discourse analysis of a first systemic family therapy session. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(1), 106-121. doi: 10.1111/jmft.12005
- Dreier, O. (2011). Intervention, evidence-based research and everyday life. En P. Stenner, J. Cromby, J. Motzkau, J. Yen, y Y. Haosheng (Eds.), *Theoretical Psychology: Global Transformations and Challenges* (pp. 260-269). Ontario: Captus Press Inc.
- Dreier, O. (2015). Interventions in everyday lives: How clients use psychotherapy outside their sessions. *European Journal of Psychotherapy and Counseling*, 17(2), 114-128. doi: 10.1080/13642537.2015.1027781
- Drisko, J. W. (2004). Common factors in psychotherapy outcome: meta-analytic findings and their implications for practice and research. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 85 (1), 81-91

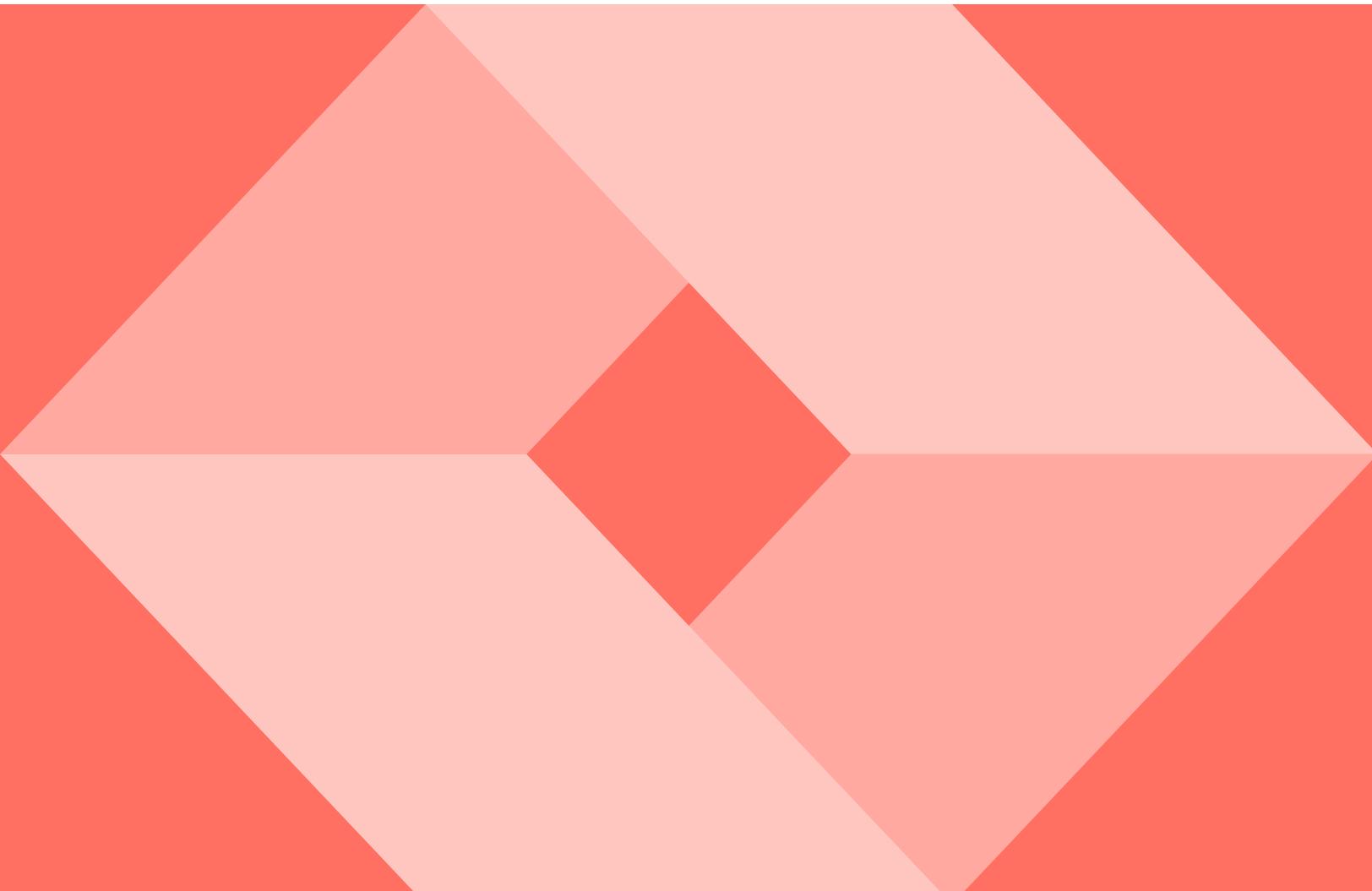
- Duncan, B.L., Miller, S.D., y Sparks, J. (2004). *The heroic client: Principles of client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Elliott, R., Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Llewelyn, S. P., y Margison, F. R. (1994). Comprehensive process analysis of insight events in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapies. *Journal of Counseling Psychology, 41*(4), 449. doi: 10.1037/0022-0167.41.4.449
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología, 27*(2-3), 247-259.
- Escudero, V., Boogmans, E., Loots, G., y Friedlander, M. L. (2012). Alliance rupture and repair in conjoint family therapy: an exploratory study. *Psychotherapy, 49*(1), 26. doi: 10.1037/a0026747
- Filsinger, E. E. (1983). Assessment: What it is and why it is important. En E. E. Filsinger (Ed.), *Marriage and family assessment: A source book for family therapy* (pp. 11-22). Beverly Hills: Sage.
- Friedlander, M. L., Heatherington, L., y Marrs, A. L. (2000). Responding to blame in family therapy: A constructionist-narrative perspective. *American Journal of Family Therapy, 28*(2), 133–146. doi:10.1080/ 019261800261716.
- Friedlander, M. (2009). Addressing systemic challenges in couple and family therapy research: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research, 19*(2), 129-132. doi: 10.1080/10503300802672852
- Friedlander, M. L., Escudero, V. y Heatherington, L. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy: An Empirically Informed Guide to Practice*. Washington: American Psychological Association
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, A. O., Heatherington, L., Cabero, A. y Martens, M. P. (2006). System for Observing Family Therapy Alliances: a tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 214-225. doi: 10.1037/0022-0167.53.2.214
- Friedlander, M. L., Lambert, J. E., Escudero, V., y Cragun, C. (2008). How do therapists enhance family alliances? Sequential analysis of therapist-client behavior in two contrasting cases. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*, 75-87. doi: 10.1037/0033-3204.45.1.75
- Friedlander, M.L., Heatherington, L., y Escudero, V. (2016). Research Based Change Mechanisms: Advances in Process Research. In T. L. Sexton y J. Lebow (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 454-467). New York: Rutledge.
- Frosh, S. (1991). The semantics of therapeutic change. *Journal of Family Therapy, 13*(2), 171-186. doi: 10.1046/j..1991.00420.x
- Frosh, S., Burck, C., Strickland - Clark, L. y Morgan, K. (1996), Engaging with change: a process study of family therapy. *Journal of Family Therapy, 18*, 141–161. doi:10.1111/j.1467-6427.1996.tb00041.x
- Fruggeri, L (2012). Different levels of psychotherapeutic competence. *Journal of Family Therapy, 34*, 91-105. doi: 10.1111/j.1467-6427.2011.00564.x
- Fruggeri, L y Balestra, F. (2015). Il contributo della process research agli sviluppi futuri della terapia familiare. *Rivista di psicoterapia relazionale, 42*, 20-38. doi:10.3280/PR2015-042002
- Gale, J. (2000). Patterns of talk: A micro-landscape perspective. *The Qualitative Report, 4*(1), 1-19.
- Gale, J. (2010). Discursive analysis: A research approach for studying the moment-to-moment construction of meaning in systemic practice. *Human Systems: The Journal of Therapy, Consultation and Training* (21), 7 – 37.
- Gale, J., Lawless, J., y Roulston, K. (2004). Discursive approaches to clinical research. En T. Strong y D. Paré (Eds.), *Furthering Talk: Advances in the Discursive Therapies* (pp. 125–144). New York: Kluwer.
- Gehart, D. R., Ratliff, D. A., y Lyle, R. R. (2001). Qualitative research in family therapy: A substantive and methodological review. *Journal of Marital and Family Therapy, 27*(2), 261–274.

- Georgaca, E., y Avdi, E. (2009). Evaluating the talking cure: The contribution of narrative, discourse, and conversation analysis to psychotherapy assessment. *Qualitative research in Psychology*, 6(3), 233-247. doi: 10.1080/14780880802146896
- Goldsmith, J. (2012). *Rupture-Repair Events in Couple Therapy: An Exploration of the Prevalence of Sudden Drops in Couple Therapy Alliance, and Their Impact on Therapy Progress*. (Tesis doctoral). Recuperado de <https://etd.ohiolink.edu/>.
- Gonçalves, M. M., y Ribeiro, A. P. (2012). Therapeutic change, innovative moments and the reconceptualization of the self: A dialogical account. *International Journal of Dialogical Science*, 6(1), 81-98.
- Gurman, A. S., y Kniskern, D. P. (1981). Family therapy outcome research: Knowns and unknowns. En A. S. Gurman y D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy, Vol. 1* (pp. 742-775). New York: Brunner/Mazel.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., y Greenberg, L. (2005). Change process research in couple and family therapy: Methodological challenges and opportunities. *Journal of Family Psychology*, 19(1), 18-27. doi: 10.1037/0893-3200.19.1.18
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., Diamond, G. M., Escudero, V. y Pinsof, W. M. (2015). 25 years of systemic therapies research: progress and promise. *Psychotherapy Research*, 25, 348-364. doi: 10.1080/10503307.2014.983208
- Helmeke, K. B., y Sprenkle, D. H. (2000). Clients' perceptions of Pivotal Moments in Couples Therapy: A Qualitative Study of Change in Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(4), 469-483. doi: 10.1111/j.1752-0606.2000.tb00317.x
- Higham, J. E., Friedlander, M. L., Escudero, V., y Diamond, G. (2012). Engaging reluctant adolescents in family therapy: An exploratory study of in-session processes of change. *Journal of Family Therapy*, 34(1), 24-52. doi: 10.1111/j.1467-6427.2011.00571.x
- Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Horvath, A. O. y Bedi, R. P. (2002). The alliance. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*, (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., y Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy?* Washington: American Psychological Association Press.
- Jones, E. y Asen, E. (2000) *Systemic couple therapy and depression*. London: Karnac.
- Kagan, N. I. y Krathwohl, D. R. (1967). *Studies in human interaction; interpersonal process recall stimulated by videotape*. East Lansing: Michigan State University.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 418-428. doi: 10.1080/10503300802448899
- L'Abate, L., y Bagarozzi, D. A. (1993). *Source book of marriage and family evaluation*. New York: Brunner/Mazel.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. En J. C. Norcross y R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94- 129). New York: Basic Books.
- Lambert, M.J., y Hill C.E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. En A.E. Bergin, y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 72-113). New York: John Wiley
- Lambert, M.J. y Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En: M.J. Lambert (Ed), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139-

- 193). New York: Wiley
- Larner, G. (2004). Family therapy and the politics of evidence. *Journal of Family Therapy*, 26, 17-39. doi: 10.1111/j.1467-6427.2004.00265.x
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C. R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., . . . Everitt, B. (2000). The London Depression Intervention Trial - Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95 - 100. doi: 10.1192/bjp.177.2.95
- Lyotard J. (1988). *The differend: Phrases in dispute*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Martin, D. J., Garske, J. P., y Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438
- Martins, P. P. S., McNamee, S., y Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Family as a discursive achievement: A relational account. *Marriage and Family Review*, 50(7), 621-637. doi: 10.1080/01494929.2014.938290
- Maclennan, R. (2015). Co-Creating Pivotal Moments: Narrative Practice and Neuroscience. *Journal of Systemic Therapies*, 34(1), 43. doi: 10.1521/jsyt.2015.34.1.43
- Mateu, C., Campillo, C., González, R. y Gómez, O. (2010). La empatía psicoterapéutica y su evaluación: una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 15(1), 1-18. doi: 10.5944/rppc.vol.15.num.1.2010.4081
- McGee, D., Vento, A. D., y Bavelas, J. B. (2005). An interactional model of questions as therapeutic interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(4), 371-384. doi: 10.1111/j.1752-0606.2005.tb01577.x
- Morgan, M. L., y Wampler, K. S. (2003). Fostering client creativity in family therapy: A process research study. *Contemporary Family Therapy*, 25(2), 207-228. doi: 10.1023/A:1023624217996
- Pinsof, W.M. y Catherall, D.R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151. doi: 10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x
- Pinsof, W. M. (1994). An overview of Integrative Problem Centered Therapy: a synthesis of family and individual psychotherapies. *Journal of Family Therapy*, 16(1), 103-120. doi: 10.1111/j.1467-6427.1994.00781.x
- Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem-centered therapy: A synthesis of family, individual, and biological therapies*. New York: Basic Books.
- Pinsof, W. M., y Wynne, L. C. (2000). Toward progress research: closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 1-8. doi: doi.org/10.1111/j.1752-0606.2000.tb00270.x
- Rober, P., van Eesbeek, D., y Elliot, R. (2006). Talking about violence: A microanalysis of narrative processes in a family therapy session. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 313-328. doi:10.1111/j.1752-0606.2006.tb01609.x
- Rober, P., y Borsca, M. (2016). The Challenge: Tailoring qualitative process research methods for the study of marital and family therapeutic sessions. En P. Rober y M. Borsca (Eds.), *Research Perspectives in Couple Therapy. Discursive Qualitative Methods*. (pp. 1-9). Switzerland: Springer International Publishing.
- Rohrbaugh, M. J. (2014). Old Wine in New Bottles: Decanting Systemic Family Process Research in the Era of Evidence-Based Practice. *Family process*, 53(3), 434-444. doi: 10.1111/famp.12079
- Roy-Chowdhury, S. (2003). Knowing the unknowable: What constitutes evidence in family therapy? *Journal of Family Therapy*, 25, 64-85. doi: 10.1111/1467-6427.00235
- Sampaio Martins, P. P., McNamee, S. y Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Family as a Discursive Achievement: A Relational Account. *Marriage & Family Review*, 50(7), 621-637. doi: 10.1080/01494929.2014.938290

- Sanderson, J., Kosutic, I., Garcia, M., Melendez, T., Donoghue, J., Perumbilly, S., Franzen, C., y Anderson, S. (2009). The measurement of outcome variables in couple and family therapy research. *American Journal of Family Therapy*, 37, 239-257. doi: 10.1080/01926180802405935
- Schumm, W. R. (2001). Evolution of the family field: Measurement principles and techniques. En J. Touliatos, B. F. Perlmutter, y M. A. Straus (Eds.), *Handbook of family measurement techniques, Vol. 1* (pp. 1-8). Thousand Oaks: Sage.
- Seikkula, J., Laitila, A., y Rober, P. (2012). Making sense of multi-actor dialogues in family therapy and network meetings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(4), 667-687. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00238.x
- Sexton, T. y Datchi, C. (2014). The development and evolution of family therapy research: Its impact on practice, current status, and future directions. *Family Process*, 53, 415-433. doi: 10.1111/famp.12084
- Shadish, W. R., Ragsdale, K., Glaser, R. R., y Montgomery, L. M. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: a perspective from meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 345-360. doi: 10.1111/j.1752-0606.1995.tb00170.x
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M. D., y Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 355-365. doi:10.1037/0022-006X.65.3.355
- Shadish, W. R. y Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547-570. doi: 10.1111/j.1752-0606.2003.tb01694.x
- Shelef, K., y Diamond, G. M. (2008). Short form of the revised Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale: Development, reliability, and validity. *Psychotherapy Research*, 18, 433-443. doi: 10.1080/10503300701810801
- Sutherland, O. y Strong, T. (2011). Therapeutic collaboration: a conversation analysis of constructionist therapy. *Journal of Family Therapy*, 33: 256-278. doi:10.1111/j.1467-6427.2010.00500.x
- Sprenkle, D. H. (Ed.). (2002). *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy
- Sprenkle, D. H. (2003) Effectiveness research in marriage and family therapy: Introduction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 85-96. 10.1111/j.1752-0606.2003.tb00385.x
- Sprenkle, D., y Blow A. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 113-129. doi: 10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x
- Sprenkle, D. H., Davis, S. D., y Lebow, J. L. (2009). *Common factors in couple and family therapy*. New York: Guilford.
- Stratton, P. (2011). *The Evidence Base of Systemic Family and Couples Therapy*. UK: Association for Family therapy.
- Sundet, R., Kim, H. S., Ness, O., Borg, M., Karlsson, B. y Biong, S. (2016). Collaboration: Suggested Understandings. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37, 93-104. doi:10.1002/anzf.1137
- Symonds, B.D. (1999). *The measurement of alliance in short term couples therapy*. (Disertación doctoral no publicada). Canada: Simon Fraser University.
- Symonds, D., y Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process*, 43, 443-455.
- Tseliou, E. (2013). A critical methodological review of discourse and conversation analysis studies of family therapy. *Family Process*, 52(4), 653-672. doi:10.1111/famp.12043
- Woolley, S. R., Butler, M. H., y Wampler, K. S. (2000). Unraveling change in therapy: Three different process research methodologies. *American Journal of Family Therapy*, 28(4), 311-327. doi: 10.1080/019261800437883
- Wulff, D., George, S. S., Tomm, K., Doyle, E., y Sesma, M. (2015). Unpacking the PIPS to HIPS curiosity: A narrative study. *Journal of Systemic Therapies*, 34(2), 45.

Intervención



**The circular reformulation as mail tool of change in brief time
The cognitive shaking up**

Alejandra González Monzón^a

^aColaboradora docente de la Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar. Directora de la Escuela Sistémica Paraguaya. E-mail: alejandra@escuelasistemica.com.py.

Historia editorial

Recibido: 26-02-2018
Primera revisión: 02-05-2018
Aceptado: 09-05-2018

Palabras clave

reformulación, circularidad, pauta, intervención, terapia breve, zarandeo cognitivo

Resumen

La intervención consiste en cuestionar y desafiar la definición lineal del problema que trae cada miembro del sistema, incorporando los mismos elementos constitutivos de sus narraciones para presentarles, de forma alternativa, una visión circular que incluya puntuaciones y conductas conectadas entre sí. El objetivo, al elaborar y devolver al consultante una redefinición circular compleja y completa como se pretende en el “zarandeo cognitivo”, es introducir una gran y potente duda a la creencia rígida del paciente para que ésta caiga por sí sola, desencadenando automáticamente cambios pragmáticos en al menos un miembro del sistema.

Abstract

This article presents a proposal of applying in the first two sessions, of individual therapy, couple’s therapy or family, the technique of circular reformulation as a central tool in the therapeutical process, to acquire changes in brief form.

The intervention consists in questioning and challenging the lineal definition of the problem that brings every member of the system, integrating the same constitutive elements of their stories, to offer as an alternative, a circular vision that includes punctuations and connected conducts among them. The objective, when elaborate and return to the consultant, a complex circular redefinition and complete as it is pretended in the “shaking up and cognitive kick”, its to introduce a great and potent doubt in the rigid belief of the patient so this would fall for itself, automatically triggering pragmatcal changes at least in one member of the system.

Keywords

reformulation, circularity, intervention, brief therapy, cognitive shake up

La reformulación circular desarrollada en este artículo comprende dos ejes teóricos principales: la reestructuración y la circularidad. Para Watzlawick y Nardone (1995) la reestructuración consiste en codificar de nuevo la percepción de la realidad por parte de una persona, en cambiar los marcos en los que se inserta este significado para que, a partir de ahí, cambie el mismo significado del problema. Por el otro lado, la circularidad, una de las propiedades básicas de los sistemas abiertos, es definida por Watzlawick, Bavelas y Jackson (1995) como la interconexión que existe entre las acciones de los miembros de un sistema, donde se observa que las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una “causa” A provoque un “efecto” B), sino circulares (en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A).

En la misma línea de intervención, Minuchin (2011) ha planteado un modelo de cuatro pasos para evaluar a las familias. El primer paso consiste en abrir el motivo de la consulta, cuestionando la certeza de la familia en cuanto a que el problema primario se localiza en la maquinaria interna del paciente individual, realizando en este momento de la terapia reestructuraciones que otorgan al paciente un nuevo nombre al problema. En el segundo paso se señalan las interacciones que mantienen el problema. El tercer paso explora el pasado centrado en la estructura y el cuarto y el último paso propone a la familia nuevas formas de relacionarse.

Para realizar la reformulación circular descrita en el presente trabajo, se proponen los siguientes pasos en forma ordenada y organizada: 1. Explorar la definición lineal del problema que trae el paciente, pareja o familia y observar interacciones espontáneas entre los mismos, 2. Construir una hipótesis relacional preliminar que explique el funcionamiento del sistema en torno a la problemática que los lleva a consultar, 3. Realizar una tormenta de preguntas relacionales al paciente, familia o pareja teniendo como mapa la hipótesis construida en el paso anterior, esto con el fin de corroborar, ampliar o ajustar la hipótesis preliminar, 4. Realizar el *disparo reformulador* encabezado por la frase: “Veo el problema desde otro ángulo” y que incluye las siguientes acciones: a) Conectar entre sí las puntuaciones lineales que cada miembro del sistema ha realizado del problema y encadenar sus conductas mostrándoles la secuencia de interacción. Con esto se pone en evidencia que los puntos de vista lineales y resistentes que traían del problema no son excluyentes sino, muy por el contrario, complementarios entre sí. De igual manera, la conducta de uno es información para el otro. b) En la nueva definición circular propuesta, que responsabiliza a todo el sistema, con el fin de dar intensidad al mensaje, se incorporan otras técnicas como esculturas, analogías, metáforas, juegos de palabras, aforismos, y en todos los casos, se propone incluir en la redefinición frases textuales que los miembros de la familia han utilizado en sus relatos.

La redefinición circular reúne, de esta forma, la propuesta teórica y de intervención de las pioneras escuelas sistémicas, rescatando y enarbolando la base teórica principal que es la circularidad, muchas veces olvidada. Se trata de una sola intervención, que reúne distintas técnicas sistémicas, a ser realizada en la primera o segunda sesión, en una sola devolución al paciente, familia o pareja, mostrando aquí la diferencia con otras propuestas anteriores. Una vez instalado el cambio cognitivo que trae a su vez cambios conductuales y emocionales, esto es, desencadenando nuevas pautas de relacionarse de forma espontánea luego del “zarandeo cognitivo”¹, se plantean otras técnicas, a partir de la tercera sesión, para consolidarlas en el sistema. Las sesiones siguientes serán espaciadas con

1 Para Navarro Góngora (1992), las intervenciones cognitivas apuntan a que el cliente cambie la forma en que ve su síntoma. El término zarandeo cognitivo, como técnica de intervención cognitiva propuesta en este trabajo hace referencia a movilizar, agitar, sacudir en una sola y potente devolución, con lenguaje desafiante y persuasivo, el sistema de creencias que explicaba inicialmente la queja y sostenía la pauta de interacción problemática en el sistema. En el zarandeo, se observa que cuando las ideas son movidas de lugar con intensidad, se produce un reordenamiento distinto que permite nuevas acciones espontáneas en al menos un miembro del sistema. El término “disparo reformulador”, que también se utiliza en esta propuesta, guarda relación con el acto de devolver al paciente, la reformulación circular que pretende el zarandeo cognitivo.

2. EJES TEÓRICOS COMPRENDIDOS EN LA REFORMULACIÓN CIRCULAR

Se describe a continuación el marco teórico que engloba la reformulación circular, entendiendo que, para sintetizar el trabajo, se excluyen otros ejes teóricos que también estarían presentes en la intervención sistémica propuesta:

a) Puntuación de secuencia de hechos: Watzlawick et.al, (1995) sugieren que en la raíz de innumerables discordias en las relaciones personales está la discrepancia acerca del modo de puntuar la secuencia de sucesos. La labor del terapeuta consistirá en rebajar los segmentos así puntuados de este sistema de interacción de modo tal que pueda surgir un marco de referencia o encuadre (*frame*) distinto.

Por ejemplo, en la fase inicial de la primera sesión, se sugiere explorar la definición lineal de cada uno de los miembros de la familia, esto es, la manera en la que recortan el suceso de hechos desde la linealidad: “*yo hago esto porque vos haces eso*” llevándoles, muchas veces, a un juego sin fin, en el intento de proclamarse dueños de la verdad.

b) Hipótesis relacional: Para Selvini-Palazolli, Boscolo y Prata (1980) la hipótesis establece un punto de partida, tanto para su investigación como para verificar la validez de esta hipótesis. Para estos autores, la función esencial de la hipótesis consiste en ser una guía para proveer nueva información con la cual ordenamos nuestro trabajo investigativo y que debe incluir a todos los componentes de la familia brindando un supuesto en torno a la función relacional total.

