

32

redes

Revista de
Psicoterapia
Relacional e
Intervenciones
Sociales

Diciembre de 2015

www.redesdigital.com

Karla A. Contreras Tinoco

Aportes de la comprensión simbólico-material de los significados para las terapias familiares críticas, feministas y decoloniales en Latinoaméricaa

Esteban Laso Ortiz

Los rituales terapéuticos familiares: una propuesta teórica en clave emocional

Itxaso T. Figeras Uranga

Cambios en la mitología de la pareja que ha vivido una pérdida perinatal
Perspectiva de la madre

Martha Gabriela Villalobos de la Mora

Las narrativas de jóvenes usuarios de drogas sobre el vínculo entre su conducta sexual y los riesgos para VIH

Inés Prades Causera y María Romero Peris

Tras las huellas *borderline*: rastreando el apego de personas con trastorno límite de personalidad

Regina Soto Ferraris

Factores que intervienen en la elección de pareja de jóvenes mexicanos

Octavio César Carrillo Flores

Trastorno límite de personalidad: un informe de caso desde la visión sistémica con el enfoque de la nutrición relacional

Silvia Erice

La utilización de las metáforas en la formación de terapeutas de acuerdo con el modelo de Edith Tilmans-Ostyn

Ricardo Ramos Gutiérrez, Laila Aljende y Celia García Vázquez

La coordinación narrativa: expandiendo el trabajo con la familia por la familia



Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales es una publicación semestral editada por el “Instituto Tzapopan Investigación, Consultoría y Formación en Ciencias Sociales y de la Salud A. C.”
Morelos #291, Zapopan Centro
Jalisco, México, C.P. 45100
<http://www.tzapopan.com>

Editor Responsable: Esteban Laso Ortiz.
ISSN 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)

Piergiorgio 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. 32, Diciembre 2015

SUMARIO

EDITORIAL	7
PRESENTACIÓN	9
A. TEORÍA	
Aportes de la comprensión simbólico-material de los significados para las terapias familiares críticas, feministas y decoloniales en Latinoamérica	
Karla A. Contreras Tinoco	11
Los rituales terapéuticos familiares: una propuesta teórica en clave emocional	
Esteban Laso Ortiz	21
B. INVESTIGACIÓN	
Cambios en la mitología de la pareja que ha vivido una pérdida perinatal	
Perspectiva de la madre	
Itxaso T. Figeras Uranga	35
Las narrativas de jóvenes usuarios de drogas sobre el vínculo entre su conducta sexual y los riesgos para VIH	
Martha Gabriela Villalobos de la Mora	49

Tras las huellas borderline: rastreando el apego de personas con trastorno límite de personalidad	
Inés Prades Causera y María Romero Peris	59
Factores que intervienen en la elección de pareja de jóvenes mexicanos	
Regina Soto Ferraris	71
C. INTERVENCIÓN	
Trastorno límite de personalidad: un informe de caso desde la visión sistémica con el enfoque de la nutrición relacional	
Octavio César Carrillo Flores	85
La utilización de las metáforas en la formación de terapeutas de acuerdo con el modelo de Edith Tilmans-Ostyn	
Silvia Erice	95
D. ARTÍCULO INVITADO	
La coordinación narrativa: expandiendo el trabajo con la familia por la familia	
Ricardo Ramos Gutiérrez, Laila Aljende y Celia García Vázquez	105
RESEÑA	
Alicia Moreno Fernández (ed.). Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención	
Estefanía Martínez C.	117

Editorial

Veinte años (de **REDES**) no es nada y, al mismo tiempo, es mucho. Modestamente, sin aspavientos, de forma coherente con nuestro estilo, hemos venido presentando un panorama bastante representativo de la terapia familiar sistémica, de “nuestra” terapia familiar sistémica.

A lo largo de los 31 números publicados han visto la luz artículos de algunos de los nombres más ilustres del modelo, pero también de jóvenes principiantes que, sin ser internacionalmente conocidos ni presentar siquiera sus propuestas de forma convencional, tenían cosas interesantes que decir. Ahora no hay la menor duda de que se ha cumplido una etapa. Al convertirse en órgano de expresión de *Relates*, **REDES** ha debido asumir compromisos de una mayor dimensión, sobre todo en lo que se refiere a su distribución transatlántica. Ello ha acabado generando una dinámica adaptativa cuyo resultado es la reconversión a on-line que empieza con este número 32.