La hipótesis, como mapa o guía para intervenir posteriormente, es considerada una herramienta esencial en el presente trabajo. Primero, para intervenir de forma rápida y económica, limitando el intercambio de información entre consultantes y terapeuta, enfocándose en la relación y no en contenidos, ya que las preguntas del terapeuta están destinadas a enriquecer o ajustar la hipótesis preliminar. Segundo, porque la misma hipótesis, ya completa y con otros elementos añadidos para dar intensidad al mensaje, será devuelta a los consultantes como una nueva forma de mirar el problema. En líneas generales, la hipótesis relacional es la redefinición circular desarrollada en este artículo, que necesariamente incluye la pauta de interacción de la que no son conscientes los consultantes por insistir en sus puntuaciones lineales. Los demás ingredientes que se incluyen en la intervención propuesta serán analizados más adelante en este trabajo. Para construir la hipótesis relacional, es útil realizar *preguntas circulares, terribles preguntas y parafrasis reestructurantes*:

- Las preguntas circulares, técnica elaborada por la Escuela de Milán, son formuladas para que los miembros de la familia conecten entre sí sus propias conductas. Ausloos (2005) sostiene que

el rol del que interviene no es el de aconsejar a la familia, de identificar lo que no funciona en ella, sino al contrario, de trabajar con la familia para encontrar o para descubrir lo que sabe, reinventar las soluciones, resolver sus problemas, y esto puede hacerse utilizando preguntas circulares (...) El trabajo del profesional sistémico, consiste en arreglárselas para que al final de la entrevista los diferentes miembros de la familia se hayan comunicado entre ellos suficientes informaciones para que se conozcan mejor y comprendan mejor su propio funcionamiento (2005, pp. 184 -185)

- Por su parte, Selvini-Palazolli (1988) al definir las terribles preguntas, sostiene que para fascinar a la familia es necesario a veces jugar anticipadamente. El terapeuta debe saltar por encima de la barrera de reticencia de la familia formulando preguntas acertadas y afirmativas arriesgándose en la intuición por la poca información brindada por la familia, pareja o paciente individual. Se trata entonces de lanzar preguntas, teniendo en cuenta una

hipótesis en construcción, para lograr que la familia responda cuando no remite mucha información. Ejemplo: *¿hace cuánto te diste cuenta que tu marido es infiel?*, esto en el caso de formular la hipótesis de una escalada simétrica donde la mujer utilizaría la denuncia para doblegar al marido, no por haber recibido golpes, sino por causa de infidelidad.

- Por último, en las paráfrasis reestructurantes, elemento del diálogo estratégico de la terapia breve estratégica:

Se solicita una verificación del propio proceso de comprensión del funcionamiento del problema. Por ejemplo: «Corrijame si me equivoco: ateniéndonos a todo lo que usted ha afirmado, parece que...» El especialista se quita su capa de experto y pregunta a su interlocutor en busca de ayuda para verificar sus formulaciones respecto al problema presentado. Haciéndolo así, le da la vuelta a la usual relación entre el experto y el que pide ayuda. El paciente es el que guía la conversación y es el verdadero experto del problema, precisamente porque es suyo (Nardone, 2011, p. 51).

c) Pauta de relación: Explorar la pauta de relación es esencial en la intervención propuesta consiguiendo una definición circular y recursiva del problema, teniendo presente el postulado de la circularidad que ya fue desarrollado en la introducción de este artículo. Como menciona Kenney (1994):

En el caso del sistema constituido por “El me fastidia, yo me retraigo - Ella se retrae, yo la fastidio”, la visión binocular vería lo que Bateson dio en llamar una “relación complementaria”. Para ver una relación se requiere de una doble descripción. Pero si las dobles descripciones de la relación se someten a análisis y se afirma que cada una de estas partes está localizada dentro de una persona, se crea con ello “un principio dormitivo”. Ver solo al marido que fastidia sin tomar en cuenta a la esposa que se retrae puede llevarnos a considerar al “fastidioso” y no al sistema de la relación entre el fastidio y el retraimiento (1994, p.53).

De igual manera, Wainstein (2006) agrega que las pautas o modos regulares de hacer las cosas, ayudan a organizar la experiencia, las percepciones y la conducta para que no sea necesario negociar constantemente relaciones significativas.

d) Redundancia: Para describir la pauta de interacción, el terapeuta debe estar atento a la repetición de conductas de cada miembro de la familia que se encadenan entre sí, formando una secuencia que se mantiene en el tiempo. Este punto es esencial en la reformulación circular aquí planteada. Claro está que el objetivo es justamente alternar esa pauta acostumbrada de interacción.

Afortunadamente, nuestra comprensión de la interacción humana se ve favorecida por el hecho de que el cuadro es distinto para un observador externo. Este se parece a alguien que no comprende ni las reglas ni el objetivo del ajedrez y observa el desarrollo de una partida. Supongamos que la no-conciencia de los “jugadores” en la vida real esté representada en este modelo conceptual por el supuesto simplificado de que el observador no habla ni comprende el lenguaje de los jugadores y es, por lo tanto, incapaz de pedir explicaciones. Pronto se hace evidente para el observador que la conducta de los jugadores exhibe diversos grados de repetición, de redundancia, a partir de lo cual puede sacar conclusiones provisionarias. Por ejemplo, notará que, casi invariablemente, a cada movimiento de un jugador le sigue un movimiento del otro. Así, a partir de esta conducta resultará fácil deducir que los jugadores siguen una regla de alternación de movimientos. Las reglas que gobiernan los movimientos de cada una de las piezas no pueden deducirse con tanta facilidad, debido en parte a la complejidad de los movimientos, y en parte, a las frecuencias sumamente distintas con que se mueve cada una de las piezas (Watzlawick et.al, 1995, pp.38-39)

e) Reestructuración: Watzlawick, Weakland y Fisch (1995) mencionan que:

La reestructuración supone desplazar el énfasis de la pertenencia de un objeto a una clase, a la pertenencia igualmente válida a otra, o bien, especialmente, introducir la idea de tal pertenencia a una nueva clase en la conceptualización de todos los interesados” (p.123).

Implica un salto cuántico, un cambio de tipo 2², logrando que el paciente perciba de forma distinta el problema y/o la conducta de los demás miembros de la familia. El cambio es resultado de la construcción de significados alternativos congruentes con el lenguaje del paciente.

Las reestructuraciones conducen, de este modo, a un desplazamiento de la perspectiva, pudiendo realizarse de muy diversas maneras, sea a través de actos comunicativos verbales, o a través de prescripciones de comportamiento, esculturas, dramatizaciones, etc. Así mismo, pueden tener distintos niveles de complejidad que abarquen desde simples redefiniciones cognoscitivas de una idea o de comportamiento, hasta más completas y elaboradas como las que se propone en este artículo que incluye, a su vez, en simultáneo, otras técnicas y estrategias como ser el uso de aforismos, anécdotas, relatos y lenguaje metafórico, analogías y comunicación paralela:

El uso de la analogía permite utilizar concepciones de un ámbito de nuestra experiencia, para encarar o comprender de un modo diferente, otro tipo de vivencias, es decir, arroja una luz distinta sobre un tema. Es de hecho, un recurso para re enmarcar. La analogía puede usarse directamente para amplificar algo que el consultor intenta transmitir, o de un modo más indirecto, lograr desviar la atención consciente sobre el problema. Esta modalidad indirecta de comunicación, minimiza la resistencia (...). Dentro de este tipo de comunicación se incluyen:

- Chistes: Se utiliza el humor para señalar, ciertos ítems, que de otra forma generarían resistencia.
- Juego de palabras: Se emplean para sorprender o confundir.
- Relatos: Se utilizan para sugerir nuevas opciones, para que el consultante ceda terreno y escuche.
- Metáfora: Hablar sobre un tema para referirse a otro. Se emplea para mostrar una nueva visión sobre el tema tratado. Su función es llevar el conocimiento más allá de su contexto inicial hacia uno nuevo. (Wainstein, 2006, p.96).

PROPUESTA PARA LOGRAR LA REFORMULACIÓN CIRCULAR

Los pasos sugeridos, en las primeras dos sesiones, para lograr la reformulación circular son los siguientes:

1. Explorar la definición del problema que trae el paciente, la puntuación lineal inicial que sostiene como verdad: Se pide al paciente o a cada miembro de la pareja o familia que acude a la primera sesión a definir clara y concretamente el problema en términos cuali y cuantitativos. Se formula la pregunta: “¿Cuál es el problema?”. En este primer paso el terapeuta observa y escucha, realizando preguntas, de tipo exploratorio, con el propósito de comprender la definición del problema que trae el paciente.
2. Construir, de preferencia en la primera sesión, una hipótesis relacional preliminar que explique y describa la pauta de interacción que sostiene el problema. Como paso siguiente, se propone realizar una “tormenta de preguntas relacionales” Se utiliza el término “tormenta” porque consiste en una serie de preguntas que hace el terapeuta al consultante con el objetivo de describir el problema en términos relacionales, teniendo ya como base una hipótesis preliminar que guía, ordena y limita el intercambio de información. Para organizar esta parte de la sesión, realizando preguntas, guiadas por un mapa como es la hipótesis, el

2 Watzlawick et al. (1995) mencionan que aplicar técnicas de cambio de tipo 2 libera la situación de la trampa engendradora de paradojas creada por la autorreflexividad de la solución intentada colocando a la situación sobre una base diferente.

terapeuta deberá mostrarse interesado en explorar el “círculo vicioso” que mantiene el problema sin minimizar o ignorar otros puntos relevantes que menciona el paciente pero sin perderse en caminos alternativos que se escapan de la pauta de interacción que pretende explorar. Si las preguntas son planteadas correctamente y, sobre todo, en forma circular, la hipótesis se construye y enriquece rápidamente. La “tormenta de preguntas relacionales” permite que el reajuste de la hipótesis para el posterior planteamiento de una reformulación circular, se realice en el menor tiempo posible.

Se sugiere un ejemplo de tormenta de preguntas relacionales que variaría de acuerdo a cada caso: ¿Cuándo, dónde, cómo, con qué frecuencia ocurre el problema? ¿Cuándo, dónde, cómo, con qué frecuencia no ocurre el problema? ¿Qué sucede primero? ¿Y después de eso? ¿Y a continuación qué ocurre? ¿Y qué haces vos/que hace él/qué hace ella? ¿Qué creés vos que ella/él piensa con respecto a lo que vos sentís/haces/pensás/decís? ¿Por qué crees que ella/él reacciona así. ¿Qué te suele decir con respecto a tu conducta y su posterior reacción? ¿Y los demás qué hacen? ¿Cómo lo ven? ¿Qué dicen?

Si el terapeuta presenta dificultades para lograr una descripción circular más detallada del problema se presentan algunas variables para realizarlas en sesión o fuera de ella:

- Escultura familiar

Se le pide al grupo familiar que cada uno construya una escultura de la familia tal cual él se imagina, según esta consigna: Imagínense que son de arcilla o de un material maleable y entonces cada uno por turno va a construir una escultura que refleje como ve a la familia (Wainstein, 2006, p. 169).

Los miembros de la familia deben realizar individualmente esculturas que muestren cómo se ven y de qué forma ven al otro en la relación. Se trata de definir, a través de esculturas, la definición del problema que trae el paciente. Más adelante se verá que la escultura de cada paciente en sesión será conectada a la escultura del otro, para mostrar la circularidad de sus conductas, pensamientos y sentimientos proponiendo con esto la escultura relacional en movimiento.

- Tarea Ser detective de la relación: Consiste en prescribir tareas directas para investigar en sus casas cómo funciona la relación. Se les pide que observen y registren los momentos en los que se llevan bien, sin desencadenarse el problema que están describiendo en ese momento de la consulta, y así también, los momentos en que ocurre el problema. Se les podría entregar preguntas guía como las siguientes: ¿Qué pasa antes de ocurrir el buen/mal momento?, ¿Qué hizo y cómo reaccionó cada uno en esos momentos? ¿Cuáles son los detonantes de la felicidad/peleas? ¿Cómo una pelea se convierte en buenos ratos y viceversa?

1. Tomar nota, en sesión, de las frases que impactan al paciente en su relato, frases que las recalca como negativas o son generadoras de sufrimiento, o bien, aquellas que culpan o responsabilizan al otro miembro de la relación: “Me llama inútil”. “Cambió mucho, me dejó a un lado, no me hizo más caso”. De todas formas, al ser cibernética de segundo orden, se trataría también de anotar las frases que creemos que impactan al paciente porque, de cierta forma impactan o llaman la atención al terapeuta.
2. Construir y devolver al paciente una nueva definición del problema en términos relacionales: El zarandeo cognitivo:
 - a. Terapeuta: “Es curioso como yo, desde este lugar, veo el problema de forma muy distinta”.
 - b. Encadenar las definiciones lineales del problema de cada uno de los miembros de la familia o pareja. Si acude un solo miembro, igual es posible, mediante los pasos anteriores, conocer la conducta, reacción, sentimientos, pensamientos, frases y voces de los “ausentes implicados”. No se trata solamente de encadenar conductas, sino de conectar las definiciones individuales y lineales propuesta por cada persona involucrada en la relación, en los

- niveles pragmático, cognitivo y emocional.
- c. En las definiciones individuales/lineales del problema, es importante, para presentar mayor impacto, incluir las frases exactas que los pacientes han utilizado en sus descripciones, sobre todo aquellas que han despertado sensación de culpa, rabia, dolor, frustración, es decir, que han sido connotadas negativamente por los miembros de la familia. Es difícil que el paciente rechace la nueva historia que les devuelve el terapeuta si se utilizan las mismas palabras que él o ella han utilizado, ahora en un nuevo guión que permitiría un final distinto al modificar intensamente el sistema de creencias inicial y lineal que mantenía el problema, “invitando rápidamente” al paciente a hacer cosas distintas a las que venía haciendo hasta el momento.
 - d. Para que el impacto sea aún mayor, en la historia alternativa propuesta por el terapeuta, que conecta narraciones individuales, utilizando las mismas frases que han utilizado los pacientes, se incluyen metáforas que re/nombren los problemas o conductas anteriormente descritos por los pacientes. También deben incluirse analogías u otros aforismos que, sin explicación lógica directa, llegue al hemisferio cerebral derecho donde se produce el cambio según lo refiere Watzklawick (1994).
 - e. Describir la pauta de interacción: Encadenar las conductas entre sí que se puede realizar en forma verbal: “Cada vez que él te controla, vos te rebelas. Cuanto más te rebelas, más te controla” y/o a partir de esculturas relacionales en movimiento, técnica que se describe mejor con el caso de María y Edgar:

Se pide a cada miembro de la pareja que realice una escultura familiar que defina cómo se ve y cómo cree que ve al otro miembro de la pareja en esa relación problemática que definen en el momento presente.

Edgar dice que María es una “maleducada” porque no le da explicaciones de todo lo que hace. María, por su parte, dice que Edgar es autoritario. Refieren haberse conocido hace dos años, sin vivir un noviazgo “oficial” como lo mencionan porque ella quedó embarazada al poco tiempo de salir juntos, y Edgar decidió en ese momento construir una casa para la bebé que venía en camino y las dos hijas de María de una relación anterior. En el momento que acuden a terapia, María vive con sus tres hijas en casa de su madre porque, según comentan, pasan mucho tiempo discutiendo.

María (como se ve en la figura 1) se ve y describe a sí misma como quieta, sin preocupación, relajada, con la mirada hacia un costado. Ve a Edgar lejos, con el cuerpo rígido y la mirada fija hacia ella. Edgar, por su parte, se ve a sí mismo, huyendo a otro lugar, trepando, de espalda a María (como indica la figura 2) y ve a ella, también de espaldas a él, bien lejos, sin mirarlo, dirigiéndose hacia otra dirección. Ambos insisten en la puntuación lineal del problema: “Ella me desobedece”. “El me controla” afirmando cada uno que, por el motivo que sostiene, se encuentran distanciados.

Se pide a cada miembro de la pareja que vuelva a realizar la escultura que realizó anteriormente y acto seguido, como en una película en movimiento, sin pausas, se les pide nuevamente representar la escultura esculpida por el otro. Se muestra así a la pareja que Edgar controla a María señalando en la escultura esos ojos fijos que la miran (Edgar había dicho antes que cree que el hogar debe ser dirigido por un solo jefe de familia). María, que no está acostumbrada a recibir órdenes, y proviene de una familia donde la madre era cabeza de familia, se rebelaba ante la autoridad del novio, y eso se ve en la mirada a un costado que muestra la escultura, cansada pero relajada. Lo que no se ve, y es tarea del terapeuta mostrarlo (que se explica en la figura 3), es que cuanto más insiste Edgar en controlar a María, más ella mira a un lado (no responde mensajes, no da explicaciones, no obedece). Y cuanto más desobedece María, más insiste Edgar en controlarla y pedirle explicaciones. La circularidad se intensifica con la metáfora que se desprende de las propias esculturas” “Cuanto más fijo la miras, ella más mira a un costado”. Llega un momento, como se ve en la escultura de Edgar, que él, ya cansado de pedir a su novia que sea más sumisa, se aleja, se va, pasan tiempo sin hablar, sin verse, y ella por su parte, también se distancia, y va por su camino. Hasta que se vuelven

a hablar, a encontrarse, están bien un tiempo (cuando ella no se siente observada) y luego él vuelve a controlarla y ella a “rebelarse”. Todo esto se muestra a través de esculturas relacionales en movimiento, volviendo a representar sin pausas las dos esculturas realizadas por ellos, una y otra vez, para verlas en movimiento y dejar en claro la circularidad.



Figura 1: Escultura de María



Figura 2: Escultura de Edgar



Figura 3: Representación gráfica de la escultura relacional en movimiento

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA TERCERA SESIÓN

Para consolidar el cambio, como técnicas siguientes, una vez alcanzado el *clic*, podrían ser tareas directas o rituales apuntadas a la intervención en la pauta o a la consolidación de la nueva pauta. Esto se persigue desde la tercera sesión, una vez realizada la intervención principal, y al ir midiendo los cambios espontáneos y automáticos que se dieron por sí solos. Esto persigue como objetivo un descarrilamiento al interrumpir la aparición de la secuencia habitual: “Lo que uno quiere introducir son variaciones que vayan más allá de aquel límite, que por lo tanto definan una pauta nueva. Y con una pauta nueva, que no resulta familiar, puede suceder cualquier cosa” (O’Hanlon, 1987, p. 46).

DEFINICIÓN LINEAL DEL PROBLEMA

Derlis (39 años) refiere 10 años de matrimonio con Sonia (37 años). En sesión individual comenta Derlis que hace dos meses están separados. El día de la separación, él la llama varias veces al celular y ella no contesta. En la última llamada la esposa le responde que está en un cumpleaños en el centro de la ciudad. Él la reclama, desconfía, y le da 5 minutos para llegar a la casa. Ella le dice que la está haciendo pasar vergüenza. Llega 1 hora más tarde y él ya tiene sus maletas listas para irse de la casa. Ella le dice “no te vayas pero si te vas, no vuelvas más”. Él se va y desde ese día no volvieron a hablar, la bloqueó del WhatsApp y no intentó hablar con ella. Tiene la seguridad de que ella ha sido infiel con un compañero de trabajo (sin evidencias, solo sospechas por el cambio en su comportamiento). “Hace un año ya no existo para ella, no me da bola, no soy nada, en mi presupuesto está que sea infiel porque carne con carne no destruye pero ella dejó de interesarse en mí y eso no perdono” (sic). Refiere que el cambio en su esposa se ve en que ella sale más de la casa sola, llega tarde, va al gimnasio, se arregla más, no le atiende todas las llamadas. “Le insisto para cerrar cabos sueltos pero ella no quiere hablar” (cuando desconfía, él quiere que ella “confiese y dé explicaciones de sus actos tremendamente maleducados y abusivos, evidentes” (sic).

EXPLORANDO PAUTA DE INTERACCIÓN

T: ¿Pasó algo hace un año que coincida con el cambio de tu esposa?

P: No sé, perdí mi trabajo hace un año y medio. Me bajoneé. A veces me pongo mal y le culpo a la vida de todas mis desgracias. Sé que tengo problemas por resolver. Soy un enano amargado, como todos los enanos y ella trabaja y gana bien, a mí siempre me fue mal, pero me ayudaba antes, no le importaba mi fracaso. Capaz ahora ya se consiguió un tipo con plata que le gusta más (Linealidad: Insiste en la infidelidad de su esposa culpándola. La ve como alguien superior que no tolera la vida con alguien inferior a ella.) “Tengo problemas con mi autoestima”).

T: ¿Y cómo te ayudaba Sonia cuando te ponías mal?

P: Siempre me ayudó a levantarme cuando estoy así, hasta hace un año. Después ya no lo hizo más. Por eso te digo que está entusiasmada por otro hombre, se fue, no me hizo más caso” (Insiste en la culpabilidad de Sonia. Ella se cansó de verlo mal y lo cambió por alguien mejor).

T: ¿Y qué crees vos que ella piensa de vos? ¿Cómo crees que te ve, como te define?

P: Me dijo siempre que ya estaba hastiada. Se enoja porque la trato de puta. No quiere darme explicaciones. Me decía que no daba gusto llegar a la casa, que soy una persona con mala onda pero claro, eso pasaba porque quería estar con su amante seguro. No sé por qué seguía conmigo. Te digo que yo ya no era importante para ella, ya no me quería. Me decía también que no puede cambiar lo que hay en mi cabeza y que al pedo me va a dar explicaciones. No quería contarme nada de lo que hacía. (Linealidad: Su esposa no quiso más responder sus preguntas e interrogatorios porque ya estaba entusiasmada con otro hombre).

T: ¿Cómo cambiaste vos en este año de cambios de tu esposa?

P: Y la verdad que mi autoestima está por el piso. La puteo. Me pongo mal. No puedo destacarme en nada, no soy bueno en lo que hago, no puedo conseguir crecer profesional y económicamente a mi edad.

T: ¿Que decía Sonia cuando vos la reclamabas?

P: Que estaba hastiada. Que yo era denso y renegado. (Insiste en la explicación lineal del problema: La causa de las desgracias del matrimonio es su esposa infiel).

Definición lineal	Tormenta de preguntas relacionales	Frases impactantes	Respuestas relacionales para construir hipótesis relacional:	Metáforas, juegos de palabras y redefiniciones simples
<p>Mi esposa es infiel. Ya no le importo. Hace lo que quiere. Como yo soy poca cosa, me cambió por otro. No es capaz de darme explicaciones porque ya no soy nada para ella.</p>	<p>¿Coincidió su cambio de conducta con algún suceso en particular?</p> <p>¿Qué hacía ella para que creas que andaba en algo raro y que actuaba distinta?</p> <p>¿Qué pasaba cuando la notabas rara? ¿Y antes de eso? ¿Y después? ¿Y más adelante?</p> <p>¿Qué decía/hacía ella cuando vos le decías o hacías eso que comentas?</p> <p>¿Qué crees vos que ella piensa y siente con respecto a lo que vos decías y hacías por eso reaccionaba así?</p> <p>¿Crees que pasaba bien en la casa?</p>	<p>“Hace un año ya no existo para ella, no me da bola”</p> <p>“Le insisto para cerrar cabos sueltos pero ella no quiere hablar”</p> <p>“Perdí mi trabajo hace 1 año y medio. Me bajoneé. A veces me pongo mal y le culpo a la vida de todas mis desgracias”</p> <p>“Soy un enano amargado”</p> <p>“Me dijo siempre que ya estaba hastiada. Se enoja porque la trato de puta. No quiere darme explicaciones”</p> <p>“Me decía que no daba gusto llegar a la casa, que soy un persona con mala onda”</p> <p>“Me decía también que no puede cambiar lo que hay en mi cabeza y que al pedo me va a dar explicaciones”</p> <p>“Decía que yo era renegado y denso”</p> <p>“No quería contarme nada de lo que hacía”.</p>	<p>Por 9 años, ella lo levantó cada vez que se encontraba mal.</p> <p>Hace 1 año y medio perdió el trabajo. Ella lo levantó por un tiempo más hasta que el comenzó a sentirse con más baja autoestima y al comparar con mayor frecuencia el éxito de ella con el fracaso de su vida.</p> <p>Cuanto más fracasado se sentía, más esperaba que ella lo vuelva a subir pero lo hacía con reclamos, con prepotencia, agresiones, rabia.</p> <p>Cuanto más reclamos recibía ella, menos ganas tenía de levantarlo de nuevo.</p> <p>Cuanto menos ganas ponía ella para alzarlo, más abajo se venía él y más fuerte era su rabia y reclamo hacia ella.</p> <p>A mayor intensidad de reclamo; más cambio de su esposa, menos importante era para él, pasando más tiempo fuera de su casa.</p> <p>Cuanto más cambiaba su esposa, más abajo se venía el, más insistía en su necesidad de que ella lo ayudase a subir, más fuerte era su reclamo y más lejos y por más tiempo ella pasaba fuera de la casa.</p> <p>Cuanto más se ausentaba y cambiaba su esposa, más protestaba él.</p> <p>Cuanto más pedía explicaciones de sus actos a la esposa, ella más aún se volvía a alejar.</p>	<p>Pitufu gruñón que al querer atar cabos sueltos de la esposa, más la mantenía suelta a ella, y más atado se mantenía él a su “desconfianza que a ella la hacía huir.</p> <p>Se utiliza la metáfora de altura como poder y autoestima y el juego de palabras.</p>

Tabla 1: Planteamiento y organización de la reformulación circular en la primera sesión.

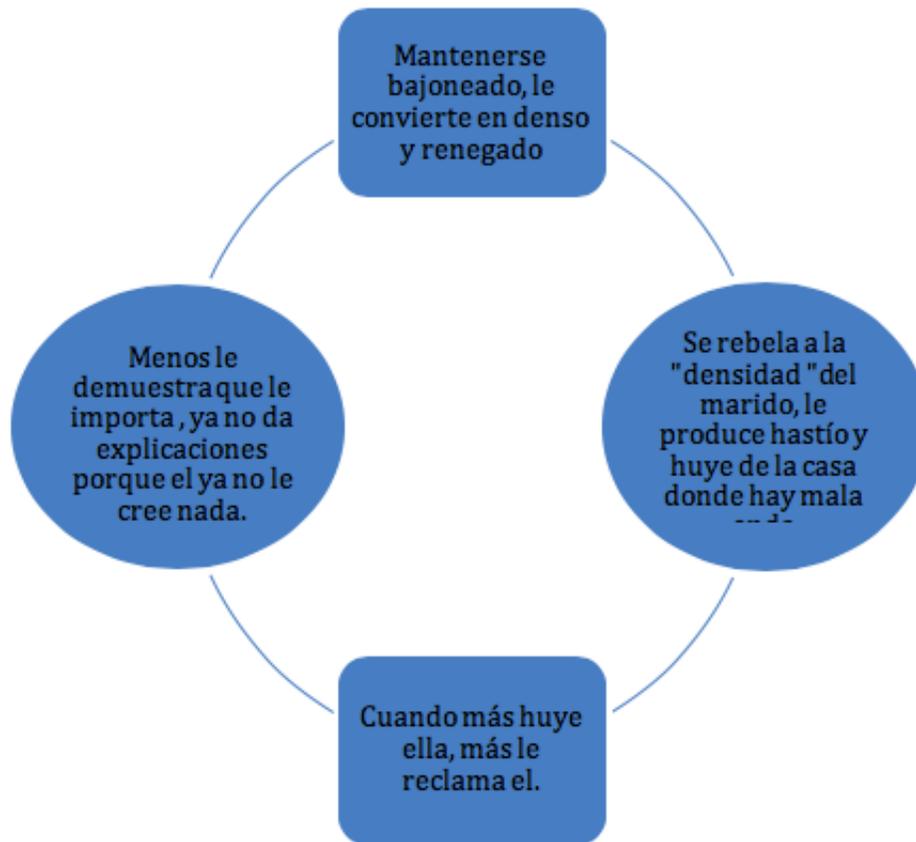


Figura 4: Pauta de interacción.

Una vez planteados y organizados los puntos que se describen en la tabla 1 y figura 4 se realiza el disparo reformulador: “Veo la misma historia desde otro ángulo:

Hace un año y medio perdiste el trabajo, *te bajoneaste*, usando tu propio término. Me dijiste que tu esposa *siempre te ayudó a levantarte cuando estabas así*. Cuando estabas mal, ella te ayudaba a estar mejor, te daba ánimos, te devolvía el valor, siempre. *También me dijiste que a veces te pones mal y le culpas a la vida, que te ves como un enano amargado*. Cuanto más bajabas en altura, y con más frecuencia, más le costaba a ella levantarte, porque cuanto más te bajás, cuanto más perdés altura, más “el enano amargado se convierte en pitufo gruñón”. El enano amargado tiene que ver con tu baja autoestima, el pitufo gruñón ya influye en las reacciones de tu esposa. Y desde abajo, con poca altura, lo único que podés hacer es gritar, insultar, putear para que ella desde arriba, te demuestre lo importante que sos y te devuelva tu altura, te levante. Ella no puede, con insultos y mala onda, devolverte siempre a la altura donde funcionás (funcionan) mejor.

Ella dejó de levantarte cuando te volviste el pitufo gruñón que solo puteaba. Ahí es cuando te entiendo que te diga que está *hastada porque sos renegado y denso*.

Resulta que cuando bajás, sos más “*mala onda*” y eso le produce “*hastío*”. Insistís en cerrar cabos e historias tuyas basadas en tu desconfianza y lo que hacés con eso es encerrarla a ella en un mundo distinto, lejano a vos donde pasa bien. No atás cabos, se atan los dos en un juego sin fin. Ella huye porque *no quiere llegar a la casa donde hay mala onda*, vos seguís puteando desde abajo, ella crece, se va, pasa bien (con o sin amante, eso no sé) pero la pasa bien, lejos del hastío que en ese momento y en esas circunstancias le producía su relación de pareja.

Cuanto más se aleja, más te bajás, cuanto más bajás, más puteás. *Y la mala onda* la aleja aún más.

Se des-encontraron un pitufo gruñón con una persona que al alejarse de la mala onda, se descubrió a sí misma, se quiso más, se cuidó más, embelleció (para ella, para vos, para otro, no sé). ¿Qué encontraba al llegar más bella a su casa, más contenta por haber descubierto otro mundo en el exterior donde pasarla bien? (con o sin sexo con otro, eso no sé, de todas formas lo que te pone mal es justamente que *hayas dejado de ser importante para ella*): Encontraba a un marido que desde más abajo, seguía insistiendo más en sus infidelidades, en sus cambios de comportamiento, en lo poco que valía el para ella.

Ve entonces a un pitufo gruñón que al querer atar cabos sueltos de la esposa, más la mantenía suelta a ella, y más atado se mantenía él a *su desconfianza que a ella la hacía huir*.

Al presentar al paciente una nueva versión del problema (en la transcripción de arriba se señalan en cursiva las frases que el paciente ha utilizado en sesión), conectando su historia a las conductas que él critica de la esposa, claramente le hace un clic, al menos para pensar en algo que nunca antes pensó. Lo que tomaba como verdad absoluta no es sino otra forma (ahora) de ver la misma historia. Ahora puede no ser “real” lo que antes pensaba y lo destruía. El zarandeo cognitivo produce cambios rápidamente en el paciente en la primera sesión. En la segunda sesión se refuerza la redefinición circular que lo comprendió muy bien. Rápidamente ha dejado de insistir en su *forma rígida de ver las cosas* utilizando sus mismas palabras. De igual manera, por sí solo, ha conseguido logros personales y profesionales en las tres sesiones siguientes para dejar de ser pitufo gruñón. Sigue un proceso de duelo por separación porque ha decidido alejarse por completo de su esposa, sin sentir ya el rencor por su supuesta infidelidad y por el descuido unilateral hacia él. Tiene ahora otras expectativas para su vida futura de pareja. A partir de la quinta sesión se habla del alta terapéutica, refiriendo haber alcanzado los objetivos propuestos (y otros que no sabía).

CONCLUSIÓN

Con los pasos propuestos para lograr la reformulación circular se pretende lograr el *zarandeo cognitivo* del sistema de creencias que sostiene el problema de los pacientes. Si eso ocurre en las primeras dos sesiones, es muy probable, como se vio en 20 pacientes atendidos en la Escuela Sistémica Paraguaya entre los meses de marzo y noviembre del año 2017, que el paciente sea dado de alta en un promedio de ocho sesiones.

Es considerado importante extender el tiempo de la primera sesión (hasta 1, 5 horas) para al menos construir una clara pauta de interacción y explorar el juego redundante que juegan los miembros de la familia o pareja sin saber que sus movidas están conectadas entre sí. Cuanto antes obtengan una nueva versión del problema, o el re-truco a su sistema rígido de creencias, el cambio se verá más rápidamente. La redefinición circular potente y completa funciona de manera más intensa en el paciente. El desbloqueo se instala en forma rápida propiciando con ello los cambios. Con todo lo expuesto, se propone trabajar, al inicio de la terapia, devolviendo al paciente una gran duda con respecto a la definición inicial y lineal que presentan como verdad. Por supuesto se trata de una intervención bien trabajada que requiere creatividad, atención y organización por parte del terapeuta incluso durante la sesión.

El *feedback* positivo de la intervención sería recibir una frase del tipo “Nunca lo había visto así” por parte de al menos un miembro de la familia o pareja. Es importante que comprendan bien que el problema es relacional e insistirlo con creatividad. En esos casos, el cambio de conducta viene de forma espontánea, luego de haberse sembrado tan intensamente una nueva forma de mirar el problema que responsabiliza a todos los involucrados. Se insiste que la reformulación circular que propone este artículo, es intensa y potente, introduciendo en una sola explicación del problema por parte del terapeuta, con lenguaje explicativo y metafórico, la gran duda que permitirá el desbloqueo.

Con esta intervención, el paciente incorpora la visión circular, cambiando el significado inicial del problema. Al cambiar el significado, cambia la conducta, y con ello, la estructura del sistema que

se visualiza en una modificación en la pauta de interacción habitual. En síntesis, el terapeuta, dispara una reformulación que, de ser bien lograda, propicia cambios pragmáticos, de forma automática, en el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ausloos, G. (2005). *Las capacidades de la familia. Tiempo, caos y proceso*. Barcelona: Herder.
- Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Paidós Iberoamérica.
- Minuchin, S. (2011). *Evaluación de familias y parejas. Del síntoma al sistema*. México D.F.: Editorial Paidós Mexicana S.A.
- Nardone, G. y Salvini, A (2011). *El diálogo estratégico: comunicar persuadiendo para perseguir el cambio*. Barcelona: Herder.
- Navarro Góngora, J. (1992). *Técnicas y programas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- O'Hanlon, W. (1987). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L, Cecchin, G y Prata, G (1980) Hipotetización, circularidad y neutralidad. Tres directrices para el buen desarrollo de la sesión. *Family Process*, 19 (3), 12
- Selvini Palazzoli, M. (1988) *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P y Nardone, G. (1995). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Buenos Aires: Herder.
- Watzlawick, P, Weakland, J. y Fisch, R. (1995). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1994). *El Lenguaje del Cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson, D. (1995). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

Family Intervention in the Childhood Fears and Phobias

Juan Miguel de Pablo Urban^a

^aCodirector de COOPERACION, Instituto de Formación Sistémica, en Cádiz (España). Director de la revista *SYSTEMICA*.

Historia editorial

Recibido: 01-11-2018

Primera revisión: 23-11-2018

Aceptado: 28-11-2018

Palabras clave

psicoterapia infantil, enfoque sistémico, trastornos infantiles, fobias infantiles

Resumen

En este artículo se analizan las aportaciones que la terapia familiar y los abordajes sistémicos han realizado sobre la intervención en los casos donde se presentan trastornos infantiles, tanto desde los modelos clásicos como desde los enfoques narrativos. Por último, se propone un protocolo de intervención para los casos de miedos y fobias infantiles, basado en técnicas narrativas, y se muestra un caso clínico donde se aplica y ejemplifica su implementación.

Abstract

In this article the contributions of family therapy and systemic approaches are analyzed both from classical models and from narrative approaches. Finally an intervention protocol, based in narrative techniques, is proposed for cases of childhood fear and phobias. Also a clinical case where this protocol was applied is shown to illustrate its implementation.

Keywords

child psychotherapy, systemic approach, childhood disorders, childhood phobias

En un trabajo anterior (De Pablo, 2018b) me propuse analizar las aportaciones desde diferentes enfoques psicoterapéuticos (psicoanalítico, teorías del apego, humanistas y sistémicos) con las que construir una base común para la intervención en psicoterapia infantil desde una perspectiva integradora. Para ello, se requiere enfatizar la importancia de adaptar las técnicas y los formatos de trabajo a las características de las personas usuarias, es decir, de los niños y niñas designados como pacientes. De este análisis se derivaban una serie de conclusiones que sustentarían la intervención psicoterapéutica infantil, y que pueden resumirse en:

- a) La importancia de lo analógico y lo simbólico como fórmula prevalente de comunicación en el niño versus el uso de lo verbal y lo digital en la psicoterapia.
- b) La necesidad de entender el juego y la actividad lúdica como medio de expresión preferente.
- c) Adaptación de la visión de lo psicopatológico a la infancia y a sus características.
- d) Adaptación del encuadre de la psicoterapia para atender los trastornos infantiles. (De Pablo, 2018b)

Se proponía la asunción de estos ejes como aspectos medulares que deben estar presentes en cualquier planteamiento psicoterapéutico dirigido a situaciones donde se consulta por trastornos infantiles.

2. PSICOTERAPIA INFANTIL DESDE UN ENFOQUE SISTÉMICO

Centrándonos específicamente en las aportaciones del modelo sistémico a la psicoterapia de los trastornos infantiles, se nos presenta una situación paradójica. De una parte, se valora el enfoque familiar sistémico como modelo preferente para la atención clínica y terapéutica en situaciones en las que los niños y niñas presentan sintomatología de todo tipo. En esta misma dirección, se pueden destacar las opiniones de otros autores desaconsejando, por ejemplo, la psicoterapia individual en el caso de “niños/as y/o adolescentes en general, ya que el nivel de desvinculación es insuficiente y se prevé la obtención de mejores resultados en un formato de atención familiar” (De Pablo, 2018^a, p. 40).

Por otra parte, existen algunas críticas hacia el modelo sistémico en lo que a la atención de los problemas infantiles se refiere, concretamente centradas en:

- Adultocentrismo. En la medida que la terapia familiar sistémica ha potenciado el elemento conversacional y digital en la psicoterapia con niños (Castillo-et al., 2017), se ha obviado la importancia del juego y del lenguaje analógico y metafórico, así como el uso de encuadres lúdicos. En este caso podemos exceptuar a algunos terapeutas familiares que sí han destacado por defender y trabajar con esta visión integrada de lo lúdico. Este es el caso de Maurizio Andolfi cuando, en su libro *Detrás de la máscara familiar*, insiste en la importancia de entender al niño -al paciente designado- como la puerta de entrada al sistema familiar (Andolfi, Angelo, Menghi y Nicoló-Corigliano, 1982).
- Minimización de los efectos de los conflictos familiares en el niño como individuo, desde una perspectiva intrapsíquica y, por ende, en el proceso de atención psicoterapéutica. Las críticas se articulan en torno a la idea de que “los terapeutas familiares simplifican en exceso y pasan por alto la vida intrapsíquica del niño” (Wachtel, 1994, p. 23). En este bloque se incluyen las críticas al hecho, bastante frecuente, de sacar a los niños del proceso terapéutico demasiado pronto, quedándose con los padres a solas. Otra crítica hace referencia a la tendencia excesiva por parte de los terapeutas familiares de responsabilizar, como origen primordial de las dificultades infantiles, al conflicto conyugal.
- Exigua valoración de los efectos de las conductas del niño en la interacción familiar. En opinión de Wachtel (1994) es necesario contrarrestar y equilibrar la tendencia a realzar la

influencia de los adultos en los niños sin que se consideren las circularidades que se producen en todos los sistemas. La conducta aparece dentro de un contexto relacional donde todos y cada uno de los miembros participan en el proceso. Esto nos llevaría a incorporar visiones sobre cómo la conducta del niño influye y afecta al resto de miembros de la familia. La autora incide en que es necesario valorar la importancia de los efectos de las conductas del niño en la interacción familiar.

Situándose ahora en las aportaciones más relevantes del enfoque sistémico y de la terapia familiar se pueden destacar, entre otras, las siguientes:

a) Poner énfasis en la importancia de las fases del desarrollo del ciclo vital de la familia y de sus miembros, eludiendo la focalización en el niño que presenta dificultades y evitando, con ello, maximizar la designación del rol de paciente (Schaefer, 2011).

b) Atender a las secuencias y pautas de interacción y comunicación del sistema familiar como contexto en el que se puede generar o sostener una conducta sintomática.

c) Valorar la estructura que la familia presenta, atendiendo a las modalidades de gestión del poder y de la jerarquía por parte de los progenitores, a la claridad y permeabilidad de los límites y fronteras intergeneracionales, a las alianzas o coaliciones entre sus miembros; todos conceptos presentes en las aportaciones del enfoque estructural (Minuchin, 1977).

d) Reseñar la importancia conceptual y pragmática de las coaliciones y de los triángulos (y de la triangulación) en la sintomatología, como elementos a analizar y sobre los que poder intervenir para una mejora del paciente y de la familia. Sobre este punto son múltiples y subrayables las aportaciones de:

- Jay Haley (1977) y el concepto de *Triángulo Perverso*, en el que se destaca la importancia de las coaliciones intergeneracionales y sus efectos patológicos.
- Murray Bowen (1978a) y su insistencia en los procesos de *destriangulación* como herramienta imprescindible en el proceso terapéutico.
- Salvador Minuchin (1978) con su descripción de los diferentes tipos de triángulos que denominó *Triadas Rígidas* (triangulación, coalición progenitor-hijo, triada desviadora-atacadora y triada desviadora-asistidora).
- Helm Stierlin (1979) con los conceptos de *Delegación, Retención y Expulsión* como modos de explotación paterno filial y su carácter patógeno.
- Ivan Boszormengi-Nagy (1983) con el concepto de *Parentalización*, describiendo la adjudicación de un rol parental al hijo, forzándole a hacerse cargo del cuidado de los propios padres.

e) Valorar la importancia del rol que se asigna y ocupan los hijos, de ahí la utilización de conceptos como *chivo emisario* o la aparición de términos como los de *sacrificio parcial* o *sacrificio total* que formuló Ackerman (1966). El de *hijo abnegado* que se sacrifica asumiendo tareas y papeles que no le corresponden por lealtad a los padres, descrito por Ellen Wachtel (1994), o las configuraciones relacionales que Andolfi (2000) denomina *hijo crónico* o *corte emocional*. Podemos incluir también aquí el término de *hijo preservativo* que sitúa al menor en el papel de impedir u obstaculizar la relación íntima (sexual o afectiva) de la pareja parental cumpliendo el cometido que le asigna uno o ambos padres.

Todos estos términos están vinculados a los conceptos de lealtad familiar (Boszormenyi-Nagy, 1973) y de *designación* de rol o de asignación de funciones que los progenitores imponen a sus hijos para la gestión y sostenimiento del sistema familiar, tanto emocional como funcionalmente.

f) Por último, destacar las ideas provenientes de los abordajes psicoanalíticos, también presentes en los enfoques transgeneracionales de la terapia familiar, sobre el niño como *barómetro* o indicador de las emociones presentes en el sistema familiar. Otros planteamientos de interés que son consonantes con esta visión son las referencias al mundo interpersonal del infante entendido como un fenómeno de intercambio intersubjetivo entre el niño y la madre (“*entona-*

miento de los afectos”), producto de un proceso de compartir estados afectivos (Stern, 1985). En este mismo orden, acostumbro a mencionar, aunque desde una visión más particular, las aportaciones de la *teoría del vínculo* de Pichón-Rivière (1985), concretamente en su teoría de las *tres D* (depositante, depositado y depositario) y su concepción del paciente designado como un emergente que se expresa como voz emocional del sistema en su totalidad.

PACIENTE DESIGNADO Y CAMPO EMOCIONAL FAMILIAR

Este último elemento, centrado en entender la conducta del niño o de la niña como un indicador del estado emocional de la familia, como barómetro emocional del sistema familiar, me interesa especialmente. Las conductas del paciente designado durante el transcurso de las sesiones pueden ser comprendidas y valoradas como emergentes de los afectos que están activos en el sistema familiar, justo en el preciso momento que ocurren. Sirva como ejemplo cuando, en algunas sesiones de terapia, determinadas conductas llamativas y aparentemente espontáneas de los niños pueden avisarnos e informarnos de que se puede estar tocando algún contenido o ámbito especialmente delicado para la familia o para alguno de sus miembros (Lengua Sánchez, 2001).

Esta forma de acercarse a lo emocional se nutre de la certeza de entender a la familia como una unidad bio-socio-emocional (Ackerman, 1937), donde sus componentes comparten, en especial, estados afectivos o emocionales. No en vano se señala la influencia de los padres y de los modos de interacción familiar en lo que ocurre en los niños presentados como pacientes designados. Esta influencia no es un mero aprendizaje cognitivo sino que es fruto de un contagio emocional que, en ocasiones, podrá ir acompañado de palabras y ser relatado, por tanto fácilmente integrado. En otras ocasiones, su existencia estará velada, no nombrada, aunque se haya constatado y experimentado en lo emocional y afectivo. Hablamos de emociones que perviven, en gran medida, en lo inconsciente.

Este posible campo emocional compartido puede entenderse desde una metáfora energética, por ejemplo, el concepto de la teoría de campo psicológico de Kurt Lewin (1936), campo de fuerzas donde cada hecho y cada sujeto interrelaciona dinámicamente con los demás tanto para influir como para ser influido. Se puede sostener sobre la idea de que la emocionalidad del sistema, presente de forma implícita o inconsciente, regula las relaciones. Semejante a lo que Bowen (1978a y 1978b) denomina sistema emocional de la familia -órgano natural, relacional y emocional-. En muchas ocasiones la percepción de un niño o una niña en torno a un acontecimiento familiar se ve comprometida entre dos aspectos simultáneos: el primero, la presencia de una certeza emocional ante algún hecho o circunstancia (por ejemplo, la tristeza existente ante un fallecimiento o una enfermedad grave) y, el segundo, la ignorancia sobre el mismo hecho que está provocando esa emoción cuando no la voluntaria desinformación sobre este (aún más patógena y difícil).

Los niños y niñas suelen funcionar como hijos atentos y observadores de los estados emocionales de sus padres. Aunque no se verbalicen esos estados o incluso puedan ser negados obtusamente por lo adultos. La presencia de un niño en el espacio emocional familiar va a ofrecer información sobre lo que está aconteciendo en el sistema. Por ejemplo, si la tristeza es la emoción primordial, el niño va a sentir y a mostrarse triste, aunque no pueda, en algunos casos, vincular esa emoción a ningún hecho concreto. Si lo que está presente es la ansiedad y la inquietud, el niño puede aparecer sobreactivado y nervioso, y así sucesivamente.

No se habla a menudo en la bibliografía de este contagio emocional. Podemos encontrar referencias interesantes en terapeutas transgeneracionales (por ejemplo, Andolfi) pero difícilmente se encontrarán estas referencias en terapeutas comunicacionalistas, construccionistas o estratégicos.

LA TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL

Otro de los elementos a reseñar es el que hace referencia a lo que se ha dado en denominar transmisión transgeneracional a lo que podríamos añadir los procesos de proyección familiar (Bowen, 1978a) y, por ende, los mecanismos defensivos identificados como identificación proyectiva y proyección por parte de los padres. Una de las razones del porqué en el contexto de la familia es

donde mejor se pueden entender los síntomas que presentan los niños tiene que ver con este proceso en el que, a través de los padres, se observan aspectos de la historia familiar de origen de ambos, proyectados y reencarnados por los hijos. Como señalarían Edith Tilmans-Ostyn (1981), los padres participan en toda su dimensión psíquica con sus “maletas”; o Richter (1972) cuando afirma que “los padres podrían reactualizar en la relación con sus hijos, sus propios conflictos no resueltos, sea con ellos mismos o con sus propios padres” (en Lengua Sánchez, 2001). Estas ideas están presentes en muchos textos de la terapia familiar y del enfoque sistémico desde la perspectiva transgeneracional, en síntesis, barajar la posibilidad de entender al paciente designado, al niño o la niña, como aquel miembro del sistema en el que se proyectan o depositan ciertos “fantasmas” familiares en torno a los que la familia se petrifica o congela.

Estas últimas consideraciones centradas en la reactualización de los conflictos de los padres a través de sus hijos, actuando como elementos de distorsión, o la concepción del niño como posible depositario de los “fantasmas” familiares, son conceptos heredados de los enfoques psicodinámicos.

Desde el abordaje psicoanalítico de los trastornos infantiles se incorporaron, en su momento, conceptos valiosos que se han mantenido presentes en la visión transgeneracional de la terapia familiar. En resumen, los hijos pueden sufrir y presentar síntomas al acabar convertidos en receptáculo de las proyecciones masivas de los padres, el niño puede encarnar a los “espectros” del pasado familiar reactualizando su presencia ante los progenitores, con lo que la terapia debe procurar que los pacientes puedan desprenderse de estos lastres, de la inscripción de estas pesadas mochilas nacida en la mirada de los adultos y cuyo germen se encuentra en situaciones delicadas vividas en las familias de origen de cada miembro de la pareja parental. A mi parecer es especialmente relevante, para estas aportaciones, la perspectiva que adopta la teoría del vínculo formulada por Enrique Pichón-Rivière (1985). El autor destacaría al niño como el emergente de lo depositado por los diferentes miembros de la familia, por el sistema familiar. La voz emocional para expresar los conflictos y sufrimientos familiares.

PROPUESTA INTEGRADA

En un artículo anterior y complementario al presente texto (De Pablo, 2018b) se realiza, a modo de resumen, una propuesta para la intervención en familias con niños que presentan trastornos y que procura englobar y recoger aportaciones de otros enfoques teóricos de la psicoterapia infantil. Se propugna analizar qué elementos han de ser cuestionados o revisados y cuáles deben mantenerse, de un modo transversal, en el diseño de las intervenciones psicoterapéuticas con familias donde se aparecen trastornos infantiles.

Por ello es necesario insistir en la importancia de que, en el consultorio, estén presentes todos los componentes posibles de la unidad familiar ya que no siempre se ha procurado la integración de los menores en los procesos terapéuticos con familias. Subrayar además que la integración, a la que se hace referencia, consiste en tener presente las características del colectivo a quien va dirigido: los niños y niñas, tanto en el diseño como en la intervención durante todo el proceso. No sólo hablamos de la presencia física durante las sesiones, sino que los menores hayan sido incluidos en el propio diseño de la actividad terapéutica. Digamos que debe transversalizarse la presencia del niño como una constante en todo el proceso de intervención y que se podría traducir en:

- Qué tipo de propuesta de trabajo se realiza a la familia. Entendiendo que esta debe ser inclusiva, contando con la participación de los menores y que incorpore, en todos los casos, elementos analógicos y metafóricos a través de los cuales se pueda facilitar la presencia activa y el interés del niño.
- Cómo vamos a materializar en la consulta esa propuesta. Proponiéndose generar un marco lúdico. El formato debe concretarse a través de juegos en los que podrá participar toda la familia y donde el niño o la niña tendrán la oportunidad de ser agentes en el proceso de cambio.