El principal desafío para esta nueva etapa que iniciamos con tanta ilusión es mantener el equilibrio entre calidad y apertura. La legítima pretensión de generar un impacto internacionalmente reconocido en nuestro campo, deberá ser compatible con la aceptación de las más diversas sensibilidades presentes en el territorio sistémico. Estar atentos a lo novedoso sin adorar el becerro de oro de las modas frívolas. Si lo conseguimos (¡que lo conseguiremos!) habrá valido la pena el esfuerzo invertido hasta llegar aquí, así como el que, sin duda alguna, está por invertir.

JUAN LUIS LINARES

**PRESIDENTE HONORARIO DE LA RED EUROPEA Y ESPAÑOLA DE ESCUELAS DE
TERAPIA FAMILIAR (RELATES)
FUNDADOR DE LA REVISTA REDES**

Los tiempos cambian. Es un tópico de toda época, que adquiere más sentido cuando la historia se acelera, y los cambios se hacen más rápidos. El mundo se globaliza a marchas forzadas, basándose en buena manera en la inmediatez de las redes digitales, que no sólo facilitan la comunicación, sino que la abaratan enormemente.

Relates es un buen ejemplo de ello. Una red que abarca medio mundo, con 33 miembros europeos y americanos, en continuo crecimiento (probablemente llegaremos a 40 escuelas en las próximas jornadas), con una gran proyección como vínculo de unión entre las asociaciones de Terapia Familiar, que se encuentra anualmente en sus Jornadas, y que se comunica por medios digitales, y a través de una revista científica: *REDES*, Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales, que ha distribuido ya su número 31 en su formato tradicional.

REDES también cambia. Y lo hace adaptándose a los tiempos y necesidades actuales. Distribuir una revista impresa entre tantos suscriptores de 12 países es muy caro. Hacerlo digitalmente, es mucho más barato. Los nostálgicos de la letra impresa echaremos de menos el librito que recibíamos dos veces por año, las nuevas generaciones lo vivirán como algo natural, y todos saldremos ganando en inmediatez en la distribución, facilidad de almacenamiento, y abaratamiento de costes.

Pero lo que no va a cambiar es la calidad de la revista, que continuará publicando lo mejor de la investigación, la clínica y la reflexión de la Terapia Familiar en español – por ahora, poco a poco habrá que incorporar otras lenguas latinas que forman parte de nuestra red – y que afronta este nuevo desafío. También el de la indexación en alguno de las clasificaciones internacionales: objetivo sin duda de gran interés, que debe conseguirse sin menoscabo de una de sus principales funciones: ser el

portavoz y órgano de expresión de nuestra Red Europea y Latinoamericana de escuelas sistémicas, *Relates*.

Damos la bienvenida a los nuevos editores de la revista digital, nuestros compañeros del Instituto Tzapopan de Guadalajara (México), que de manera entusiasta, y capitaneados por Raúl Medina, toman el relevo de las escuelas patrocinadoras de la Red. Les deseamos mucho éxito en esta renovada singladura, pidiendo a todos los lectores y suscriptores de la revista el mismo apoyo y colaboración que han mostrado a redes durante los primeros 31 números. Entre todos conseguiremos hacer de REDES DIGITAL la revista de referencia en la Terapia Familiar Sistémica europea y latinoamericana

ROBERTO PEREIRA TERCERO
PRESIDENTE DE LA RED EUROPEA Y ESPAÑOLA DE ESCUELAS DE TERAPIA
FAMILIAR (RELATES)
FUNDADOR DE LA REVISTA REDES

Presentación

A lo largo de sus 19 años de existencia, la **Revista REDES** se ha consagrado como la más prestigiosa publicación periódica de habla hispana en los ámbitos de la terapia familiar, el pensamiento relacional, la intervención en redes y las propuestas relacionales y narrativas. Por sus páginas han desfilado autores de referencia de la disciplina y otros menos conocidos pero con aportes igual de interesantes y valiosos. Asimismo, ha cumplido a cabalidad su objetivo: convertirse en el órgano de difusión y diálogo científicos de la Red Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas (RELATES), acercando a las casi cuarenta Escuelas integrantes en doce países el contenido más selecto y actual en sus respectivas disciplinas. En esta tarea, colmada de logros, merece especial reconocimiento Javier Ortega Allué, cuya labor tras bambalinas ha sido clave.