- Qué instrumentos vamos a emplear. A través de qué herramientas se va a facilitar la participación de los niños: realización de dibujos, teatro de marionetas, elaboración de cuentos, etc.
- Qué contenidos y estructura caracterizará a los relatos e historias que vamos a potenciar. Es decir, qué elementos son los más idóneos para conseguir una mayor identificación y participación de los niños con el proceso terapéutico y posibilitar una más adecuada atribución de logro y una mayor visibilización de los recursos y competencias de los menores.

3. APORTACIONES DE LA TERAPIA NARRATIVA

Dentro de los enfoques sistémicos y, especialmente en el ámbito del construccionismo social, es reseñable el trabajo de los terapeutas narrativos en lo que a la intervención con niños se refiere. Es necesario hacer mención destacada tanto de sus aportaciones teóricas y prácticas como de sus herramientas y técnicas de intervención. Además, la consonancia de sus propuestas con un enfoque salutogénico y positivo de la terapia con niños, así como la perspectiva empleada para entender cómo emergen los síntomas y cómo se puede afrontar el sufrimiento usando los recursos y competencias de la familia, es un verdadero logro. En este sentido coincidimos con la idea:

Los planteamientos lúdicos de la terapia narrativa alejan el centro de atención del niño como problema, para fijarlo en la relación entre el niño y el problema de una forma que sea significativa para los adultos, además de fascinante, y no insulsa o aburrida. (Freeman, Epston y Lobovits, 1997, p.16)

Campillo Rodríguez (2013) en *Terapia narrativa de juego*, describe la importancia de las técnicas narrativas, en especial de las técnicas de externalización, en la intervención infantil. En este punto es necesario incidir en los iniciales trabajos de Michael White y David Epston (1980) con su descripción de las posibles fórmulas para, por ejemplo, afrontar y vencer los miedos infantiles -primero dibujándolos (para capturarlos) y después usando rituales para “encerrarlos en una caja”-; los de White y Morgan (2006) donde se compilan artículos sobre intervención en terapia narrativa con niños; o la publicación de Freeman, Epston y Lobovits (1997) donde se realiza la descripción de una metodología para una interacción lúdica e incluyente.

Siguiendo con Freeman, Epston y Lobovits (1997), inciden en el tipo de preguntas e intervenciones que se realizan en los casos de terapia infantil y describen dos niveles diferenciados:

1. El nivel metafórico del juego que libera recursos y genera el desarrollo de historias competentes para la resolución de problemas.
2. Las preguntas realizadas en la conversación en torno a las historias desgranadas por la familia, ayudando a generar historias alternativas.

Schaefer (2011) indica que el rol del terapeuta infantil en el modelo narrativo consistiría en potenciar ciertas posiciones ya que:

El papel del terapeuta consiste en generar un espacio seguro y libre de temores donde el niño pueda jugar y crear historias en relación con otra persona. El juego y las narrativas le permiten explorar una variedad de historias, explicar la diversidad de historias de que dispone y probar las historias e identidades posibles. La historia no tiene que ser verdadera, pero debe ser creíble, y el papel del terapeuta es nutrir al cuentista de modo que el argumento pueda fluir. (Schaefer, 2011, p. 338)

Para ello, Schaefer (2011) hace referencia al tipo de trabajos propuestos, en un soporte lúdico, por ejemplo: crear historias con plastilina, crear una vasija de luz, dibujar caricaturas de una historia, contar cuentos de cambio y contar historias para respirar, imaginar y relajarse.

Pueden servir también como ejemplos los descritos por Rivas, González y Arredondo (2006) en *Antídoto contra monstruos. El uso de historias terapéuticas con niños*; o el de Verónica Ruiz González: *Crescón o el miedo a crecer* (En Esquivel Ancona et al, 2010), además de las muchas referencias que podemos encontrar en los diversos textos de Michael White y de David Epston.

Terán Catota (2016) describe ciertas ventajas de la terapia narrativa en el tratamiento de trastornos infantiles, por ejemplo: la posibilidad de identificar y exteriorizar el problema para así aislar los sentimientos de culpa; el uso del lenguaje verbal y no verbal de los niños en los juegos, relatos, cuentos, dibujos, etc.; o la posibilidad de construir y elaborar conflictos, incitándoles a un diálogo abierto. Además, el terapeuta incita el interés por las nuevas definiciones y pregunta por historias alternativas, modificando el sistema de creencias y empleando metáforas. Por eso Urrego Aguinaga y otros (2016), señalan que “el enfoque narrativo se centra en modificar la estructura de las historias como un ente transformador de las mismas”.

De forma resumida se puede destacar que el trabajo narrativo contempla la situación del niño, sus síntomas y su familia desde una perspectiva donde el eje está en la configuración de los relatos. En primer lugar sobre cuáles son las historias saturadas del problema -“la historia saturada del problema limita la perspectiva, elimina los hilos de esperanza y el significado positivo, y excluye posibilidades y potenciales nuevos” (Freeman, Epston y Lobovitz, 1997, p. 82). Estas historias saturadas del problema se convierten desafortunadamente en las historias que dominan las descripciones de las realidades de la familia, éstas exigen ser deconstruidas para permitir la emergencia de historias alternativas más saludables y potenciadoras de soluciones.

Desde el punto de vista de la participación de la familia, y concretamente de los padres, se entiende que su colaboración e inmersión en el proceso es un elemento imprescindible para llegar a un buen término en el proceso. Se plantea la necesidad de que los padres participen en las tormentas de ideas que se generan para obtener soluciones, que actúen como conspiradores junto a sus hijos contra el problema externalizado, que se alineen como un equipo en la defensa contra el problema detectado o que añadan significados a las historias y a los relatos emergentes. Es interesante que los progenitores se permitan participar en rituales y ritos de paso; que se entreguen en proporcionar detalles y ejemplos para las historias alternativas y, por último, que estén dispuestos a ser testigos del proceso. Los padres colaboradores son el mejor público para la confirmación de nuevas historias, permitiendo la aparición de elementos “heroicos”. Son coterapeutas que aportan un valor incalculable para contribuir al crecimiento y desarrollo de sus familias. Para ello se pueden emplear instrumentos variados como la elaboración de un relato mediante cartas, para hacer aparecer habilidades raras y especiales, o se procura fijar experiencias terapéuticas proponiendo y generando ceremonias de graduación, confirmación y celebración de los éxitos obtenidos en los niños.

En una somera revisión de artículos sobre el trabajo en psicoterapia infantil con enfoque narrativo se han podido encontrar múltiples aportaciones, en diferentes publicaciones, que permiten poder contrastar y verificar diferentes fórmulas de intervención dentro de este tipo de abordaje -a modo de ejemplos: Escudero, Abascal y Varela (2008); Rioja y Pinto (2008); García Ledesma, Mellado Cabrera y Santillán Torres (2010); Vargas Sepúlveda (2012); Rendon Salas (2015) y Bustamante Fernández (2016).

4. LAS TÉCNICAS DE EXTERNALIZACIÓN EN TERAPIA NARRATIVA CON NIÑOS

Dentro de los enfoques narrativos, destaca el uso de las técnicas de externalización como una de las más utilizadas para la intervención en psicoterapia y en especial en la atención a trastornos de la infancia.

Carey y Rusell (2002) comentan que de hecho la externalización es un concepto que se introdujo en el campo de la terapia familiar por primera vez a principios de la década de los 80 por Michael White, y que fue desarrollada inicialmente desde el trabajo con niños, siendo una técnica asociada “con el buen humor y lo lúdico”.

En el sentido de Michael White... () ...la externalización es un proceso en virtud del cual un cierto atributo o cualidad se “saca fuera” de las personas y se convierte en algo con entidad propia. En terapia externalizar consiste básicamente en utilizar el lenguaje para convertir los problemas que afectan a las personas y a sus relaciones en entidades separadas de estas, con lo cual pasa a ser posible luchar contra ellas (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994, p. 283).

Beyebach y Rodríguez Morejón (1994) son los autores españoles que han trabajado más a fondo en la descripción de las técnicas de externalización. Podemos entender que su utilización contiene notables ventajas, a saber:

a) Permite la activación de los recursos del paciente o de la familia al crear un espacio entre la persona afectada y el problema. La externalización ayuda a la asunción de un papel más activo por parte del paciente al quedar liberado del marco restrictivo que el problema en sí comporta, facilitando la emergencia de recursos propios y soluciones novedosas. La presencia del problema en el espacio del sujeto no otorga la libertad necesaria para afrontar sus dificultades y restringe sus capacidades.

b) Facilita la incorporación en el paciente o la familia de la experiencia externalizadora como metáfora útil, con mayor presencia visual y capacidad de sugestión, lo que facilitará su persistencia en el tiempo, permitiendo la coconstrucción entre los miembros de la familia de nuevas alternativas que pueden sustentarse en la visión compartida y recreada por todos.

c) Contiene un procedimiento a través del cual poder conversar con la familia y el paciente. Ciertamente otorga una vía conversacional, es decir, permite identificar de qué hablamos y cómo lo hacemos, con la que se puede orientar y facilitar el trabajo de los profesionales.

d) Permite incorporar elementos lúdicos (metáforas) que los niños y niñas aceptan de forma fácil y divertida, y con los que se suscitan interesantes posibilidades para la intervención directa en el consultorio.

Para su ejecución se siguen una serie de pautas que pueden ampliarse en los textos de referencia (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994) (págs. 291-299), y que en síntesis consisten en el siguiente proceso:

1º Decidir qué externalizar (ya sean emociones como el miedo, la rabia, la tristeza; problemas entre las personas: peleas, conflictos; aspectos culturales como los prototipos de género, la culpa de los padres).

2º Nombrar lo externalizado. Darle un nombre concreto con el que poder encarnarla y trabajarla como un ente externo al que poder afrontar.

3º Crear distancia entre la persona y el aspecto externalizado. Esta distancia posibilita conversar en torno a cómo afecta esto a la familia, a las consecuencias de su acción y a cómo la familia se defiende o defenderá ante la invasión, ataque o abducción de lo externalizado.

4º Ayudar a la familia a que luche contra el problema asumiendo el control de esta lucha.

Freeman, Epston y Lobovits (1997) señalan que la técnica de la externalización para los niños es como “jugar a”, en sí comporta un planteamiento cercano y lúdico. Es reunirse con el niño sin hablar del problema, y realizar el trabajo a través del propio proceso de externalización, “lo que alivia el sentimiento de responsabilidad y culpa del niño y de la familia” (p. 64). Para ellos es especialmente importante conocer al niño al margen del problema. La externalización funciona además como un proceso que facilita la despatologización del niño.

En esta misma dirección, Carey y Rusell (2002) afirman: “las conversaciones de externalización son la puerta para las historias preferibles y todas las destrezas, ideas y conocimientos que tienen las personas”, y por tanto, de esta forma poder abordar los efectos de sus problemas.

ELEMENTOS PREVIOS

A modo de resumen y en base a los elementos que se han venido describiendo en los apartados anteriores, procedemos a detallar aquellos aspectos que se deberán tener en consideración para la intervención en psicoterapia infantil. Posteriormente, se describirán una serie de fases en la intervención psicoterapéutica más concreta en los casos que giran en torno a los miedos y fobias de los niños y niñas.

1º) En primer lugar, siguiendo a Nathan Ackerman (en Cancrini y La Rosa, 1991), es importante reseñar que en la psicoterapia infantil (y especialmente en el enfoque sistémico) se analiza primero el entorno donde han surgido las dificultades, intentando entender cómo este contexto en que el niño está inscrito, le afecta y modula en la expresión de sus dificultades y conflictos. A diferencia de la terapia con adultos, donde lo habitual es trabajar de dentro hacia fuera, en el caso de la psicoterapia infantil el movimiento es el opuesto. Lo que entendemos como “fuera” incluye a la organización y el funcionamiento familiar, a la escuela como representación del mundo, y a los iguales como crisol donde se articula la relación del niño con el mundo.

2º) De ahí que, en segundo lugar, este trabajo de fuera hacia dentro, otorgue especial relevancia a la observación y análisis de la familia nuclear y extensa del paciente designado. Es deseable el conocimiento, cuando no la presencia, de al menos tres generaciones porque, en este contexto emocional, es donde los niños encuentran los medios y preferencias a la hora de expresar lo que está aconteciendo en su entorno y en sí mismos. Lo que esté ocurriendo va a afectar a las relaciones, está presente en las interacciones constantes entre sus miembros, enseña caminos para su emergencia sintomática y, cómo no, señala ciertas vías preferentes para la intervención psicoterapéutica.

Por ello, la alianza con los padres es una condición imprescindible y siempre deseable. Trabajamos como colaboradores de los padres para ayudar a los niños, remarcando los logros y éxitos de sus acciones.

En consecuencia, desde el enfoque sistémico, debemos considerar el trabajo con la familia como forma preferente de intervención, incluso en las ocasiones en que el niño no pudiera estar presente. Esta no es razón para que no se intervenga también con el niño de forma individual si se estima conveniente, pero se refuerza en la idea de que si los padres afrontan y trabajan la situación emocional que tenga enredada emocionalmente a la familia, se producirá una mejoría más rápida en los síntomas que el niño trae a la consulta.

Wachtell (1994) defiende la necesidad de dar más presencia al sistema parental. De hecho propone la realización de entrevistas a solas con los padres para con ello construir el clima de confianza y colaboración más adecuado. Estas primeras entrevistas a solas con los padres -juntos o por separado en caso de divorcio o separación conyugal-, son de máxima importancia para poder establecer un adecuado *rapport*. El trabajo que defiende la autora es, en síntesis, trabajar con el niño y la familia, ayudando a los padres a que ayuden a sus hijos. Para ello realiza tanto sesiones familiares como sesiones con la pareja parental, y también sesiones individuales con el niño cuando así se requiere.

3º) En tercer lugar, la forma en como atendemos y afrontamos el síntoma es otro de los aspectos distintivos y diferenciadores respecto del trabajo que se realiza en la psicoterapia con personas adultas. Si bien, en el caso de adultos, podemos apostar por no intervenir con la sintomatología del paciente o dejarla en un segundo plano, en la psicoterapia infantil se precisa dar un lugar destacado a la intervención contra el síntoma. Cuanto más pequeños sean los niños y más hayan persistido los síntomas en el tiempo, más puede verse afectado el paciente. No olvidemos que la niñez es un periodo crucial en el desarrollo madurativo y en la adquisición de aprendizajes de todo tipo. El proceso de maduración se podrá ver entorpecido, sobre todo si el tipo de síntomas impiden al niño acceder o avanzar en el proceso de socialización, o en su desarrollo intelectual y emocional durante periodos prolongados. Cuando los síntomas son incapacitantes, hemos de centrarnos en atajar el síntoma para

118 que el niño recupere cuanto antes una vida normalizada y pueda tener sus recursos disponibles para acceder a nuevos conocimientos, habilidades y competencias.

4º) Se propone en cuarto lugar que, para evitar la consolidación y mantenimiento de los síntomas en el tiempo, en la terapia deben realizarse intervenciones rápidas dirigidas a disolver los síntomas a través de un trabajo colaborativo con los padres, como principales artífices de la salud de los hijos. Los padres son los elementos más vitales y necesarios para acometer el trabajo psicoterapéutico con los hijos. Esto no significa que el modelo propuesto asuma los presupuestos de modelos como el de terapia filial -cuyo elemento distintivo es el trabajo con los padres para que ellos, a la par, trabajen con los hijos desde una perspectiva psicoeducativa-, pero sí comparte con este enfoque la necesidad de empoderar a los padres en el proceso de desarrollo y mejora de los hijos, como parte no sólo corresponsable de muchas de las tensiones o conflictos que el niño vive, sino también en justa contraparte, como responsables de las capacidades y recursos para la gestión de las soluciones y para la superación de las dificultades.

5º) En quinto y último lugar, hay que recordar que una terapia con niños presentes en el consultorio debe incorporar en su metodología de trabajo, aquellos aspectos diferenciadores del mundo infantil, es decir, las vías privilegiadas que utilizan para la comunicación y la expresión. En este sentido nos estamos reiterando sobre la importancia del lenguaje analógico y del juego como elemento primordial en la expresión de los menores y en la intervención psicoterapéutica. Por ello, en los protocolos que se proponen, se apuesta continuamente por este modelo de trabajo, de ahí que el juego y el lenguaje metafórico sean medios esenciales de tratamiento en los trastornos infantiles. Podemos afirmar que la resolución de la sintomatología en los/as niños/as será más eficaz y rápida a través del desarrollo de tareas e intervenciones basadas en metáforas. Llamamos metáfora a toda representación por analogía que ejemplifica el problema y sus posibles soluciones. Las metáforas pueden manifestarse y expresarse de diferentes formas, a destacar: plásticamente (dibujos, plastilina, arcilla, collage...), a través de narraciones (cuentos, teatro) o a través de juegos (caja de arena, títeres).

Partiendo de los presupuestos que se han expuesto, así como de las investigaciones y aportaciones de los diferentes autores y enfoques sobre la psicoterapia infantil, se propone un protocolo de trabajo que intenta incorporar todas estas observaciones en el proceso de implementación de la intervención psicoterapéutica con niños.

EL USO DE METÁFORAS TERAPÉUTICAS EN LOS CASOS DE FOBIAS Y MIEDOS INFANTILES, CINCO PASOS.

La intervención a través de metáforas terapéuticas en los casos de miedos y fobias infantiles aconseja la realización de una serie de pasos que se pueden protocolizar y que pasan a describirse a continuación:

- Paso 1º: La narración en torno al problema y al síntoma. La aparición del “fantasma” familiar a través del niño como paciente designado.
- Paso 2º: La construcción (coconstrucción) de una representación sensible al mundo de la familia y del niño: la metáfora.
- Paso 3º: La externalización plástica, lúdica y/o relatada del problema. La materialización y objetivación del “fantasma”.
- 4º Paso: El debilitamiento del problema, la pérdida de fuerza o difuminación del “fantasma”.
- 5º Paso: La conversación en torno a los orígenes del “fantasma”.

PASO 1º. LA NARRACIÓN EN TORNO AL PROBLEMA Y AL SÍNTOMA. LA APARICIÓN DEL “FANTASMA” FAMILIAR A TRAVÉS DEL NIÑO COMO PACIENTE DESIGNADO

El relato familiar sobre el síntoma del niño designado como paciente, así como el relato del propio niño, unidos a la observación del contexto familiar en interacción, nos acerca al mundo narra-

tivo y de significaciones de la familia, a las posibles historias encarnadas en sus miembros. En éstas se pueden reconocer los posibles “fantasmas que están dentro del armario” en el mundo del niño, que nacen alimentados por las angustias y miedos de los componentes del sistema familiar.

Lo que hemos dado en llamar “fantasmas” son, con frecuencia, el reflejo de los miedos más destacados presentes en la familia, por ejemplo, los derivados de situaciones de duelo originadas por el fallecimiento de algún ser querido y por posibles o efectivas separaciones conyugales. Lo impresionante de esta observación es cómo el niño va a expresar, de forma creativa y certera, en su cuerpo, en sus historias, en sus síntomas (en sí mismo), estas emociones que subyacen y regulan muchas de las interacciones de la vida familiar.

Quiero hacer referencia al concepto de “fantasma” en la dirección en la que algunos de los abordajes psicoanalíticos lo refieren, más cerca del “fantasma inconsciente” (diferenciado del “fantasma consciente” o fantasía) el cual sólo puede ser “inferido a partir de los efectos que produce en el discurso y en el comportamiento del sujeto” (Abrevaya, 1985, p. 502). Pero quiero ser claro, no estoy adoptando los planteamientos conceptuales freudianos o lacanianos respecto al concepto de “fantasma”. El “fantasma” lo quiero entender como la conformación de una ideación sentida que permite expresar las emociones presentes en la familia (especialmente las emociones silenciadas y reprimidas) a través de alguno de sus miembros -muy fácilmente los hijos e hijas- como altavoces emocionales del sistema en el que están insertos. Lo entiendo conceptualmente más cerca de los planteamientos sobre los emergentes de Enrique Pichón-Rivière (1985). El autor, en su teoría sobre el vínculo y las tres D (depositante, depositario y depositado) defiende que el paciente identificado (el depositario), en este caso el niño, será quien se encarga de expresar las emociones y angustias (lo depositado o “fantasma”) que otros miembros del sistema, en especial los padres (depositantes), están viviendo y que no pueden contener en sí mismos. Parece además especialmente pertinente su utilización cuando nos centramos en hablar de los miedos, los terrores nocturnos y las fobias infantiles.

Cuando aparecen los síntomas, inicialmente presentes de forma inconstante e intermitente como meras expresiones naturales de las tensiones del sistema familiar, pueden terminar cristalizándose y convirtiéndose en el centro de la mirada del resto de miembros de la familia, y que concurren según las circunstancias del momento del ciclo vital de la familia y de las cargas transgeneracionales existentes. Esto sirve para evacuar gran parte de la angustia y desazón que está presente en el sistema. Se termina buscando la solución de los problemas emocionales familiares a través de procurar la resolución de las dificultades del niño y su expresiva, metafórica y efectiva manifestación sintomática.

Por ejemplo, un niño puede mostrar síntomas centrados en una determinada emoción, por ejemplo, el miedo. Estos miedos para que terminen articulados en forma de reacciones del ámbito psiconeurótico -o en su paso previo como trastornos primarios del comportamiento con rasgos neuróticos según lo expresado por Ackerman (Cancrini y La Rosa, 1991)- se requiere de un proceso progresivo de interiorización. En la medida que el niño va teniendo más edad es más habitual que un trastorno primario del comportamiento se manifieste paulatinamente de forma más compleja, siendo a la par más difícil su comprensión en el contexto de las relaciones familiares. La capacidad metafórica del síntoma, en forma de reacción psiconeurótica, es un elemento interesante de analizar porque unifica la emoción familiar en torno a algún acontecimiento, ya sea real y presente (por ejemplo, el miedo a una posible separación conyugal que se esté fraguando) o más bien de orden histórico y estructural (por ejemplo, el miedo de los padres del niño a afrontar una posición más diferenciada negándose a las pretensiones de los abuelos sobre ciertas situaciones en la vida de la familia nuclear).

Si el niño expresa miedo, rabia o vergüenza como emoción primordial, debemos confiar en la presencia sólida de esa misma emoción en el sistema en el que aparece y se inscribe. A la par, el síntoma es una forma de denuncia de la situación y, en la mayoría de las veces, una forma metafórica de mostrar también una posible forma de resolver el conflicto que está presente.

Pongamos un ejemplo, Alba, una chica preadolescente de 12 años, hija de madre soltera presenta, como expresión emocional sintomática, miedo ante ciertas situaciones de bullying que dice

estar sufriendo en la escuela y, simultáneamente, manifiesta conductas agresivas e irrespetuosas hacia la madre y la familia extensa materna cuando le intentan imponer algunas reglas.

Cuando se analiza la historia familiar, puede distinguirse como la madre de Alba, a pesar de tener ya cerca de 40 años, dice sentirse incapaz de manifestar sus opiniones ante su propia madre. Justifica esta incapacidad en una infancia plagada de situaciones donde han estado presentes expresiones de violencia intrafamiliar así como un patente desprecio de sus padres hacia ella y sus opiniones. La madre de Alba ha realizado últimamente interesantes intentos de autonomía y ha conseguido alquilar un apartamento donde vive con su hija, las dos solas, fuera de la casa de los abuelos con quienes han estado conviviendo durante toda la infancia de la chica. La madre de Alba llega a manifestar, a pesar de lo complicada que es la relación con su hija, que gracias al carácter que la chica tiene no sufrirá ni tendrá que soportar situaciones como las que ella ha tenido que vivir.

En resumen, los síntomas de Alba unifican, de una parte, el miedo ante el acoso y la violencia de las personas del entorno con la expresión asertiva y rebelde. Ambas configuran emociones presentes en la familia, particularmente en la madre, que mira fascinada a la hija cuando la escucha decir “no” y defender sus planteamientos ante quien se precise.

PASO 2º: LA CONSTRUCCIÓN (COCONSTRUCCIÓN) DE UNA REPRESENTACIÓN SENSIBLE AL MUNDO DE LA FAMILIA Y DEL NIÑO: LA METÁFORA.

En segundo lugar, se ha de procurar la construcción con la familia de una representación metafórica, que parte y nace del arsenal de imágenes y relatos familiares esbozados en la consulta. Esto implica la aparición de una imagen, una idea y/o de un relato que debe ser sensible al mundo emocional de la familia y del menor designado como paciente. Esta representación metafórica debe reunir las siguientes características: ser potente, con fuerza expresiva; preferentemente visible admitiendo la posibilidad de ser confrontada y, por último, debe permitir ser moldeada, es decir, que incluya la posibilidad de ser trabajada y modificada en el trabajo terapéutico.

La metáfora debe incorporar los elementos narrativos que la familia emplea, así como permitir la posibilidad de ser externalizada o de generar externalizaciones que sean pertinentes. Por ejemplo, una niña puede expresar su miedo al abandono dejando *post-it* pegados por toda la casa, en forma de mensajes, dirigidos a su madre. El miedo, en este caso, utiliza un formato expresivo diferente. Los pequeños mensajes escritos en hojitas amarillas, pegados por toda la casa, poseen en sí mismos una fuerza expresiva y visual importante que da juego para ser hablado, trabajado, utilizado como elemento comunicativo y reencuadrado, podemos usarlo como medio expresivo de ida y vuelta.

El dragón que Alicia, una niña de siete años, dibuja con su familia como representación de sus miedos nocturnos, es colgado de una viga del salón de su casa durante el periodo en que se realiza el trabajo terapéutico. Todos hablan de qué hacer o cómo responder ante el dragón, de las opiniones de las visitas cuando llegan a la casa y preguntan por él. El “fantasma” ha dejado el mundo interior del niño y está presente, visible, delante de toda la familia. Se puede interactuar con él, imaginarlo, confrontarlo y rebelarse ante su opresión.

Esa imagen tiene una fortaleza importante porque consigue, de forma analógica, que toda la familia se responsabilice de los miedos que a cada uno de sus miembros atenaza. Se convierte en un repositorio de los principales miedos de la familia. A través del dibujo y del juego con los hijos, la familia libera su potencial creativo, genera soluciones en muchas ocasiones insospechadas. La intensidad de las emociones, en este caso de los miedos, se reparte entre todos y se diluye en el niño, se produce un efecto de *difusión del síntoma*, término utilizado por Maurizio Andolfi, que libera al paciente designado del lugar o rol que la familia tácitamente le ha adjudicado y que se observa nítidamente porque produce un incremento de la ansiedad en el resto de miembros de la familia (con expresiones diversas en cada uno de ellos) y una reducción de la sintomatología o de su intensidad en el paciente designado.

Es muy interesante y digno de mención el capítulo “Metáfora y objeto metafórico en la terapia” que se incluye en el libro *Detrás de la máscara familiar* (Andolfi, Angelo, Menghi y Nico-

ló-Corigliano, 1982). A pesar de la distancia conceptual y de enfoque que los autores mantienen respecto de los abordajes narrativos, es clara la presencia del trabajo con niños y la utilización de la metáfora como elemento guía del proceso terapéutico. En el capítulo de referencia, el uso de la metáfora, del objeto metafórico o del lenguaje metafórico, es planteado de una forma diferente, pero con una riqueza y pragmatismo fuera de todo cuestionamiento. El objetivo no está centrado en la posibilidad de realizar una externalización sino en la propia riqueza del uso de la metáfora en la comunicación psicoterapéutica.

Cualquier representación metafórica puede ser útil. A efectos del protocolo para la terapia en los casos de miedos y fobias infantiles que se propone en este artículo, es preciso buscar algo más que una simple representación analógica, al igual que el síntoma que presenta el paciente, en este caso lo que se propone es la posibilidad de generar una representación metafórica que permita la objetivación o solidificación del “fantasma”, su maleabilidad y su afrontamiento.

PASO 3º: LA EXTERNALIZACIÓN PLÁSTICA, LÚDICA Y/O RELATADA DEL PROBLEMA. LA MATERIALIZACIÓN Y OBJETIVACIÓN DEL “FANTASMA”.

Como se describe al final del párrafo del anterior apartado, la representación metafórica será la base para procurar una externalización del problema. Puede realizarse a través de una representación plástica (un dibujo, una escultura con plastilina o arcilla, un collage...), en un formato lúdico (como un juego que se realiza por parte de la familia con el niño incluido siempre en el proceso) y/o con un soporte relatado, es decir, enmarcada en un relato, como un cuento o narración donde ellos son protagonistas principales; o si fuera posible incluyendo todos estos elementos a la vez. Aún más rico si cabe, unificar en el proceso elementos visibles, con los que jugar y que se enmarcan en un relato común. En todos los casos se pretende la materialización del “fantasma”.

Esta materialización conecta con las observaciones psicoanalíticas que entienden al “fantasma” como un producto elaborado desde el inconsciente y que permite expresar el conflicto. La representación metafórica pretende materializar este “fantasma”, objetivarlo, darle forma, color y textura, todo con el objetivo de poder reducir su poder y debilitarlo, para de esta forma poder afrontarlo. Algo similar a lo que ocurre en el espectador, cuando en una película de terror se le ofrece la imagen del monstruo que, hasta el momento no ha sido visto, sólo intuido. Una vez que aparece la imagen, por muy terrible que pueda parecer, desactiva gran parte del miedo que ocasionaba.

Esto conlleva la necesidad de seguir una serie de pautas para nombrar al “fantasma”, caracterizarlo, convertirlo en un objeto visible y manejable. El miedo etéreo debe adquirir forma, contorno, color, presencia objetiva y detalle, a través de la representación que el niño con la familia va a construir.

¿Cómo se aconseja hacer esta tarea? Se propone habitualmente que la tarea sea implementada a través de una representación plástica (dibujo, figura de barro o plastilina) -pueden emplearse otro tipo de representaciones si las vías preferentes de la familia y el niño así lo desean-, siguiendo un ritual concreto que se va a proponer a toda la familia y cuyo producto habrá de ser traído a la consulta en las siguientes sesiones. Wachtel (1994) defiende que el uso de los dibujos ayuda al niño a presentar una narrativa coherente y organizada.

PASO 4º: EL DEBILITAMIENTO DEL PROBLEMA, LA PÉRDIDA DE FUERZA O DIFUMINACIÓN DEL “FANTASMA”.

Como se ha detallado, desde un formato lúdico, se envían tareas que deberá realizar toda la familia con el/la niño/a, paciente designado, al objeto de debilitar el problema que les ha traído a consulta, por ejemplo:

- El “fantasma” podrá ser condenado, paralizado, congelado, encerrado... Entendemos que éstas acciones funcionan como formas metafóricas de afrontamiento tras la externalización.

- Es importante que el “fantasma” sea sacado, apartado, del espacio personal y vital del niño (su habitación) y sea situado preferentemente en un espacio de convivencia de toda la familia (por ejemplo, el salón o el comedor), expuesto visiblemente como una imagen o icono presente ante todos los miembros. Pegado en la pared, colgado del techo, lo importante es que sea visto por toda la familia.
- Cuanto mayor sea la implicación de todos los miembros de la familia en su construcción, configuración y afrontamiento mejores resultados cabría esperar de este tipo de intervención y auguraría una más rápida reducción sintomática en el niño o la niña.

Las tareas deben ser realizadas a través del dibujo e indicaciones del niño (si tiene suficiente edad), y que los padres y hermanos le ayuden a completar, detallar y colorear su dibujo (qué color tienen los ojos, cómo son las uñas, cómo pone la boca...) como una forma de facilitar el proceso de proyección familiar y, en consonancia, el efecto de difusión y reparto de la ansiedad o el miedo entre todos. Cuanto mayor participación tengan los padres en la construcción de los relatos, la representación externalizada y las tareas, mayor éxito se obtendrá para contrarrestar los síntomas del/la niño/a.

Evidentemente se suele producir, de forma concomitante, un incremento de la angustia, de la incomodidad individual, en el resto de los miembros de la familia, siendo siempre un indicador positivo de la intervención que se viene realizando. Reiteramos con ello la visión de Bowen (1978a) cuando nos habla de la familia como un sistema emocional o de Ackerman (1937) cuando la define como una unidad bio-socio-emocional.

PASO 5º: LA CONVERSACIÓN EN TORNO A LOS ORÍGENES DEL “FANTASMA”.

Simultáneamente mantenemos conversaciones plenas de curiosidad con la familia. Se habla de aquellas situaciones de la vida real que pueden funcionar como generadoras y alimentadoras del “fantasma”. Por ejemplo, hablamos de la crisis de pareja que llevó a los padres a plantear una posible separación; de la muerte inesperada de uno de los progenitores difícilmente aceptada, de las situaciones de violencia que han estado ocurriendo.

No se recomienda hacer una explícita conexión, a modo de interpretación, entre ellas (situación conflictiva y sintomatología) sino que nos interesamos por establecer suaves analogías entre las emociones expresadas en el síntoma o problema que presenta el niño y las emociones que la familia puede estar sintiendo en torno a la situación problema, facilitando que sean habladas y compartidas en las sesiones familiares. Pretender que se produzca cierta consciencia de lo emocional que la familia está viviendo, de las dificultades que está encontrando en su gestión, de las alternativas que se plantean para su afrontamiento, etc.

Esto permite que el trabajo terapéutico funcione en varios registros simultáneos:

1. Un registro analógico y metafórico, vía preferente para los niños, pero igualmente productivo en los adultos, donde se confrontan los miedos y ansiedades de forma conjunta.
2. Un registro digital, desde las conversaciones mantenidas en las sesiones y desde las tareas realizadas en el espacio intersesiones, que dan cierta explicación sobre lo que viene ocurriendo y su interconexión con las dificultades que el hijo/paciente esté presentando.
3. Un registro emocional que integra ideas, imágenes y relatos, en la conformación del puzzle que se ha construido en el sistema familiar tanto para la expresión de las emociones como para su redireccionamiento, en el seno de las interacciones entre sus miembros, ya sea en la gestión del estrés emocional causado por situaciones que aparecen en el ciclo vital (eje horizontal) o por aspectos vinculados a la historia familiar transgeneracional (eje vertical).

Como plantea Wachtel (1994), se busca que la conversación transite de los hechos a los sentimientos. Este tránsito va a alimentarse de los diferentes registros hasta que la familia pueda conseguir una nueva perspectiva en torno a sus dificultades y a los modos de responder ante las ansiedades que estén emergiendo ante las mismas.

Vamos a relatar un caso práctico donde se implementa este protocolo para así poder verificar de forma concreta los diferentes pasos propuestos.

En la llamada telefónica, Juana, madre del paciente designado, solicita consulta para su hijo Dilan, de 7 años, por enuresis nocturna y encopresis, síntomas ambos incipientes que se presentan aún de forma inconstante e intermitente. También presenta una notable bajada de rendimiento en la escuela. En la llamada se le solicita información sobre la composición familiar. Informa Juana que su marido, José, era diabético y había fallecido hacía aproximadamente tres años de una grave enfermedad que se presentó de forma inesperada. Tiene además otro hijo más mayor, Felipe, de 12 años. Advierte además al terapeuta que de la muerte del padre no se puede hablar, para que cuando asistan al consultorio se tenga en cuenta y se respete esta condición.

Se le responde, en esa misma llamada, que lamentándolo mucho no podemos atenderles en esas condiciones, y que solo se aceptaría verles cuando esté dispuesta a conversar sobre todos los temas, en especial, sobre el marido-padre muerto. Juana perpleja y asustada, tras mostrarse dubitativa, decide aceptar las condiciones.

En la primera entrevista acuden Juana con sus hijos Felipe y Dilan. Una vez se comienza a hablar del padre fallecido y de las circunstancias que rodearon su muerte, Felipe, el hijo mayor, rompe a llorar desconsolado. Dilan hace gestos como intentando imitar a su hermano. La madre también llora.

Cuenta Juana que tras el fallecimiento de su marido intentó mostrarse fuerte para evitar que sus hijos sufrieran más de lo preciso, lloraba a escondidas, en su dormitorio o en la ducha y visitaba el cementerio (ella utilizaba la palabra “allí”) sin que sus hijos lo supieran.

Felipe cuenta que no quiere oír hablar de su padre, pero al preguntarle sobre cómo esto le afecta, nos dice que llora cada noche al irse a dormir. Su madre manifiesta sorprendida desconocer que esto estaba ocurriendo. Dilan, por el contrario, es el único que habla del padre, de sus “recuerdos”, todos agradables ante lo que su madre y hermano le hacen callar, no tanto explícitamente como por el pesado silencio crítico que se produce cuando el chico osa mencionarlos.

Se agradece a Dilan su valentía por traer, a la conversación que mantenemos en la consulta, estos recuerdos y hacer presente al padre en la vida cotidiana de la familia, a pesar de lo dolorosa que pueda resultar para todos, la pérdida sufrida, un padre al que tanto se le extraña y del que se siente tan presente su ausencia.

Entramos a hablar sobre los síntomas de Dilan, los que han motivado a la familia para pedir consulta. Dilan tiene, además de los escapes de pipí o de caca, muchos miedos nocturnos a los que se refiere como los “monstruos”, estos miedos le llevan a meterse asustado en la cama de su madre cuando aparecen durante la noche. Indagamos sobre estos miedos, sobre estos “monstruos”, para intentar conocer al “fantasma” que visita a esta familia.

Se intenta objetivar el “fantasma”. Dilan habla después de un rato largo, donde pasa por variadas descripciones, de una de las imágenes que le atormentan, nos habla de la imagen de un orco de la película “El Señor de los Anillos”, concretamente visibilizado a través de un cromó que tiene su hermano Felipe. Otros miedos aparecen confusos y de forma indeterminada, lo que no es atípico en estos casos.

Durante la sesión Dilan dibuja continuamente sin que se le hayan hecho indicaciones en esa dirección. Realiza varios dibujos. La mayoría con la temática central de los monstruos que le acechan y, en otro de sus dibujos, representa a una familia en un barco que flota en el aire mientras, en el mar, se observan un tiburón, un delfín y un barco pirata hundido en el fondo del mar del que solo se muestra la bandera con su calavera y las dos tibias.

Se propone una triple tarea al finalizar la sesión:

1. Dibujar el miedo, en dos tandas, en una cartulina blanca. Deberán dibujar el miedo entre todos pero siguiendo las indicaciones de Dilan. Usando colores, intentando concretarlo

con las observaciones y detalles que el chico señale y describa. El dibujo, una vez acabado, será colocado finalmente en un lugar visible del salón de la casa (nunca en el dormitorio de Dilan). Deberán traerlo a la próxima sesión para poder verlo entre todos.

2. La segunda tarea se centra en la prescripción de un ritual en el que se deberá coger el famoso cromó del orco de “El Señor de los Anillos”, lo meterán en un sobre, lo cerrarán y, entre los tres, lo llevarán hasta el congelador del refrigerador donde lo encerrarán para que se mantenga congelado.
3. Se pregunta, por último, sobre qué objetos guardan cada uno del padre fallecido. La madre suele llevar una imagen de la Virgen, Dilan un coche de juguete, una ambulancia concretamente, y Felipe, un llavero. Les pido que los traigan a la próxima sesión junto a algunas fotos familiares donde aparezcan ellos junto el padre para poder conocerlo.

Se les cita tres semanas más tarde para una segunda sesión.

En la sesión siguiente, cuando llegan, manifiestan muy emocionados que no se han repetido los síntomas de Dilan relatados en la primera sesión. En la casa, han hablado de José, el padre, cuando ha surgido la ocasión. La madre y el hijo mayor manifiestan sentirse más desahogados y tranquilos.

La tarea la han realizado como se prescribió aunque Dilan no ha querido que su madre y su hermano dibujen. Lo hizo él sólo mientras su madre y su hermano lo observaban y lo comentaban. El dibujo consiste en un ogro con grandes garras pintadas de amarillo. Después, como se les indicó, comentan que fue colocado en el salón de la casa a la vista de todos. Sí han realizado juntos la tarea del ensobrado y encierro del orco en el congelador. También han traído los objetos (recuerdos del padre) solicitados y un álbum de fotos familiares.

Vemos las fotos en sesión y se conversa sobre los recuerdos que suscitan. Felipe llora, pero de una forma más suave que en la primera sesión y Dilan vuelve a imitarlo de nuevo. Juana cuenta que se ha apoyado mucho en Felipe, su hijo mayor, lo que ha ocasionado un excesivo involucramiento entre ambos. Se trabaja sobre la necesidad de crear espacios diferenciados entre los dos, Juana entiendo que quizás le haya sobrecargado demasiado. A la par, se legitima el enfado que llega a expresar Felipe, apoyando por nuestra parte que con toda probabilidad necesita su espacio y centrarse más en sus propios intereses. Esto nos lleva una buena parte del tiempo de la sesión.

Al final, se felicita a Dilan por su éxito en la batalla contra los monstruos tras un rato de trabajo sobre sus capacidades y recursos en este sentido. Quedamos para volver a encontrarnos un mes más tarde.

En la tercera sesión, se mantiene la situación de mejoría de Dilan. No han reaparecido los síntomas.

Dilan relata que ha recordado a su madre que deberían pedir comida china para almorzar. Esta era una costumbre que tenía toda la familia cuando el padre vivía y que se dejó de hacer tras su fallecimiento. En esta ocasión sí lo hicieron, llamaron al restaurante, como solían hacer antes, y pidieron comida china para la casa. Estaban contentos de haber retomado esta costumbre que, además, les acercaba al recuerdo del padre de una forma amable y cálida.

Relatan que el día del aniversario de la muerte del padre, que ha acontecido en el periodo intersesiones, Dilan les recordó que debían hacer algo al respecto. Decidieron ir juntos a misa y al cementerio, llevaron flores para depositarlas en la tumba del padre. Dilan utiliza en el relato de estas actividades las dos palabras: “murió” y “cementerio”, palabras que antes parecían estar vedadas y no podían ser pronunciadas en la familia, usando eufemismos o sucedáneos.

Felipe se encuentra bien y la madre comenta que la profesora de Dilan le ha informado en una tutoría que había estado observando una reacción muy buena en el chico, tanto en cuanto al rendimiento en clases como en el hecho de mostrarse más activo y sociable con los compañeros.

Manifiestan encontrarse contentos con lo que han ido consiguiendo entre todos, así como por los resultados obtenidos y, en especial, respecto a los logros de Dilan contra los monstruos, la caca y el pipí. Nos despedimos y se pide a Felipe, muy aficionado a los ordenadores y la informática, que prepare un diploma para Dilan siguiendo nuestras indicaciones y que nos lo envíe para firmarlo.

Tres semanas más tarde recibimos un sobre grande que incluye un diploma cuyo título dice: *Diploma por superar su lucha contra los monstruos a: Dilan*, fechado y con pie de firma a nuestro nombre. Se lo sellamos y firmamos en los espacios que Felipe nos deja indicados en el mismo, y se le devuelve vía postal a la familia con una breve carta en la que se les comenta:

Queridos Juana, Felipe y Dilan.

Aquí os mando firmado el DIPLOMA de Dilan que os ha quedado estupendo y es, además, la señal de que una familia sale adelante y supera los problemas cuando no se esconde, se atreve y apuesta por la vida.

Gracias por lo que me habéis enseñado.

7. COMENTARIOS

Podemos hacer unos breves comentarios sobre el caso. Estamos ante un caso de duelo cronicado que impone a la familia un manejo restrictivo de la información y de la comunicación sobre lo acontecido en torno a la muerte del padre y hacia su figura, provocando un estancamiento en el funcionamiento familiar y forzando a interacciones evitativas entre sus miembros.

Queda evidenciado y es comprensible que la familia hubiera tenido serias dificultades para integrar el fallecimiento del padre y que la experiencia emocional ante la pérdida había sido encapsulada y desviada. Esta voluntaria disociación permitía mostrar una aparente normalidad en las relaciones cotidianas de los miembros de la familia, aunque ocultando y silenciando las emociones que estaban presentes en la vida de cada uno de ellos.

Se termina imponiendo una *omertá* -una ley del silencio- en torno a todo lo que tuviera que ver con el padre muerto. Si bien parece iniciarse dicha limitación sobre todos los aspectos que hacen referencia al fallecimiento y la enfermedad, al poco tiempo se hizo extensiva a todos los recuerdos y vivencias donde él había estado presente. El silencio invade así otros ámbitos discursivos de la familia, ya fuera de la experiencia directa de la enfermedad y la muerte, por ejemplo, la desaparición de la costumbre de solicitar comida china.

El nivel de estrés emocional en la familia, la tristeza flotante, la detención del proceso de desarrollo en el ciclo vital familiar, es expresada y denunciada a través de los síntomas que Dilan presenta. Aparece señalado como paciente identificado en la medida que muestra, aunque de forma inconstante, síntomas de enuresis y encopresis así como terrores nocturnos. A la par, desde el colegio, avisaron preocupados por una bajada en su rendimiento escolar y por la poca motivación que se observaba en el niño que, además, había reducido las relaciones sociales con sus iguales.

La presencia de síntomas inconstantes, como plantea Ackerman (Cancrini y La Rosa, 1991), es una señal evidente de que la situación había pasado de manifestarse como un trastorno primario del comportamiento a presentarse ya con la emergencia de rasgos psiconeuróticos, lo que señala que se ha iniciado un proceso de interiorización del conflicto, aunque todavía de forma parcial. Esto nos permite tener una mayor comprensión de lo que acontece al no haberse constituido todavía como una reacción psiconeurótica autónoma y en apariencia desconectada de la vida y relaciones de la familia, según los términos que el propio Ackerman describe.

Aunque el nivel de angustia está presente en toda la familia, es Dilan quien, como barómetro de la emoción existente en el sistema, expresa la distonía presente e incorpora en modo analógico las emociones y formas defensivas que todos los miembros están viviendo. De una parte, se expresa el miedo (a través de los terrores nocturnos) en torno a la pérdida del padre como elemento de sustento y de seguridad, de otra se activan aspectos paranoides en torno a las posibles “deslealtades” que los miembros de la familia experimentan respecto a la memoria del fallecido. También aparecen aspectos relacionados con la imposición de un control para la no expresión de las emociones dolorosas que, al no poder ser contenidas por sus miembros, se escapan a pesar de los esfuerzos de la familia por ignorarlas. De ahí que la falta de control de esfínteres sea una perfecta metáfora de lo que no es

El “fantasma” del padre muerto, en forma de monstruo o de orco *tolkieniano*, y el miedo a confrontar las emociones suscitadas ante una vida sin el padre, se organizan expresivamente en la emergencia sintomática de Dilan, permitiendo a la familia expresar a través del niño pequeño las emociones y angustias presentes.

Esta visión, con elementos psicodinámicos, está planteada como el soporte sobre el que se va a requerir la necesidad de objetivar los “fantasmas”. La materialización de los “fantasmas” es una fórmula que, a través de la externalización, va a generar muchas posibilidades interesantes promoviendo la acción de la familia para vencer los obstáculos y superar las dificultades.

Es necesario mantener, de forma simultánea, el componente lúdico y externalizador respecto al niño y la familia, con la conversación directa y pertinente en torno al padre y al dolor derivado de su pérdida. Se precisa además adoptar una visión normalizadora e incorporar el permiso para poder retomar la vida y los hábitos existentes antes del fallecimiento del padre, a la importancia de poder incorporarlo en el recuerdo, no como un oscuro y exiliado “fantasma” sino como un padre amado y presente en el recuerdo, amable y protector.

La conversación reconstruye o retoma imágenes y relatos amables sobre el padre como una forma de reintegrar de nuevo su figura, y se establecen escenarios para constatar la pérdida y el dolor que esta conlleva. Esto libera a Dilan como depositario y emergente familiar, produciéndose una difusión de la angustia entre todos sus miembros, lo que resulta siempre más justo y equilibrado.

Desde el punto de vista de la intervención psicoterapéutica se ha descrito mostrando el componente lúdico y el uso de las metáforas como manera privilegiada de encarar el tratamiento psicoterapéutico de este tipo de dificultades en la infancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrevaya, E. (1985). El concepto de fantasma en psicoanálisis. *Revista de Ciencias Sociales*, 3-4. (24), 499-515.
- Ackerman, N.W. (1937). The family as a social and emotional unit. *Bulletin of Kansas Mental Hygiene Society*, 2(2).
- Ackerman, N.W. (1966). *Psicoterapia de la familia neurótica*. Buenos Aires: Ed. Horme (1969)
- Andolfi, M. (1977). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P. y Nicoló-Corigliano, A.M. (1982). *Detrás de la máscara familiar. La familia rígida, un modelo de psicoterapia relacional*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu
- Andolfi, M. (2000). Terapia con el individuo y terapia con la familia. *Systemica*, 8, 13-29.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G.M. (1973). *Lealtades invisibles; Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu (1994).
- Bowen, M. (1978a). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Georgetown Family Center (2016).
- Bowen, M. (1978b). *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Ed. Paidós (1991).
- Bustamante Fernández, M. (2016). *Prácticas narrativas en psicoterapia con niños, niñas y adolescentes que han sido abusados sexualmente. Memoria para optar al título de Psicología*. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología. Universidad de Chile.
- Beyebach, M. y Rodríguez Morejón, A. (octubre, 1994). Prácticas de externalización: la enseñanza de habilidades para externalizar problemas. *Actas de las XV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar*.