Como lo han señalado ya nuestros Directores-Fundadores, Juan Luis Linares y Roberto Pereira Tercero, en su Editorial, el número que aquí nos ocupa inaugura una nueva época en la trayectoria de la revista: el paso del formato impreso al digital y su renacimiento como revista científica de libre acceso, disponible para su consulta gratuitamente desde cualquier país del mundo.

Como no puede ser de otra manera, esta nueva época trae consigo nuevos y mayores desafíos; ante todo, el progresivo ingreso a los índices de publicaciones académicas y la concomitante implantación de procesos claros, transparentes y permanentes de recepción de originales, arbitraje a ciegas, dictamen y publicación, facilitados en este caso por la plataforma virtual de la Revista.

REDES, mantendrá su espíritu de apertura para recibir colaboraciones de diversa naturaleza, organizadas en cinco secciones: artículos teóricos, trabajos de investigación, propuestas o modelos de intervención en contextos clínicos, organizaciones, comunidades o redes; artículos por invitación y reseñas de libros, revistas o publicaciones académicas recientes.

Nos place anunciar también la creación de un Archivo Digital de la Revista, disponible en su totalidad próximamente en la página web, gracias al cual el lector podrá acceder a todos los artículos publicados en la época impresa (es decir, del número 1 al 31).

En cuanto a este número 32, primero en formato digital, las temáticas y los abordajes son variados y polifacéticos. En la sección de artículo teórico se incluyen dos sugerentes trabajos que abordan temáticas cuya nota común es enriquecer con una visión crítica e innovadora el campo de la terapia. Karla A. Contreras, en “Aportes de la comprensión simbólico-material de los significados para las terapias familiares críticas, feministas y decoloniales en Latinoamérica”, destaca la relevancia de los significados socioculturales para atender el compromiso ético y político de las psicoterapias familiares críticas. En su análisis plantea la necesidad de situar al lenguaje, asociado a funciones de construcción, producción o performance de realidad social, como una herramienta desde la cual el terapeuta está en posibilidades de transformar sus narrativas y producir cambios.

Por su parte Esteban Laso escribe un trabajo titulado “Los rituales terapéuticos familiares: una propuesta teórica en clave emocional” en el que recupera la tradición teórica del concepto de rituales terapéuticos con el propósito de construir una definición que supere los problemas del uso actual en la disciplina y que permita centrar su utilidad para transformar o sostener las emociones de los pacientes.

En la sección de investigación, Itxaso Figeras Uranga describe y analiza los resultados del estudio sobre “Cambios en la mitología de la pareja que ha vivido una pérdida perinatal. Perspectiva de la madre”, estudio de corte cualitativo, realizado mediante entrevistas, que muestra que un evento como este produce cambios importantes en las parejas, en especial en la mitología que se encuentra en la base de las relaciones. Estos cambios afectan el futuro de la pareja y requieren de abordajes terapéuticos adecuados que consideren los rasgos particulares del duelo que viven estas parejas.

Martha Villalobos ofrece una exploración de las conductas de riesgo para VIH de jóvenes usuarios

de drogas y las narrativas que las sustentan. Para acometer su trabajo, la autora realiza un estudio cualitativo mediante grupos focales con jóvenes usuarios de drogas que estaban en tratamiento. Los resultados muestran que las conductas sexuales sin protección están sustentadas en discursos de reconocimiento y valoración de los amigos que legitiman la autonomía, libertad y autodestrucción conectadas íntimamente a la historia y dinámica familiar del joven y no necesariamente vinculadas con el consumo de drogas como suele suponerse.

“Tras las huellas borderline: rastreando el apego de personas con trastorno límite de personalidad”, de Inés Prades y María Romero, tiene el propósito de explorar los tipos de apego en adultos con diagnóstico de TLP, en especial los estilos ambivalentes y desorganizados, y su relación con ciertas características sintomáticas. Se trata de un estudio de enfoque mixto en el que se analiza cuantitativamente la relación entre las variables puestas en observación por las autoras. Asimismo, se analiza la relación entre el apego y las narrativas de la infancia de las personas con trastorno límite de personalidad.