- Campillo Rodríguez, M. (2013). *Terapia Narrativa de Juego. Haciendo Psicología*. México.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1991). *La Caja de Pandora: Manual de Psiquiatría y Psicopatología*. Barcelona: Ed. Paidós (1996).
- Carey, M. y Russel, S. (2002). Externalización: preguntas más frecuentes. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, n° 2. En S. Russel y M. Carey (Comp.) (2004). *Narrative Therapy: Responding to Your Questions*. Adelaide: Dulwich Center Publications.
- Castillo-García, M.T.; Castillejos-Zenteno, L. y Macías-Esparza, L.K. (2017): El reto de incluir niños y niñas en las sesiones de Terapia Familiar. *Redes*, 35, 83-95.
- De Manuel Vicente, C. (2009). La Terapia de Familia y los niños: reflexiones desde una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de la red pública andaluza. *Apuntes de Psicología*, 2-3. (27), 363-373.
- De Pablo Urban, J.M. (2018a). *Psicoterapia individual desde una perspectiva sistémica integradora*. Madrid: Letrame Grupo Editorial.
- De Pablo Urban, J.M. (2018b). Psicoterapia infantil sistémica. La integración de otros enfoques de la psicoterapia. En prensa: *Revista de Psicoterapia*.
- Escudero, V., Abascal, A. y Varela, N. (2008). Escaleras y torreones terapéuticos: Directrices y técnicas básicas para el trabajo con niños en terapia familiar. *Cuaderno Psiquiatría Comunitaria*, 2 (8), 207-223.
- Esquivel Ancona, F. et al. (2010). *Psicoterapia infantil con juego: casos clínicos*. México: Ed. El Manual Moderno.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (1997). *Terapia narrativa con niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Ed. Paidós.
- García Ledesma, R.I., Mellado Cabrera, A. y Santillán Torres, L. (2010). Pérdida y duelo infantil: una visión constructivista narrativa. *Alternativas en Psicología*, 23(15).
- Haley, J. (1977). Hacia una teoría de los sistemas patológicos. En I. Boszormenyi-Nagy y H. Gerald Zuk (Comp.) pp. 28-46. *Terapia familiar y familias en conflicto*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Lengua Sánchez, J.C. (2001). El juego en la terapia familiar sistémica con niños. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 1-2 (2).
- Lewin, K. (1936). *Principios de psicología topológica*. Sao Paulo: Ed. Cultrix y Editorial de la Universidad de Sao Paulo.
- Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Minuchin, S.; Rosman, B. Y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- Pichón-Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Rendon Salas, L. (2015). Psicoterapia narrativa en un caso de ansiedad infantil. Ajayú, Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 13(1), 98-115.
- Rioja, M. y Pinto, B. (2008). Terapia narrativa aplicada a un niño con problemas de conducta "Andrés el travieso". *Ajayú, Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 1(5).
- Rivas Bárcena, R., González Montoya, C.S. y Arredondo Leal, V. (2006). Antídoto contra monstruos. El uso de historias terapéuticas con niños. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 3 (9), 12-23.
- Schaefer, C.E. (2011). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Ed. El Manual Moderno.
- Sepúlveda Ramírez, M.G., Alcaíno Maldonado, C.A. y García Acuña, G.A. (Eds.) (2012). *Psicoterapia evolutiva constructivista en niños y adolescentes. Métodos y técnicas terapéuticas*. Universidad de Chile, Santiago de Chile: Andros Impresores.
- Stern, D.N. (1985). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Ed. Paidós (1991).

- Stierlin, H. (1979). *Psicoanálisis y terapia familiar*. Barcelona: Ed. Icaria.
- Terán Catota, P.V. (2016). *Terapia narrativa para la resolución de conflictos de adaptación familiar en niños/as de educación básica elemental y media*. Proyecto investigación obtención título de Psicología. Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Ecuador, sede Ambato.
- Tilmans-Ostyn, E. (1981). La thérapie familiale dans son approche spécifique des jeunes enfants. *Thérapie familiale*, 2(4)329-335.
- Urrego Aguinaga, D., Jaramillo Chavarría, G.A., Rodríguez Muñoz, J.C. y Cardona Arbeláez, J.P. (2016). Sentidos de la externalización del problema en la terapia narrativa. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigo*, 3(1), 68-80.
- Vargas Sepúlveda, A.V. (2012). El dibujo: expresión artística-creativa en psicoterapia constructivista-evolutiva. En M.G Sepúlveda Ramírez, C.A, Alcaíno Maldonado y G.A. García Acuña (Eds.). (2012). *Psicoterapia evolutiva constructivista en niños y adolescentes. Métodos y técnicas terapéuticas*. Universidad de Chile, Santiago de Chile: Andros Impresores.
- Wachtel, E. (1994). *La clínica del niño con problemas y su familia*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu (1997).
- White, M. (1991): La externalización del problema y la reescritura de vida y relaciones. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 31-59.
- White, M. y Epston, D. (1980): *Medios narrativos con fines terapéuticos*. Barcelona: Ed. Paidós (1993).
- White, M. y Morgan, A. (2006): *Narrative Therapy with Children and their families*. Adelaida, Australia: Dulwich Centre Publications.

Psychotherapeutic Approach to Psychosomatic Complaints in Child and Adolescent Mental Health. An Adolescent without Problems?

Alba Larrión Labiano^a, José Luis Rodríguez-Arias^b

^aCentro de Salud Mental de Ermitagaña. Red de Salud Mental de Navarra. Correspondencia: alarriol@navarra.es

^bUnidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (C.H.U.A.C.).

Historia editorial

Recibido: 03-07-2018

Primera revisión: 07-20-2018

Aceptado: 14-12-2018

Palabras clave

psicología clínica, psicoterapia, terapia familiar breve, quejas psicosomáticas

Resumen

El presente trabajo es una reflexión sobre la práctica clínica habitual en una Consulta de Psicología de una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Se parte de la descripción de un caso, en el que una adolescente presenta sintomatología inespecífica, sin una causa orgánica que la justifique. El abordaje propuesto desde la Terapia Familiar Breve pretende ser una intervención poco invasiva, que aprovecha los recursos de la familia para ayudar a los adolescentes a crecer y a superar sus dificultades. Además, el texto incluye una breve reflexión sobre las similitudes y diferencias del enfoque propuesto con respecto a las recomendaciones de las guías clínicas y sobre el progresivo acercamiento de las terapias contextuales al planteamiento sistémico. Para terminar, se destaca la importancia de la prudencia en el abordaje psicológico cuando una causa orgánica puede estar relacionada con el problema planteado.

Abstract

This study is a reflection on the usual clinical psychology practice in a Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS). It begins with the description of a case, in which an adolescent presents nonspecific medical unexplained symptoms. The proposed approach from Brief Family Therapy aims to be a non-invasive intervention that gets the most from the family's resources, to help minors grow and overcome their difficulties. In addition, the text includes a brief reflection on the similarities and differences of the proposed approach, regarding the recommendations of the clinical guidelines and on the progressive approach of the contextual therapies to the systemic perspective. Finally, the importance of cautiousness in the psychological approach is emphasized when an organic cause may be related to the raised problem.

Keywords

clinical psychology, psychotherapy, brief family therapy, psychosomatic complaints

130 1. INTRODUCCIÓN. DESCRIPCIÓN DEL CASO: PROBLEMA Y PLANTEAMIENTOS DE LOS CONSULTANTES

Sandra¹, 13 años, entra en la consulta acompañada de sus padres. Su pediatra le ha propuesto que vaya a la consulta de Psicología Clínica porque tiene síntomas digestivos que podrían relacionarse con situaciones de estrés emocional ya que, tras las oportunas exploraciones, no objetiva causa orgánica.

Sandra parece una adolescente amable y abierta. Vive con sus padres y hermano de 10 años. Juan, 37 años es profesor de secundaria y Lucía, 35 años da clases en la Universidad. Las relaciones familiares son cordiales. La confianza y el respeto recíproco entre todos es la norma. Sandra está satisfecha de sus amistades, aunque comenta que de vez en cuando, surge algún contratiempo que resuelven sin mayor dificultad. Tanto ella como su madre dicen que es muy responsable con los estudios, exigiéndose a sí misma un alto rendimiento académico. Están de acuerdo en que esta exigencia le ocasiona dolores de cabeza reiterados durante los exámenes o cuando se le acumula el trabajo.

Sandra informa que lleva unos meses presentando molestias digestivas, como náuseas, especialmente por las noches y, en consecuencia, cena poco. Incluso no cena, para evitar ponerse enferma y dormir mal. Ha disminuido su peso de forma significativa. Su madre se preocupa y le insiste en que tiene que cuidarse y comer más para no enfermarse. Sandra piensa que los problemas digestivos vienen de que lleva unos cuantos meses especialmente nerviosa por la presión de los estudios. Lo peor es pensar que tiene que ir a clase y que los profesores pueden reñirla por hacer mal algún ejercicio.

También refiere que, recientemente, acudió a casa de una amiga, le sentaron mal unas gominolas y luego vomitó. Desde entonces le da miedo que vuelva a ocurrirle y tener que vomitar en público. Precisamente, para evitar esta posibilidad, ha dejado de comer fuera de casa. No obstante, la semana pasada pudo comer un bocadillo con sus amigas y lo hizo porque tenía hambre. Además, al mediodía cuando come en casa, tiene apetito y no sufre molestias como en la cena.

Sandra quiere que la ayudemos a “estar menos nerviosa y poder comer delante de otras personas que no sean sus padres”. Su madre pide ayuda para que “le vaya bien en el curso y para que coma más, sin miedo a vomitar”.

2. MARCO TEÓRICO. ¿QUÉ SE SUELE HACER PARA AYUDAR A SANDRA?

¿Se trata de un problema de alimentación? ¿Una fobia escolar? ¿Un problema de control de las emociones? ¿De ansiedad? ¿Somatomorfo? Desde la perspectiva de la TFB el diagnóstico es irrelevante porque no orienta el tratamiento. En su lugar la guía es la respuesta a la pregunta ¿Qué mantiene el problema? En otras palabras ¿qué hace que Sandra continúe sin poder hacer lo que dice querer hacer?

La primera cuestión es si el malestar de Sandra es resultado de un problema físico o si, como supone quien nos envía el caso, es fruto de cualquier malestar psicológico, como miedo a la escuela, exigencia para un alto rendimiento, falta de control de sus emociones en situaciones de presión, miedo a engordar, una excusa para evitar los exámenes o una disculpa para no estar con sus amigos por no sentirse a gusto consigo misma. Como, según las indicaciones del pediatra, no se objetiva nada orgánico que justifique los problemas intestinales, nos planteamos intervenir desde una perspectiva psicológica.

Si se consultan las Guías de Práctica Clínica, aplicables a este caso (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008) se encuentran recomendaciones favorables a tratamientos psicológicos de corte

1 Sandra es un nombre supuesto.

conductual o cognitivo-conductual, que son los que cuentan con mayor apoyo empírico (van Dessel et al., 2014).

Desde estas perspectivas se recomienda (García-Campayo, Pascual, Alda y Olivan, 2005; Amigo, Fernández, Pérez, 2009), en primer lugar, descartar causas orgánicas que puedan explicar el origen de la sintomatología. Si se descartan, se deriva a una consulta de psicología para evaluar si se puede encontrar un componente emocional que la justifique. Desde el abordaje Cognitivo-Conductual habitualmente se asume que Sandra no está gestionando bien sus emociones y el tratamiento que se propone es un entrenamiento en habilidades para aumentar su competencia. Normalmente se considera necesario un número medio de 15 a 20 sesiones de periodicidad semanal (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 2002), en las que se explica, modela y ensaya en sesión la habilidad en cuestión, para trasladarla de manera progresiva al contexto natural. Una vez que las ha puesto en práctica en su vida cotidiana de forma exitosa, se entiende que es necesario repetirlas para consolidar estos aprendizajes que, se espera sustituyan a la manera previa de afrontar la dificultad y generalizarlos más tarde a nuevos contextos. Además, se trabaja para prevenir las posibles recaídas.

La evaluación inicial suele ser exhaustiva. Se entrevista a la paciente, a sus padres, se puede recoger información del centro académico o de otros informantes que se consideren relevantes. En ocasiones, esto se complementa con cuestionarios o test, globales o específicos. Otra manera habitual de recoger información consiste en pedirles que rellenen en casa unos autorregistros, donde apuntar de forma detallada las ocasiones y circunstancias en que se presenta el problema. Si el profesional considera que tiene información suficiente, realiza una hipótesis basada en un análisis funcional del problema para identificar qué factores influyen como predisponentes, precipitantes o mantenedores.

Tras la evaluación se ofrece una explicación general de tipo psicoeducativo sobre las características de las emociones y su valor adaptativo, para entrar luego a una explicación específica de los factores que han podido influir en el inicio y mantenimiento de la sintomatología en este caso particular. Además, habitualmente se emplean técnicas de desactivación fisiológica, como la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva. También se trabaja la técnica de reestructuración cognitiva para identificar y modificar sesgos y distorsiones en la percepción del problema. La preparación para la exposición conductual frecuentemente consiste en construir una jerarquía y realizar un trabajo de preparación para la exposición a situaciones ansiógenas. Se puede comenzar por la exposición en imaginación, planteando una exposición sistemática progresiva y altamente estructurada a las situaciones evitadas o toleradas con elevado malestar. A continuación, se trabaja la generalización de los aprendizajes. Por último, se realiza una evaluación post-tratamiento y se trabaja la prevención de recaídas. En función de necesidades particulares, se utilizan otras técnicas como autoinstrucciones, habilidades sociales, resolución de problemas, técnicas de distracción u otras apropiadas para la correcta resolución del problema planteado.

La Terapia Familiar Breve (TFB) presenta similitudes y diferencias respecto de los enfoques Cognitivo-Conductuales (Beyebach, 2015): Entre las similitudes están la exposición a situaciones temidas y el centrarse en los aspectos más conductuales y observables. Y entre las diferencias pueden enumerarse las siguientes: 1) No hay una fase de evaluación exhaustiva. No se distingue entre evaluación e intervención porque cualquier técnica para evaluar transmite información –“No es posible no comunicarse” (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967) y potencialmente produce cambio; de la misma manera que cualquier técnica destinada a promover el cambio ofrece información y supone, por tanto, una evaluación. 2) No se dan tantas explicaciones porque se piensa que la toma de conciencia no necesariamente produce cambio. En lugar de exponer las razones de lo que el terapeuta cree que pasa, se da una explicación que les resulte convincente y tranquilizadora en función de lo que demande la familia. 3) Se tratan las conductas en su contexto natural. No suele hacerse un entrenamiento durante la consulta para aplicarlo luego a la vida cotidiana. 4) Se asume una causalidad circular a través del concepto de soluciones intentadas. Los problemas provocan soluciones y las soluciones, inesperadamente, aumentan los problemas hasta poder afirmar que “el problema

es la solución” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974). 5) Los cuestionarios que se aplican en TFB están centrados en medir los procesos de cambio y la relación terapéutica, más que en cuantificar la intensidad y tipo de sintomatología o psicopatología. 6) Siempre que sea posible se evita el uso de diagnósticos CIE o DSM y conceptualizaciones del problema basadas en déficits, dificultades internas, globales y estables. 7) La TFB se caracteriza por su flexibilidad adaptarse a cada cliente. También en los enfoques cognitivo conductuales se adapta el protocolo a las necesidades del consultante, pero el contenido de las sesiones y las técnicas a trabajar, se establecen más en función del tipo de problema, que del tipo de persona. 8) La TFB da especial relevancia al papel del cliente en la toma de decisiones sobre su propio proceso terapéutico. En TCC el terapeuta se presenta más como “el experto”, el que conoce el tratamiento e implementa las técnicas. 9) La visión contextual del origen, mantenimiento y resolución de los problemas es la directriz general de la intervención en TFB. Si bien es cierto que, en las evoluciones recientes de la terapia cognitivo-conductual, las llamadas terapias contextuales o de 3ª generación, se produce un sustancial acercamiento a las terapias sistémicas (Pérez, 2006).

3. METODOLOGÍA CLÍNICA. ¿QUÉ HICIMOS PARA ATENDER LA DEMANDA DE SANDRA?

La TFB se interesa por los intentos de solución y sus resultados para proponer “hacer más lo que funciona” o “hacer lo contrario de lo que no funciona o mantiene la queja”.

La excesiva autoexigencia para un buen rendimiento escolar, comer poco, especialmente a la hora de la cena y evitar comer en público se clasifican como “soluciones ineficaces” (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Desde una perspectiva interpersonal al comer poco adelgaza y preocupa a su madre por la posibilidad de que “enferme”, a lo que responde la madre con una atención especial, razonando con ella, recomendándole insistentemente que se cuide y coma más. También se esfuerza en tranquilizarla cuando considera que su hija está más nerviosa de la cuenta. Ambas soluciones se consideran ineficaces, visto que cuanto más insiste su madre para que coma o se tranquilice, menos come y más se inquieta Sandra.

Habitualmente Sandra come algo más en la comida lo que, aunque delgada, la mantiene en un peso aceptable, a la vez que tranquiliza a su madre. Y, curiosamente, los sábados suele comer mejor. El día anterior a la primera consulta salió por la tarde con las amigas, tuvo hambre y se atrevió a comer un bocadillo en público, aguantándose el temor a vomitar. Estas circunstancias se califican como “excepciones” (de Shazer, 1982).

La composición de lugar que nos hacemos es que “Sandra evita comer en público para no vomitar y que la vean hacerlo; evita también salir con sus amigas si prevé que van a comer y anticipa que algunos alimentos van a sentarle mal –profecía autocumplida (Watzlawick, 1981). Además, está excesivamente pendiente de sus sensaciones físicas y cualquier sensación puede interpretarla como un síntoma y aumentar su ansiedad. Su madre está también muy pendiente, pregunta por su estado e insiste para que se cuide, lo que también tiene el efecto imprevisto de empeorar el problema”. En coherencia con esta idea el terapeuta se plantea estrategias para bloquear la auto-observación, exponerla a comer en público, primero de manera controlada, y cargar la responsabilidad del cambio sobre Sandra, y así mantener a su madre pendiente desde la distancia.

Al terminar la primera sesión valoramos a Sandra por su capacidad para expresarse y a su madre por el respeto hacia las decisiones de Sandra lo que, en nuestra opinión, favorece que se responsabilice mejor de su propia vida. Le pedimos que confíe en ella, con la intención de que deje de insistirle con la comida. Y a Sandra, le decimos que es mejor que no coma delante de otras personas, a no ser que tenga muchísima hambre. Quince días más tarde, en la segunda sesión, Sandra dice que no se ha puesto tan nerviosa y ha podido comer en público sin estar tan pendiente de si tiene náuseas o no. Su madre cuenta que ha dejado de insistirle tanto en su alimentación. Sandra dice que para

lograr su objetivo tendría que atreverse a comer en el recreo y en el comedor del colegio. Durante la sesión se cuestiona la relación entre ponerse nerviosa y vomitar: no siempre que uno vomita está nervioso, ni siempre que uno está nervioso, vomita. Al final se reconocen los avances que han conseguido en la resolución del problema y se recomienda no dar nuevos pasos y, en su lugar, centrarse en consolidar lo conseguido –Estrategia de calma (Fisch, Weakland y Segal, 1982). En la tercera sesión, mes y medio después, Sandra cuenta que ha habido ocasiones en las que ha comido en público y no se ha puesto nerviosa y otras que, aun estando nerviosa, ha comido en público y no ha vomitado. En estas ocasiones se distrajo hablando y jugando con sus acompañantes y eso le ayudó a tranquilizarse. De nuevo subrayamos la valentía de Sandra, que se ha atrevido a avanzar más de lo que habíamos pedido y reiteramos nuestra recomendación de que fuera despacio. A su madre también le reconocemos el valor de haberse atrevido a darle mayor autonomía y confianza y le pedimos que vaya anotando los progresos que observe en Sandra durante el verano.

En octubre, tres meses después, refiere que está menos nerviosa y que se ve más capaz de controlar sus nervios centrándose en su respiración. Come con menos molestias y más cantidad. Sin embargo, ha tenido un nuevo episodio de vómito en un momento de nerviosismo. Su madre dice que no ha vuelto a insistirle para que coma. Al final de la sesión reconocemos el compromiso y la constancia de Sandra, los nuevos progresos y a su madre la inteligencia que demuestra al haber abandonado estrategias que parecían poco útiles. A Sandra le proponemos un pequeño cambio cuando necesite tranquilizarse: en vez de coger aire por la nariz y echarlo por la boca, debe hacerlo a la inversa, empezar expulsando primero todo el aire que pueda por la boca y llenar los pulmones por la nariz. También le pedimos que coma algunas golosinas cuando este nerviosa. Y en última sesión, otros tres meses más tarde, Sandra y su madre informan de que las molestias digestivas se debían a una intolerancia al gluten recientemente diagnosticada. Ha iniciado una dieta y le está sentando bien. Ambas opinan que está menos nerviosa. Ahora es capaz de comer con sus amigos en establecimientos públicos de forma habitual. También relatan algún episodio en el que estuvo nerviosa y lo achacan a la novedad de la situación. Terminamos atribuyendo la mayor parte de las molestias gástricas a la intolerancia al gluten y resaltando que ella es una persona psicológicamente fuerte, mérito compartido con su madre por el apoyo y seguridad que le ofrece. Hacemos un paralelismo entre la forma que tiene ella para controlar la intolerancia al gluten a través de una dieta y el manejo del nerviosismo mediante estrategias que ella ha demostrado que le resultan útiles: distraerse y estar ocupada.

4. DISCUSIÓN. UNA BREVE REFLEXIÓN TEÓRICA

En estos casos una de las decisiones más comprometidas es si se debe o no intervenir desde una perspectiva psicológica cuando puede estar implicado un componente orgánico (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2009). El primer riesgo de hacer un tratamiento psicológico es sustituir al oportuno tratamiento médico, privando a la persona de un abordaje eficaz para su problemática. Además, en psicología, al igual que en medicina, la intervención no es inocua. Siguiendo la idea de las soluciones intentadas ineficaces, todo aquello que se aplica para resolver un problema y no lo consigue, puede contribuir a mantenerlo o empeorarlo. Así, a aquella persona que tiene una condición médica no diagnosticada, ni tratada, que pasa a tener un supuesto problema psicológico susceptible de abordaje en salud mental se le crea un nuevo problema, cuya solución no necesariamente se conoce. Sin olvidar el estigma que todavía supone al día de hoy. En el caso de Sandra, esto hubiera podido ocurrir si se asume que la falta de apetito y las náuseas se deben a la ansiedad somatizada o a un trastorno de la alimentación. En salud mental formular un diagnóstico nunca sale “gratis”. La persona diagnosticada empieza a ser tratada de forma diferente. Su comportamiento se entiende en clave de su diagnóstico (Rosenhan, 1973) y reacciona de acuerdo a lo que se espera de ella, produciéndose el efecto de la profecía autocumplidora (Watzlawick, 1981) o del “como si”. Por otro lado, si la causa

de los síntomas es una enfermedad médica, se puede prever que el tratamiento psicológico fracasará, ya que no resuelve dicha causa. Esto supone frustración, tanto en el paciente como en el clínico, que están poniendo esfuerzos personales, tratamientos y recursos terapéuticos, en teoría eficaces, sin ningún resultado. Si el tratamiento finalmente se interrumpe por falta de resultado, puede minar la confianza del consultante en la utilidad de los tratamientos psicológicos. Si, además, posteriormente se demuestra que el origen de los problemas es una causa médica no detectada, el consultante podría perder la confianza en los profesionales -médicos de Atención Primaria y Especializada, psicólogo clínico...- que le atendieron y orientaron erróneamente en el diagnóstico y tratamiento. O, lo que sería aún peor, podría perder la confianza en sí mismo.

Efectivamente, a Sandra le diagnosticaron una intolerancia al gluten entre la cuarta y quinta sesión. No obstante, resulta curioso que mejorara con un abordaje psicológico. Obviamente,

cualquier logro solo puede atribuirse a los méritos de las familias. En particular, a la valentía de Sandra al atreverse a comer en público y arriesgarse a que le volviera a ocurrir lo que tanto temía al principio y a la actitud respetuosa de su madre, confiando en Sandra y no insistiéndole en que comiera más. También pueden atribuirse algunos méritos al tratamiento ofrecido. 1) La aceptación en lenguaje condicional de la intervención psicológica, en lugar de dar por supuesto un origen psicógeno –“si las molestias digestivas fueran de naturaleza psicológica y tu pediatra tuviera razón, te plantearíamos...”– facilita que Sandra y su madre acepten las intervenciones y que el terapeuta se mantenga en una posición no comprometida que facilita la capacidad de maniobra durante el tratamiento y, en especial, cuando se conoce la intolerancia al gluten. 2) Las propuestas respetuosas y poco invasivas facilitan la renuncia a soluciones ineficaces, tanto si los síntomas son expresión de problemas psicológicos o de intolerancia al gluten, ya que en ambos casos contribuyen a empeorar y a aumentar la repercusión del problema. El “arriesgarse” a comer en público y el que su madre no esté tan pendiente de lo que come Sandra, probablemente contribuya a disminuir la preocupación de ambas sobre la alimentación, Sandra puede salir con sus amigas, mejora la relación entre madre e hija y aumenta la autonomía de Sandra.

Desde nuestro punto de vista, tal vez, el principal acierto fue promover en la primera sesión un cambio mínimo dándole una instrucción sencilla y paradójica. Esto permitió, probablemente, disminuir la presión que Sandra tenía para esforzarse a comer en público y también que recuperase el apetito, puesto que cuanto más trataban, ella o su madre, de forzarla a comer, menos ganas tenía. Como decimos el mayor mérito es de Sandra y su madre, que con su forma de cooperar hicieron buena la intervención propuesta. Desde un inicio depositaron su confianza en los profesionales que les atendimos y a pesar de tratarse de una indicación poco habitual, aparentemente contraria a su objetivo de poder comer en público, la siguieron “al pie de la letra” confiando en nuestro criterio. Podría decirse que tanto Sandra como su madre eran “compradoras” (de Shazer, 1988). Desde el inicio y en todas las sesiones colaboraron de forma literal (de Shazer, 1985) con las propuestas del equipo terapéutico.

Una vez iniciado el cambio, el planteamiento terapéutico es sencillo: estrategia de calma (Fisch, Weakland y Segal, 1982) para que sean ellas quienes se ocupen de avanzar más. Dado que ya en la segunda sesión han realizado progresos notables, consideramos que dar nuevas indicaciones o presionar más en la dirección del cambio podría bloquear el proceso que ya está en marcha”. Por este motivo, preferimos pedirles que vayan despacio, evitando que ellas mismas se exijan avances demasiado rápidos. Así se amplía y consolida lo ya realizado y facilita la atribución del mérito a ellas mismas.

En las dos últimas sesiones basta con alentarlas a que sigan aplicando la forma de solucionar el problema que han encontrado –“Hágalo más” (de Shazer, 1988). Consideramos que aprovechar todo lo que las familias hacen que les ayuda a conseguir sus metas es la manera más sencilla de acortar el tratamiento y lograr un cambio en la dirección deseada. Además, contribuye a prevenir recaídas: potenciar sus recursos facilita que, si vuelven a tener un problema similar, recurran a las estrategias

que ya han funcionado y forman parte de su repertorio de habilidades. Para Sandra distraerse y mantenerse ocupada.

En definitiva, ellas aprendieron a afrontar el malestar propio de la intolerancia al gluten, a separar tensión y nerviosismo de malestares gástricos. Sandra aprendió a no avergonzarse por ponerse mal en presencia de sus amigos y su madre pudo comprobar que el camino más corto para entenderse con su hija es el respeto y la confianza. Nosotros aprendimos que la mejor teoría para facilitar el camino de las familias hacia sus metas es aceptar sus puntos de vista (Duncan, Miller y Sparks, 2004) confiar en sus recursos y, cuando hay que trabajar, hacerlo desde la menor intervención posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amigo, I. Fernández, C. Pérez, M. (2009). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Beck, A., Rush, J., Shaw B. Y Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beyebach, M. (2015). La Terapia Sistémica Breve como terapia de tercera generación. Prólogo a (García, F.E. y Schaefer, H.). *Manual de Técnicas de Psicoterapia Breve. Aportes desde la terapia sistémica*. (pp. 13-23) Santiago de Chile: Mediterráneo.
- de Shazer, S. (1982). *Patterns of Brief Family Therapy. An Ecosystemic Approach*. New York: The Guilford Press. (Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico. Barcelona: Paidós. 1987)
- de Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York: Norton. (Claves para la solución en terapia breve. Buenos Aires: Paidós. 1986)
- de Shazer, S. (1988). *Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York: Norton. (Claves en psicoterapia breve. Barcelona: Gedisa. 1992)
- Duncan B.L., Miller S.D. y Sparks J.A. (2004). *The Heroic Client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Fisch R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1982). *The tactics of change*. San Francisco: Jossey-Bass. (La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder. 1984).
- Fernández Liria A. y Rodríguez Vega B. (2009). El redescubrimiento del cuerpo en Psicoterapia. *Átopos*, (8), 5-16.
- García-Campayo J., Pascual A., Alda M. y Oliván B. (2005). Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: Eficacia y propuestas de intervención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, (10,1), 15-23.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. (2008) *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No 2006/10.
- Pérez M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsikhé*. 5(2). 159-172.
- Rosenhan D.L. (1973). On being sane in insane places. *Science*. 19,179(70), 250-258.

- van Dessel N., den Boeft M., van der Wouden JC., Kleinstäuber M., Leone SS., Terluin B., Numans ME., van der Korst HE. Y van Marwijk H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 11. Art. N°: CD011142. DOI: 10.1002/14651858.
- Watzlawick, P. (Comp.) (1981). *Die erfundene Wirklichkeit*. München: R. Piper GMBH. (La Realidad Inventada. Barcelona: Gedisa. 1998 (4ª ed.)).
- Watzlawick, P., Beavin J. H. y Jackson D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: W.W. Norton. (Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder. 1981 (2ª ed.)).
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1974). *Change, Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York: W.W. Norton. (Cambio. Barcelona: Herder. 1982 (3ª ed.)).

Una experiencia de Terapia Familiar Sistémica en la Red Extrahospitalaria de Salud Mental de Álava y el impacto de esta atención en las familias derivadas desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

An experience in Public Health System of Systemic Family Therapy in the outpatient network of Alava Mental Health and the importance of this attention in referred families to the Child-Adolescence Mental Health Unit

Estíbaliz Pérez Fernández de Landa^a, Tina Sota Leiva^b, Tatiana Simal Galindo^c, Lourdes Edroso Albaina^d, Leire Celaya Viguera^d, Jesus Maria Etxebeste Anton^e

^aUnidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Álava. Av. Santiago II. 01005 Vitoria-Gasteiz. ESTIBALIZ.PEREZFERNANDEZDELANDA@osakidetza.eus.

^bUnidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Álava.

^cUnidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

^dCentro de Salud Mental de Salburua de Álava.

^eCentro de Salud Mental de Zabalgana de Álava.

Historia editorial

Recibido: 07-04-2018

Primera revisión: 19-10-2018

Aceptado: 18-12-2018

Palabras clave

terapia familiar sistémica, red extrahospitalaria de salud mental, demanda, intervención, salud mental infanto-juvenil

Keywords

systemic family therapy, outpatient network of mental health, demand, intervention, child and adolescent mental health

Resumen

En este artículo se presenta una experiencia desarrollada en Salud Pública de Terapia Familiar Sistémica en la Red Extrahospitalaria de Salud Mental de Álava desde el año 2008. Álava es una provincia y territorio histórico de España, situada en la comunidad autónoma del País Vasco, abarca a una población de 325.000 habitantes, el 70% se concentra en su capital, Vitoria. Se exponen los esfuerzos y dificultades encontradas, los beneficios y la eficacia de la intervención, incluyendo las familias atendidas desde el 2014 al 2017, con pacientes identificados desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Álava. Se analizan las características de la demanda, la estructura familiar y la intervención llevada a cabo dentro de estas familias con el objetivo de reseñar la importancia de esta intervención a nivel de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Abstract

This article presents an experience developed in the Public Health System of Systemic Family Therapy in the Outpatient Network of Alava Mental Health since 2008. Alava is a region and historical territory of Spain, located in the Basque Country, It covers a population of 325,000 inhabitants, and 70% is concentrated in its capital, Vitoria. The efforts and difficulties found as well as the benefits and the effectiveness of this approach are shown, including the families assisted from 2014 to 2017, with patients identified from the Child and Adolescent Mental Health Unit of Alava. The characteristics of the demand, the family structure and the intervention carried out in these families are analyzed in order to highlight the importance of this intervention on the Child and Adolescent Mental Health level.

La Terapia Familiar es una disciplina que aborda la intervención y el tratamiento de la familia en su conjunto, ofrece una nueva forma de contemplar o redefinir los trastornos mentales a través de modificaciones estructurales y funcionales (Ortiz, 1999). Dejamos de centrarnos en el individuo como portador y responsable único del síntoma a contemplar a la familia como un sistema organizado en el que cada individuo es un miembro contribuyente (Minuchin, 1985), y en la que cada elemento cumple una función con respecto al todo (Von Bertalanffy, 1976). Dado que el ser humano se desarrolla, crece y vive en su núcleo familiar, se hace necesario su estudio por su trascendencia para el individuo, para la sociedad y en especial para el proceso salud-enfermedad (Ortiz, 1999).

Como postulaba Montenegro (1997), los términos terapia familiar y terapia familiar sistémica no son sinónimos ni equivalentes. Explicaba que lo que diferencia a la terapia familiar sistémica es su fundamento en la teoría general de los sistemas y la cibernética. Bajo ese gran alero teórico se desarrollaron varios “modelos intermedios”, que en general se diferenciaban unos de otros más que nada en el énfasis que ponían en los distintos conceptos de la teoría (totalidad, límites, jerarquía, homeostasis, retroalimentación, entropía, procesos estructurales, etc.) Así, por ejemplo, surgió el modelo estructural de S. Minuchin, el modelo estratégico de Palo Alto, el modelo de Milán derivado del anterior, el constructivista de Von Foester, Maturana y Varela, entre otros.

La terapia familiar sistémica comenzó a desarrollarse en España en la década de los ochenta. Por ello, es relativamente reciente y escasa la investigación al respecto, más aún en el terreno infanto-juvenil. Sin embargo, existe evidencia científica que apoya la eficacia de la terapia de familia en muy diversos ámbitos de actuación en psiquiatría infanto-juvenil. Se han publicado trabajos muy interesantes, por un lado, estudios que defienden su condición de intervención terapéutica y su eficacia a la hora de realizar modificaciones en la dinámica relacional y estructural de distintas poblaciones, tanto con adolescentes (Bou, 2011; Harrington et. al., 2000; Henderson, Dakof, Greenbaum y Liddle, 2010), como en poblaciones infantiles (Kaslow, Broth, Smith y Collins, 2012; Sexton y Turner, 2010). Y otros estudios que abogan por su utilidad ante distintos cuadros clínicos, como en trastornos de conducta y trastornos de atención e hiperactividad (Barkley, Guavremont, Anastopoulos y Fletcher, 1992; Chamberlein y Rosicky, 1995; Szapocznik et. al, 1989). También en trastornos del abuso de sustancias (Joanning, Quinn y Mullen, 1992; Lewis, Piercey, Sprenkle y Trepper, 1990; Stanton y Shadish, 1997), trastornos de la conducta alimentaria (Gowers, Norton, Halek y Crisp, 1994; Russell, Szmukler, Dare y Eisler, 1987), en depresión (Birmaher, Brent y Kolko, 2000; Harrington, Whittaker, y Shoebridge, 1998) y en enfermedad física crónica (Gustaffson, Kjellman y Cederblad, 1986; Lask y Matthew, 1979; Liebman, Minuchin y Maker's, 1974)

Centrándonos más en el ámbito de la Salud Mental Infanto Juvenil, en el sistema sanitario público en los últimos años distintos profesionales nos estamos encontrando con la dificultad del aumento de la demanda de atención de la población atendida en consulta, lo que obstaculiza en gran medida el poder ofrecer tratamientos psicoterapéuticos con una periodicidad y duración deseable. Y con la particularidad de la atención en infantil, donde el paciente síntoma es traído a consulta, juega un papel muy importante el entorno, familia y escuela como generador, agravante o cronificador de sintomatología. Es aquí donde, la terapia sistémica familiar, puede ofrecerse como una interesante herramienta terapéutica.

El objetivo de este artículo es relatar una experiencia de Terapia Familiar Sistémica en la Red Extrahospitalaria de Salud Mental de Álava y hacer un repaso de las familias atendidas desde el 2014 al 2017, con paciente identificado desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Álava, en dicha experiencia.

El espacio de Terapia Familiar Sistémica, se crea alrededor del año 2008, desde la inquietud y deseo personal de compartir el trabajo clínico entre varios profesionales con las familias. En ese primer momento, el equipo estaba formado por un psicólogo clínico de un Centro de Salud Mental y un psiquiatra de otro centro de Salud Mental, ambos con formación en Terapia Familiar Sistémica. Desde el mes de marzo de 2014 el equipo se ha consolidado y lo componen un psicólogo clínico que trabaja en un Centro de Salud Mental, dos psiquiatras que trabajan en otro Centro de Salud Mental y un psiquiatra de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

En sus comienzos la frecuencia del espacio de Terapia Familiar Sistémica era de dos veces al mes. Cada terapeuta aportaba familias y cada día previsto se veían cuatro familias. Sin embargo, desde el año 2014 con el desarrollo de nuevos programas y actividades en cada centro, –con la dedicación y compromiso que ello genera en cada uno de los componentes del equipo–, se ha hecho disminuir el tiempo dedicado al Espacio de Terapia Familiar, quedando reducido a un miércoles al mes.

Esta frecuencia mensual empieza a sentirse insuficiente, ya que, al estar cuatro terapeutas, la derivación por cada terapeuta es mínima, produciéndose un colapso.

El espacio está ubicado en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y reúne las condiciones necesarias para poderla llevar a cabo: una sala de terapia con espejo unidireccional y equipo de grabación y sonido.

Cada día previsto se continúa viendo a cuatro familias. Las familias acuden, en general, remitidas por los terapeutas del equipo, estando por tanto alguno de los miembros de la familia, o varios de ellos en tratamiento psiquiátrico o psicológico en cualquiera de los tres centros.

En algunas ocasiones, se han visto familias remitidas por otros profesionales, en estos casos se solicita que el remitente acuda y participe en la sesión con uno de los terapeutas del equipo.

Este espacio, que inicialmente nació con un enfoque clínico-asistencial y de reflexión –además de puesta en común de nuestra práctica clínica–, ha ido creciendo con un enfoque también docente. A él han acudido (detrás del espejo): médicos residentes de psiquiatría, psicólogos residentes, enfermeras residentes en salud mental trabajadores sociales, médicos de familia en formación, Coordinadores de la Asociación de Enfermos de Salud Mental de Álava, etc., lo consideramos por tanto un espacio abierto, también a la docencia y al aprendizaje. Desde hace más de un año hemos considerado que, para asistir a las entrevistas de Terapia Familiar, debía existir un compromiso mínimo por parte de los estudiantes y residentes en formación de al menos tres meses de duración, con el fin de que haya una continuidad y podamos respetar el marco terapéutico, el cual es de máxima exposición para la familia que acude a la consulta y los terapeutas que les atendemos.

Desde un primer momento, cada uno de los participantes nos hacemos responsables de nuestra carga habitual de trabajo en nuestros centros respectivos; manteniendo así la misma tarea asistencial, investigadora y docente que el resto de compañeros.

En estos años, del 2014 al 2017, hemos visto 42 familias diferentes, de las cuales: el 50% de ellas aproximadamente (20 familias) han sido vistas una ó dos consultas, en las que el trabajo realizado ha sido de valoración clínica y diagnóstico e intervención en crisis; el otro 50% de familias (21 familias) han sido vistas al menos en tres consultas y hemos podido desanudar o realizar un proceso terapéutico. En este segundo grupo, el número de intervenciones ha ido desde tres consultas hasta 15 consultas en alguna ocasión.

Respecto del número de familias aportadas por centros en estos tres años han sido: Centro de Salud Mental (CSM): 35 familias; Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ): 7 familias. Un total de 42 casos.

Se recoge en la tabla 1 la procedencia del paciente identificado, su edad, su diagnóstico y el número de sesiones que se realizaron. Se observa que el 50% de los casos son mujeres, la media de edad de las 35 familias del CSM es 43,3 años, siendo la más joven de 17 años y la mayor de 83 años.

Respecto a la USMIJ la edad media es de 11,4 años siendo él mas joven de siete años y la mayor de 16 años. Respecto a los diagnósticos recogidos según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), se observan 3 (7,1%) Trastornos de Personalidad, 24 (57,1%) Trastornos de Ansiedad, 3 (7,1%) Trastornos de la Conducta Alimentaria, 1 (2,4%) Retraso Mental, 4 (9,5%) Trastornos Afectivos, 4 (9,5%) Trastornos Psicóticos, 1 (2,4%) Trastorno de la actividad y de la atención, un (2,4%) Encopresis y un (2,4%) paciente sin diagnóstico que traía a su hijo con un Trastorno Depresivo. La media del número de consultas que se han realizado ha sido 4,2.

Tabla 1. Datos de los 42 casos.

PROCEDENCIA	SEXO PACIENTE IDENTIFICADO	EDAD (Años)	DIAGNOSTICO CIE-10	N.º CON- SULTAS
CSM	Mujer	36	F60 Trastorno de personalidad	7
CSM	Hombre	58	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	1
CSM	Mujer	18	F41 Otros trastornos de ansiedad	2
CSM	Mujer	70	F41 Otros trastornos de ansiedad	2
CSM	Hombre	52	F41 Otros trastornos de ansiedad	2
CSM	Hombre	45	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	4
CSM	Mujer	45	F43.2 Trastorno adaptativo (Divorcio)	7
CSM	Mujer	18	F50.0 Anorexia Nerviosa	1
CSM	Hombre	33	F41 Otros trastornos de ansiedad	4
CSM	Hombre	17	F23.0 Trastorno psicótico agudos polimorfo	7
CSM	Hombre	60	F41 Otros trastornos de ansiedad	9
CSM	Hombre	40	F41.0 Trastorno de pánico	9
CSM	Mujer	20	F70 Retraso Mental Leve	1
CSM	Hombre	56	F31 Trastorno Bipolar	2
CSM	Mujer	35	F33 Trastorno depresivo recurrente	15
CSM	Mujer	17	F60 Trastorno de personalidad (rasgos límites)	1
CSM	Mujer	56	F41 Otros trastornos de ansiedad	10
CSM	Mujer	35	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	1
CSM	Hombre	22	F50.0 Anorexia Nerviosa	2
CSM	Mujer	35	F41 Otros trastornos de ansiedad	1
CSM	Mujer	60	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	11
CSM	Hombre	55	No diagnóstico (Hijo trastorno depresivo)	1
CSM	Mujer	25	F50 Trastorno de la conducta alimentaria	7
CSM	Hombre	28	F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes	2
CSM	Mujer	57	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	7
CSM	Hombre	56	F20.5 Esquizofrenia residual	2
CSM	Mujer	83	F41 Otros trastornos de ansiedad	1
CSM	Mujer	35	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	4
CSM	Hombre	51	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	8
CSM	Hombre	38	F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad	2
CSM	Hombre	35	F43.2 Trastorno adaptativo	2
CSM	Mujer	17	F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes	1
CSM	Mujer	38	F32 Episodio depresivo	1
CSM	Hombre	18	F40.0 Agorafobia	1

CSM	Hombre	45	F31 Trastorno Bipolar	4
USMIJ	Mujer	12	F40.1 Fobia Social	1
USMIJ	Hombre	8	F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención	12
USMIJ	Hombre	7	F98.1 Encopresis no orgánica	7
USMIJ	Hombre	9	F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia	7
USMIJ	Mujer	12	F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia	7
USMIJ	Hombre	16	F40.1 Fobia Social	10
USMIJ	Mujer	16	F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia	3

FAMILIAS DE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL

De las siete familias atendidas procedentes de la Unidad Infanto-Juvenil de Álava todas fueron derivadas por la psiquiatra infantil de dicha Unidad perteneciente al equipo de Terapia Familiar Sistémica. Posteriormente se propuso recoger de forma retrospectiva una serie de variables para estudiar las características de la demanda, la estructura familiar y la intervención llevada a cabo.

FAMILIA 1

La paciente identificada era una chica de 12 años en tratamiento en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil desde los cinco años, con varios reingresos diagnosticada con fobia social. Convivía con sus padres y tenía un hermano mayor de ocho años. En el momento de la intervención había comenzado un tratamiento en la Unidad Terapéutica Educativa de Álava, programa compartido entre Educación y Salud Mental para adolescentes de 12 a 16 años con trastorno mental grave. El motivo de inicio de esta intervención se debe a que había dejado de ir al colegio y presentaba angustia de separación severa. Se propuso una derivación a Terapia Familiar Sistémica (TFS) por la psiquiatra de dicho programa la cual formaba parte del mismo equipo de TFS. Se planteó trabajar la separación e individuación de los hijos. No llegaron a realizar la primera entrevista, porque tras acudir todos los miembros no aceptaron las características metodológicas y de encuadre, abandonando la terapia.

FAMILIA 2

El paciente identificado era un chico de ocho años en seguimiento en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) desde los seis años, adoptado con cuatro años, diagnosticado de TDAH en tratamiento farmacológico con metilfenidato. Convivía con su hermana mayor de 12 años, – adoptada a la vez que él y también en tratamiento en la USMIJ- y sus padres. La madre además se encontraba en tratamiento en un Centro de Salud Mental. El motivo de derivación a TFS fue la no independencia de los hijos y las dificultades de separación con discusiones frecuentes en la dinámica familiar. Se les citó a los 4 miembros de la familia, y se propuso trabajar con la pareja de padres, se trabajó abordando la separación e individuación de los hijos con unas normas, límites, aspectos relacionales y la separación de las familias de origen. Se realizaron 12 sesiones y se propuso el alta por no haber posibilidad de mayor intervención obteniéndose una mejoría parcial.

FAMILIA 3

El paciente identificado era un chico de siete años en seguimiento en la USMIJ desde hacía seis meses, diagnosticado de encopresis y trastornos de conducta. Se propuso TFS desde la segunda consulta, pero no aceptaron hasta el empeoramiento del trastorno de conducta. Convivía con su hermano mayor de nueve años y sus padres, tenía un hermanastro de 15 años de otra relación del padre también en tratamiento en USMIJ que convivía con ellos fines de semana alternos. El motivo de derivación a TFS fueron las dificultades de comunicación y discusiones frecuentes. Se les citó a

142 los cinco miembros, tras la primera sesión se decidió trabajar con la pareja de padres. Se abordaron temas de comunicación, relacionales, conciliación familiar y separación de familias de origen. Se realizaron siete sesiones con mejoría, y se procedió al alta por abandono del tratamiento.

FAMILIA 4

El paciente identificado era un chico de nueve años en seguimiento en la USMIJ desde hace un año, diagnosticado de Otros Trastornos de las Emociones (ansiedad y trastornos de conducta). Se propuso TFS por estancamiento del caso con empeoramiento en trastornos de conducta y discusiones frecuentes. Convivía con padres y un hermano pequeño de cuatro años. Se les citó a los cuatro miembros, tras la primera sesión se decidió trabajar con la pareja de padres. Se abordaron la separación de sus familias de origen y conciliación familiar. Se realizaron siete sesiones obteniéndose una mejoría franca y procediéndose entonces al alta médica.

FAMILIA 5

La paciente identificada era una chica de 12 años con antecedentes de 2 intervenciones en la USMIJ con 4 años y 7 años por trastornos de conducta en el medio familiar. Se propone la derivación tras la primera consulta tras una nueva acogida en la USMIJ por el mismo motivo de consulta. La paciente convivía con sus padres. Se les cita a los tres en consulta y se trabaja todas las sesiones con los tres. Se abordan la separación e individuación de la hija, el disfrute y la capacidad de goce. Se realizaron 7 intervenciones y se planteó el alta por mejoría.

FAMILIA 6

El paciente identificado era un chico de 16 años en tratamiento en USMIJ desde hacía un año por una fobia escolar. Convivía en casa con sus padres y una hermana mayor de 20 años. Se propone la derivación por estancamiento del cuadro. Se les cita a los cuatro miembros de la familia y se trabaja con los cuatro varias sesiones y también con la pareja de padres. Se abordaron la separación e individuación, la comunicación, y aspectos relacionales. Se realizan 10 intervenciones con mejoría y se propuso el alta.

FAMILIA 7

La paciente identificada era una chica de 16 años en tratamiento en USMIJ desde hacía seis meses por crisis de ansiedad. Convivía en casa con sus padres y una hermana de 20 años. Se propuso TFS por empeoramiento de la paciente con fugas del domicilio. Se citaron a los cuatro miembros de la familia. Se trabajaron aspectos relacionados con la separación e individuación de las hijas, también las alianzas entre hijas y pareja de padres y estilos de comunicación. Se realizaron tres sesiones con todos los miembros de la familia y se propuso el alta por mejoría.

3. CONCLUSIÓN

A lo largo de este tiempo hemos constatado los beneficios de nuestra intervención al haber podido desenmarañar y desanudar malestares y síntomas expresados desde el paciente individualmente, pero que no se podían entender sin tener una mirada más amplia sobre el contexto-sistema al que el paciente pertenece; la familia. En muchos casos la sintomatología era de larga evolución, esto es, los síntomas habían permanecido inalterados durante meses y años, sin que hasta ese momento se hubieran producido cambios significativos.

En los casos de la Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil, el espacio nos parece más útil si cabe, ya que, en la mayoría de los casos, los síntomas de los niños obedecen también a una disfuncionalidad a nivel de la pareja de padres (Cottrell, 2002). En las familias presentadas en este artículo se han trabajado aspectos comunes en todas ellas como la separación e individuación de los hijos, las

normas y límites, los aspectos relacionales y de comunicación y la separación de ambas familias de origen de los padres. Todos estos son aspectos muy comunes e interfieren en la sintomatología que presentan estos niños y adolescentes (Montenegro, 1997).

Consideramos importante poder mantener este espacio por varias razones. En primer lugar, el abordaje familiar permite descubrir cómo la dinámica familiar alimenta la sintomatología del paciente designado, o paciente sintomático. El abordaje global del sufrimiento y dificultades del paciente y su entorno, alarga la mirada no sólo sobre lo individual sino sobre el contexto donde están aconteciendo los síntomas en esos momentos. A su vez, es un espacio abierto, de reflexión y parada sobre una manera de hacer diferente, y lugar de encuentro de diferentes profesionales. Y, por último, su doble función, clínico-asistencial y docente.

Hemos planteado una experiencia que ha resultado ser muy gratificante y que, en nuestra opinión como en la de los autores citados, cobra mucho sentido en el abordaje dentro de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Aunque la muestra presentada es muy reducida y es difícil sacar conclusiones que se puedan generalizar, hemos pretendido mostrar que son posibles otros enfoques terapéuticos, con intervenciones breves y de gran rentabilidad para la salud pública. Si bien en la actualidad son escasos los centros públicos que ofertan desde las carteras de sus servicios este tipo de abordaje como medio para alcanzar una mejoría psicológica, en los últimos años han aparecido paulatinamente una serie de trabajos encaminados a estudiar distintos parámetros del abordaje familiar y la posibilidad de su aplicación en la Salud Pública. Contamos con un estudio reciente llevado a cabo por un equipo español, Rosique et al. (2015) que habla de las intervenciones realizadas de Terapia de Familia en un Centro de Salud Mental durante 13 años. En este estudio se analizan las características de derivación a terapia familiar, del paciente designado y de las intervenciones realizadas y concluyen que al ofrecer a los pacientes la posibilidad de protagonizar, dirigir y colaborar en su proceso terapéutico, se pueden observar tanto mejoría subjetiva como objetiva en pocas sesiones, incluso con una única intervención. Nuestra experiencia y estudios como el mencionado, avalan la eficacia de este tratamiento y su rentabilidad a nivel de Salud Pública donde la demanda de atención especializada es cada vez mayor. Además de casos como los que se han presentado, son frecuentes y preocupantes las consultas por violencia entre iguales y agresividad “intrafamiliar” en definitiva, sistemas familiares que tienen un funcionamiento enfermo. Aún queda un largo camino por recorrer; más estudios y compromisos tanto para corroborar objetivamente la eficacia y eficiencia de la TFS en el trabajo con población Infanto-Juvenil y sus familias como para la formación de los residentes de psiquiatría y psicología en técnicas psicoterapéuticas. Asimismo, se requieren más estudios y fondos desde la Salud Pública de cara a ofertar en la cartera de servicios de nuestras unidades estos abordajes los cuales muy probablemente permitirían abordar el malestar de las familias reduciendo costes sanitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barkley, R.A., Guevremont, D.C., Anastopoulos, A. y Fletcher, K.F. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescence with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 450-62
- Birmaher, B. Brent, D.A. y Kolko, D. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 29-36
- Bou J. (2011). Lidiando con adolescentes posmodernos: cambios sociales e intervención familiar. *Revista Mosaico*, 50, 44-49
- Chamberlain, P., y Rosicky, J.G. (1995). The effectiveness of family therapy in the treatment of adolescents with conduct disorders and delinquency. *Journal of Marital Family Therapy*, 21, 441-59.

- Cottrell D. y Boston P. (2002). Practitioner review: the effectiveness of systemic family for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 573-86
- Gowers, S., Norton, K., Halek, C. y Crisp, A.H. (1994). Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 165-77
- Gustafsson, P.A., Kjellman, N.I.M. y Cederblad, M. (1986). Family therapy in the treatment of severe childhood asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 369-74
- Harrington, R. Whittaker, J. y Shoebridge, P. (1998). Psychological treatment of depression in children and adolescents: A review of treatment research. *British Journal of Psychiatry*, 173, 291-98
- Harrington, R., Kerfot, M., Dyer, E., Mcniven, F., Gill, J., Harrington, V. y Woodham A. (2000). Deliberate self-poisoning in adolescence: why does a brief family intervention work in some cases and not others? *Journal of Adolescence*, 23 (1), 13-20
- Henderson, C.E., Dakof, G.A., Greenbaum, P.E. y Liddle, H.A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescence: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 885-97.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision ©Ginebra, OMS, 1992.
- Joanning, H., Quinn, T.F. y Mullen, R. (1992). Treating adolescent drug abuse: A comparison of family systems therapy, group therapy, and family drug education. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 345-56
- Kaslow, N.J., Broth, M.R., Smith, C.O. y Collins, M.H. (2012). Family-based interventions for child and adolescence disorders. *Journal of Marital Family Therapy*, 38, 82-100
- Lask, B. y Matthew, D. (1979). Childhood asthma: A controlled trial of family psychotherapy. *Archives of Disease in Childhood*, 54, 116-19
- Lewis, R.A., Piercy, F., Sprenkle, D. y Trepper, T. (1990). Family-based interventions and community networking for helping drug abusing adolescents: The impact of near and far environments. *Journal of Adolescent Research*, 5, 82-95.
- Liebman, R., Minuchin, S. y Baker, L. (1974). The use of structural family therapy in the treatment of intractable asthma. *American Journal of Psychiatry* 131, 535-40
- Minuchin P. (1985). Families and individual development: provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, 289-302.
- Montenegro H. (1997). Tratamiento familiar sistémico de los niños con problemas conductuales o emocionales. *Revista Chilena de Pediatría*, 58(5), 283-89.
- Ortiz, M.T. (1999). La salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 439-45.
- Rosique, M.T., López, B., Polo, C., López, M.L., Sanz, M.T. y González, C. (2015). El reto de la terapia de familia: estudio de las intervenciones realizadas durante 13 años en un centro de salud mental. *Clínica Contemporánea*, 6, 33-47
- Russell, G.F.M., Szmukler, G., Dare, C. y Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-56
- Sexton, T. y Turner, C.W. (2010). The effectiveness of functional family therapy for youth with behavioral problems in community practice setting. *Journal of Family Psychology*, 24, 339-348
- Stanton, M.D. y Shadish, W.R. (1997). Outcome, attrition and family/couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled and comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-91
- Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M., Rivas-Valquez, A., Hervis, O.V.P. y Kurtines, W. (1989). Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 571-78
- Von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Clásicos

Comentario: Stefano Cirillo (2018)

Agradezco mucho al Dr. Canevaro (o sea a mi buen amigo Alfredo) la estupenda posibilidad de comentar ese diálogo que él hizo con mi Maestra hace muchos años: leerlo me ha proyectado atrás en el tiempo de mi juventud.

He conocido la Profesora, como estaba acostumbrado a llamarla, en el 1970, cuando muy jovencito había empezado con una mezcla de entusiasmo y temor el Máster en Psicología a la Universidad Católica de Milán, donde en el segundo año la he tenido como profesora de Psicoanálisis. El año siguiente, 1971, fui testigo de uno de sus famosos “cambios de rutas” de los cuales habla en este diálogo. Al regreso de un viaje veraniego a Palo Alto nos dijo, a nosotros, alumnos: “Tiren a la basura todas las notas de mi clase del año pasado, están todas equivocadas, olviden el psicoanálisis, hay que cambiar el enfoque teórico de forma radical”. Y así empezó a enseñarnos la terapia sistémica y a transmitirnos su entusiasmo. Invitó también a venir a Watzlawick que difundía el nuevo paradigma de una forma muy convincente.

El otro cambio al cual se refiere al final del diálogo ha tenido un impacto aún más importante en mi vida profesional. Acabado el Máster, ya era psicólogo, pero todavía no terapeuta y me ilusionaba mucho que “la Selvini” hubiera fundado en Milán una Escuela de terapia sistémica que en esa época no existía. Y cuando en 1978 sus compañeros Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin la abrieron de verdad, entonces me inscribí de inmediato con mucho entusiasmo. Muy pronto entendí que la Profesora no estaba implicada en la enseñanza y que además había interrumpido su colaboración con Boscolo y Cecchin, justamente después la publicación del artículo *Hipotización, neutralidad y circularidad* del cual aquí habla.

¿Qué había pasado?

Pueden imaginar que el trabajo de terapia familiar gestionado por un equipo de cuatro terapeutas durante más de tres horas para cada sesión, cómo se explica en el volumen *Paradoja y contrapadoja*, no podía ser rentable, como lamentablemente nunca lo es el trabajo de investigación. Por eso los dos hombres del equipo, que tenían familias propias con hijos, decidieron abrir una escuela, siendo la formación mucho más rentable que el trabajo clínico. Mara entendía muy bien las exigencias de sus amigos y el divorcio de ellos no significó para nada la ruptura de la estima y de la amistad. Simplemente no estaba de acuerdo con su decisión: la terapia sistémica, decía, es demasiado joven y necesita otros años de estudio e investigación antes de que podamos empezar a enseñarla, con el riesgo de codificarla de una forma rígida y prematura. Su postura se puede observar también en el diálogo, cuando habla de los “años y años de duro aprendizaje (...) relacionados siempre con el trabajo de investigación” y más adelante cuándo niega que la terapia familiar sea “algo ya listo, de lo cual se debe solamente aprender la aplicación”.

Entonces Mara se fue del Centro para el Estudio de la Familia con la otra mujer del equipo, Giuliana Prata, y fundó el Nuevo Centro para el Estudio de la Familia. Y este cambio ha sido mi extraordinaria fortuna, porque tres años después decidió ampliar el equipo e integrar su hijo Matteo, e invitó a Annamaria Sorrentino y a mí mismo, que ya estábamos trabajando con Matteo, a acompañarlos en el trabajo clínico.

Pueden imaginar que como equipo era muy raro: una mujer famosa, poderosa, exigente, bastante mayor (en aquel año 1982 tenía 66 años, lo mismo que mi padre), su hijo de 27 años, con muy poca experiencia pero sin embargo muchos conocimientos y la valentía necesaria para colaborar con una madre formidable, y Annamaria y yo, con 35 años, muy amigos, tímidos e inseguros, que

1 Entrevista a la Dra. Mara Selvini-Palazzoli (realizada en Milán, 1980; Buenos Aires, Argentina, Ed. ACE L.R.L., 1980).

siempre llamábamos a “la Selvini” Profesora y ella nos trataba de Usted. Difícil apostar al éxito de un equipo tan desequilibrado: me acuerdo muy bien un día que ella nos dijo, de una manera muy perentoria: “La vida de cada equipo dura mediamente cinco años” y Annamaria le respondió, con mucho respeto pero también con cariño: “Pero Profesora, nosotros somos personas muy fieles”. Y así ha sido, hemos tenido una larga trayectoria común, con dificultades importantes al principio, pero de la cual todos hemos disfrutado muchísimo, los jóvenes aprendiendo todo y aprovechando de la gran generosidad de la Maestra que nos ha permitido un éxito profesional que nunca habríamos podido esperar, y la Maestra disfrutando, sobre todo cuando enviudó y nuestra relación se convirtió en mucho más cercana, con nuestra presencia devota y afectuosa.

¿Qué hemos aprendido, con respeto a los temas que Canevaro aborda con sus preguntas? Antes de todo, como ella misma lo dice, “una disciplina de trabajo muy precisa”: tratábamos solo cuatro familias por semana, desde el lunes hasta el miércoles, siempre tratándolas en equipo de cuatro (más allá de tres), con una larga reunión de equipo el lunes por la mañana. Mara exigió que cada uno de nosotros trabajara en otro lugar con otra clientela, para salir de este rol de joven y no experimentado. Yo por ejemplo elegí trabajar con las familias y después con el maltrato, y la Profesora me animó a escribir sobre mi experiencia siendo así que he publicado mis libros.

La disciplina rigurosa también la aprendí en la necesidad del trabajo en equipo: ella solía decir que en su larga práctica nunca había recibido a una familia a solas, y yo hice (y hasta ahora hago) lo mismo.

Además he aprendido a escribir el verbal de cada sesión como siempre lo hizo ella, y a discutirlo en la puntual reunión de media hora antes de la sesión siguiente. Aunque ahora yo siempre escribo (habitualmente el domingo) todas las sesiones individuales de la semana (las familiares las escriben los colaboradores gracias a la grabación) sin tomar notas durante la entrevista para estar más presente con el paciente.

En el diálogo ella menciona los “métodos apropiados de conducción de la sesión” y para enseñarnos estos métodos no eran en absoluto indulgente, era en cambio muy severa y exigente, porque decía que la familia tenía el derecho de recibir una prestación excelente. Me acuerdo muy bien que durante la sesión mi percepción corporal no estaba concentrada en el tórax o en el vientre, que estaban dirigidos hacia los pacientes, si no más bien en la espalda, en la cual percibía la mirada aguda y juzgadora de la Profesora detrás del espejo. Ella no solo nos proponía las líneas para conducir la entrevista y los objetivos de la misma, sino también las palabras específicas que teníamos que utilizar.

Me permito contar una anécdota divertida. Un día yo era el terapeuta directo, y entonces a solas en la sala, con una familia de una chica anoréxica, que pertenecía a la buena burguesía de Milán: madre muy elegante y refinada, con sus perlas al cuello, tres hijas silenciosas y serias, y un padre que me parecía muy severo y distante, y que no intervenía en estas “cosas de mujeres”. La Selvini me llamó para una pausa, como pasaba habitualmente, y me explico que tenía que empujar al señor a implicarse más en la dinámica familiar, y por eso me ordenó regresar a la sala, dirigirme a él y decirle: “Usted tiene que poner los cojones en la mesa, si quiere ayudar a su hija”. Pero yo no me atrevía en absoluto a dirigir palabras tan vulgares a un señor frente al cual sentía algo de temor y proponía otras expresiones con el mismo sentido, pero menos contundentes. Nada que hacer: para ser desafiante y por lo tanto eficaz, “cojones” tenía que decir y “cojones” al final me resolví a decir (estaba muy clara la tácita alusión que si no lo hubiera hecho esto iba a significar que a quien le faltaban dichos órganos era a mí).

El otro concepto de la entrevista sobre el cual quiero hacer hincapié es la crítica del psicoanálisis, cuando afirma “que hay que inducir las familias “a hacer” antes que “a entender”, porque el *insight* en sí, no sirve de nada, en todo caso puede ser útil *después* de una experiencia reveladora”. Esa raíz conductual de la terapia familiar hoy en día casi se ha perdido, rituales y prescripciones de conducta se han vuelto muy raras (justamente Canevaro creó el muy famoso ejercicio de la mochila que propone hacer algo mucho más poderoso que un montón de palabras). Quedan solo, a nivel fáctico, las convocatorias: en esta época en la cual todos hemos abandonado protocolos rígidos (al

principio, convocar siempre todos los familiares que convivían, en una serie fija de diez sesiones, después la división en subsistemas, padres y fratria, como en la prescripción invariable creada por Palazzoli Selvini y Prata). La flexibilidad nos impone decidir cada vez a quién citar a la sesión siguiente. De una forma implícita y por eso más potente, ese mensaje transmite la territorialidad del problema, es decir quién tiene que ver con él, y al mismo tiempo indica dónde podemos encontrar recursos para solucionarlo. Para concluir, es preciso subrayar dos ideas en la entrevista que me parecen superadas: la primera es que “el psicoanálisis estudia la relación diádica, mientras que el modelo sistémico empieza, como mínimo, en la tríada”. Esta posición es responsable del retraso con el cual nuestro grupo integró en su forma de pensamiento la fundamental aportación de los estudios sobre el apego, percibido precisamente como diádico y por lo tanto equivocado.

La segunda es la comparación entre la familia y la calculadora electrónica. El origen del paradigma sistémico en la cibernética, tan revolucionaria, ha tenido la desventaja de olvidar las vivencias y las emociones, para solo concentrarnos en los mensajes entre los miembros del sistema. Hoy en día no solo los sentimientos de los pacientes tienen derecho a ser cuidadosamente tomados en cuenta, sino también las vivencias contratransferenciales del mismo terapeuta, que pueden ser preciosos indicadores del funcionamiento de su paciente.

Me parece que Mara podría estar contenta al ver que el cuerpo de su modelo todavía queda bien vivo y es entonces capaz de evolucionar, y no rígido e inmóvil como algo muerto y petrificado.

Diálogos: Dra. Mara Selvini Palazzoli Entrevistador: Dr. Alfredo Canevaro²

C.- Doctora Selvini, quisiera saber cómo llegó usted a la terapia familiar.

SP.- Es una larga historia... Mi vida siempre se caracterizó por cambios imprevistos de ruta. Después de recibirme de médica en la facultad de Milán, no tenía ninguna intención de dedicarme a la psiquiatría. Estaba ya terminando la especialización en Medicina Interna en la Clínica Universitaria de Milán, cuando encontré los primeros casos de paciente anoréxicos. Estos eran internados en las secciones de Medicina Interna con diagnósticos de insuficiencia hipofisiaria. Pero me di cuenta en seguida a través de sus comportamientos (como mentir, o esconder comida, etc.) que se trataba de fenómenos psíquicos. ¿Por qué no comían? Fue entonces en la esperanza de contestar a esta fascinante pregunta, que decidí ser psiquiatra y psicoanalista. No teniendo mucha confianza en la escuela psicoanalítica de Milán, elegí como maestro al profesor Gaetano Benedetti, de Basilea (Suiza) que es de origen siciliano. Con él hice el *training* psicoanalítico y escribí numerosos artículos y un libro sobre casos de anorexia mental que había tenido en tratamiento. Con el Prof. Benedetti había empezado en el 1950. Mi primer libro *-la anorexia mental-* se publicó en Milán en el año de 1963.

C.- Siempre psicoanálisis individual...

SP.- Sí, individual. Hasta el año de 1967. Pero mi crisis como psicoanalista se había manifestado en los años 1964/1965, cuando empecé a leer los trabajos de la escuela de Palo Alto y también las búsquedas de Lyman Wynne y Thaler Singer que estudiaban minuciosamente los disturbios de la comunicación en las familias con pacientes esquizofrénicos. Me convencían cada vez más de que el psicoanálisis era inadecuado como instrumento terapéutico, y además socialmente privilegiado. Sin embargo, a mi modo de ver, es bueno que se me haya considerado una buena psicoanalista y haber podido demostrar a través de mis escritos, conocer a fondo el psicoanálisis. Es bueno en cuanto los terapeutas de familia son a menudo acusados de ser tales por haber fracasado como psicoanalistas y por no haber estudiado y comprendido lo suficiente el pensamiento psicoanalista.

Otro prejuicio muy difundido es que la terapia familiar es una terapia superficial con respecto a la terapia profunda, que es la psicoanalítica.

Este prejuicio puede ser fácilmente contradicho por nuestros *follow-up*. Yo pude rever muchos casos de pacientes anoréxicos curados en terapia familiar en el curso de pocas sesiones.

Volví a ver ex pacientes a 6/7 años de terminada la terapia familiar. Bien, ellos presentan una evolución psico-social muy superior a la de los pacientes tratados con psicoanálisis individual. Estos últimos mantienen casi siempre una cierta obsesión por el peso, que yo denominé peso mágico, que de ninguna manera debe ser superado, y mantienen además muchas notas neuróticas. Con la terapia familiar, por el contrario, que consiste esencialmente en la ruptura de un juego encarcelador y repetitivo, su desarrollo va en continuo ascenso.

Volviendo a mi historia, fue entonces en 1967 que resolví un nuevo cambio de ruta. Dejé de practicar el psicoanálisis individual para convertirme en terapeuta de familia. Fundé en Milán el centro para el estudio de la familia, y mi primer *équipe*. Pero encontré la grandísima dificultad de la elección del modelo conceptual, desde 1967 hasta 1971 seguimos trabajando con un método en el cual predominaba nuestra formación psicoanalítica. Tuvimos muchos fracasos.

C.- ¿Con las familias?... ¿Quiere decir que usted no pudo aplicar la teoría psicoanalítica a la terapia familiar?

S. P.- Precisamente. Fue un fracaso tras otro, tanto con parejas como con familias. En 1971 dije "Basta. Tenemos que adoptar a teoría general de los sistemas y la cibernética y mantenernos a cualquier precio coherentes con el modelo preelegido". Fue un periodo dramático; en el *équipe* hubo luchas que perturbaban ulteriormente nuestro trabajo con las familias. Finalmente, después de

innumerables frustraciones y sufrimientos por todos nosotros, en 1972 disolví el primero equipo, y formé el equipo actual, con los Dres. Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchín y Giuliana Prata. Nos habíamos unido con la decisión de aplicar rigurosamente el modelo sistémico. Pero fue muy difícil. Es realmente un enorme esfuerzo liberarse de los propios condicionamientos mentales para adquirir el modo de pensar sistémico. En 1972 y 1973 llamamos al Dr. Paul Watzlawick para exponerle las dificultades de nuestro trabajo. Le estamos muy agradecidos porque nos ayudó y nos alentó mucho. En 1973 nos dijo que no lo necesitábamos más y que teníamos que seguir por nuestro camino, continuando la búsqueda de modos originales de intervención. Fue en esa época que empezamos a elegir los “rituales familiares” y las intervenciones sistémicas paradójales. Además del tratamiento de numerosas familias con pacientes anoréxicos, empezamos también el tratamiento con familias con pacientes esquizofrénicos agudos, niños y adolescentes. Establecimos también una disciplina de trabajo muy precisa. Tratábamos a cuatro familias por semana, con un trabajo *part-time*, desde el lunes hasta el miércoles. Durante los otros días de la semana mis colaboradores tenían que trabajar como profesionales, para ganarse el pan cotidiano.

Nuestro centro, en efecto, es y será independiente y privado, para mantenerse libre de cualquier presión de tipo administrativo y político. Esta libertad nos permitió también no poner límites de tiempo a nuestras discusiones o la revisión de *tapes* para la búsqueda de errores. Esto último es un instrumento fundamental para progresar.

Otra contribución original nuestra fue el largo intervalo de tiempo (por lo menos un mes) que hemos decidido interponer entre una sesión y la otra. Este intervalo tiene una base precisa en la teoría sistémica: se necesita un lapso de tiempo bastante largo para que un sistema como la familia pueda elaborar un *input* terapéutico desarrollando cambios observables. Más recientemente, precisamente, después de la publicación del volumen “Paradosso e Controparadosso” (1975), hemos disminuido nuestro esfuerzo de búsqueda centrado en las intervenciones para dedicarnos mayormente a refinar métodos apropiados de conducción de la sesión para obtener de las familias el máximo de informaciones útiles. Tales métodos están inspirados en la nueva epistemología propuesta en las ciencias humanas por Gregory Bateson, que es a mi juicio el mayor maestro en este modo de pensar radicalmente innovador. Hemos publicado los resultados de esta nuestra más reciente búsqueda en un artículo que será publicado en la Revista *Family Process* (Título: *Hypotisation, Circularity, Neutrality; Three Guidelines for the conduction of the sesión*).

C.- ¿Qué puede decirme ahora sobre su pasado de psicoanalista? ¿Cómo lo ve? ¿Lo considera útil, inútil o dañino?

S.P.- Considero que fue útil, porque me acostumbró a no tenerle miedo a los pacientes a estar siempre muy atenta a lo que está sucediendo en la relación conmigo, a conocer bien mis contradicciones, a relacionar siempre cuánto sucede en la sesión con relación a la sesión anterior, a buscar siempre mis errores en lugar de culpar del fracaso a la resistencia de las familias.

Mas es también cierto que el modo de pensar psicoanalítico volvió muy difícil la adquisición y la aplicación del método sistémico. La tentación de interpretar, de ser de algún modo didácticos, es siempre fuerte. Pero estoy cada vez más convencida que hay que inducir las familias “a hacer” antes que “a entender”. El *insight*, en sí, no sirve de nada, en todo caso puede ser útil *después* de una experiencia reveladora.

Entre el modelo psicoanalítico y el sistémico hay un enorme salto conceptual. No puedo ahora prolongarme. Más para mí la diferencia fundamental es la siguiente: el psicoanálisis estudia la relación en la díada, mientras que el modelo sistémico, empieza como mínimo en la tríada. Estudia la complejidad de una organización relacional que involucra *simultáneamente* varias personas. En esta organización relación cada comunicación, aunque aparentemente intercambiada, entre dos interlocutores, involucra significados diversos para todos los miembros de un grupo natural, en nuestro caso la familia, y es una comunicación directa del juego familiar.

C.- ¿Qué piensa usted de la reciente expansión de la terapia familiar, del movimiento europeo de la terapia familiar?

S.P.- El movimiento de la terapia familiar nació en los Estados Unidos en los años 50. En Europa en ese entonces no existía prácticamente nada. En USA, hubo grandes pioneros, Ackerman por ejemplo. Pero Ackerman era un terapeuta carismático que sin embargo no tenía una base conceptual precisa. Para mí el principio de una conceptualización original y precisa, nació en Palo Alto, con el equipo dirigido por Gregory Bateson. La gran idea de Bateson surgió de su interés por la cibernética en su encuentro con Wiener. ¿Y cuál fue esta idea compartida también por sus valiosísimos colaboradores, desde Jay Haley a Don Jackson? En palabras simples, fue lo siguiente: una familia disfuncional, es una familia que puede ser parangonada a una calculadora electrónica rígidamente programada que repite y repite mecánicamente el mismo procedimiento. Si un terapeuta consigue entender cuál es el problema que vuelve disfuncional a esa familia o consiguiera encontrar el modo de cambiarlo, la familia inevitablemente cambiará, saliendo de los cepos que la ataban al juego repetitivo, pudiendo así evolucionar.

C.- ¿Tenemos todavía un par de minutos? ¿Qué piensa usted del movimiento actual de la terapia familiar?

S.P.- Pienso, que en sí, es el signo de una gran transformación, de un progreso cultural y social. Pero al mismo tiempo también veo un serio peligro paradójicamente ligado a su misma expansión. En peligro de que se convierta en una moda que atrae profesionales sin curiosidad científica, sin un auténtico espíritu de investigación, en la ilusión de que sea algo fácil, más rápido y fácil que convertirse en psicoanalistas. Sin embargo, es difícil, extremadamente difícil. Son años y años de duro aprendizaje y experiencia, relacionados siempre con el trabajo de investigación y de control riguroso de los casos tratados. Si se considera la terapia familiar como algo ya listo, terminado, de lo cual se debe solamente aprender la aplicación, se arriesga a llegar al descrédito completo.

C.- ¿Qué se podría hacer para impedirlo?

S.P.- Cada uno de nosotros es ciertamente impotente frente a los grandes fenómenos sistémicos. No se trata solamente de moda, sino también de frustración terapéutica, y de problemas económicos.

En lo que a mí se refiere, modestamente, pienso que el único medio que tengo es aquel de continuar investigando, inventando nuevos instrumentos para mejorar nuestro trabajo, no perdiendo ocasión de subrayar la extrema complejidad del tema y también los frecuentes errores que cometemos.

Quiero concluir con una anécdota. Mis compañeros de equipo que desde hace tres años se ocupan del *training*, me dijeron un día: “se nos presentan numerosos candidatos que tienen enormes dificultades para pensar de una manera sistémica... Y no entienden que esto no es un taller para las reparaciones de una familia, sino una escuela que encara un nuevo modo de pensar ¿Qué te parece si inauguráramos un curso para descorazonar el aprendizaje de la profesión de terapeuta de familia? ...

C.- Dra. Le agradezco mucho, ha sido usted muy amable.

S.P.- Yo le agradezco a usted, esta empática entrevista.

Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales

Diciembre de 2018
www.redesdigital.com.mx

38

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.