Regina Soto, en su artículo dedicado al estudio de los factores que intervienen en la elección de pareja en jóvenes mexicanos explora, en los relatos de nueve parejas mexicanas, los criterios que siguieron para elegir a la pareja con la que establecieron su contrato matrimonial. Los resultados obtenidos mostraron que entre los criterios que definen en mayor medida su elección de pareja se encuentran las presiones y los mitos sociales y que no existen diferencias importantes entre los criterios considerados por mujeres y hombres. Esto confirma la fuerte preexistencia de pautas tradicionales que mantienen su hegemonía en el tema de la elección de pareja.

En la sección de intervención, Octavio Cesar Carrillo presenta el informe de un caso de Trastorno Límite de la Personalidad, abordado desde la visión sistémica con el enfoque de la nutrición relacional, en el que el autor destaca la importancia de considerar los factores individuales (personalidad), familiares, relacionales, de pareja y sociales desde la perspectiva de la nutrición relacional propuesta por Juan Luis Linares, armonizada con un estilo terapéutico propio: el contemplativo-evolutivo.

A su vez, Silvia Erice se propone exponer y reflexionar sobre el modelo de formación de terapeutas de Edith Tilmans-Ostyn basado en la utilización de las metáforas. Este modelo destaca la utilidad de las metáforas en la formación y el reconocimiento en el papel de terapeutas para que logren una comprensión de lo que facilita o frena el proceso de cambio en sus pacientes.

En la sección de artículo invitado nos complace contar con la excelente colaboración de Ricardo Ramos, Laila Aljende y Celia García Vázquez quienes proponen un modelo de intervención para la atención de familias multiproblemáticas, con base en un modelo narrativo-temático que se titula “La coordinación narrativa: expandiendo el trabajo con la familia por la familia. Los autores plantean que “el ámbito de trabajo del terapeuta no es la familia, sino el sistema determinado por el problema sobre el que trabaja a través de la familia” y eso supone una intervención que se sitúa en el nivel del “trabajo desde la red”. Es una propuesta novedosa que involucra la red de profesionales e instituciones que trabajan con familias con múltiples problemas y en exclusión.

Finalmente, en este número 32, se incluye una reseña del libro de Alicia Moreno, en la que Estefanía Martínez nos hace una atractiva invitación para volcarse de lleno en las páginas del *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención*; en sus palabras, un recurso que vino a satisfacer una necesidad de referencia para adentrarse en el enfoque sistémico en psicoterapia.

No queremos cerrar esta Presentación sin extender nuestra invitación a los futuros autores, a enviar sus originales; a los lectores, a aprovechar los artículos de este nuevo número; y a terapeutas, interventores, teóricos y público interesado, a seguir acompañándonos en esta nueva y ambiciosa época de la revista REDES Digital.

ESTEBAN LASO ORTIZ
EDUARDO HERNÁNDEZ GONZÁLEZ
DIRECTORES EDITORIALES

Aportes de la comprensión simbólico-material de los significados para las terapias familiares críticas, feministas y decoloniales en Latinoamérica

Contributions of material-symbolic meanings compression to family therapy criticism, feminist and decolonial in Latin America

Karla Alejandra Contreras Tinoco¹

¹Universidad Católica del Norte, Chile. Correo electrónico: ctk_a_28@hotmail.com

Historia editorial

Recibido: 10-03-2015

Primera revisión: 24-03-2015

Aceptado: 29-03-2015

Palabras clave

significados simbólico-materials, terapia crítica, feminismo decolonial

Resumen

En este trabajo busco analizar los aportes que la comprensión simbólico-material de los significados socioculturales hace a las terapias familiares críticas, decoloniales y feministas en América Latina. Para alcanzar este objetivo, establezco algunas reflexiones en torno a las responsabilidades ético-políticas de la psicoterapia; propongo que ésta es un oficio, que le implica al psicoterapeuta incorporar herramientas pertinentes a las realidades en las que se inscriben las familias. Aunque una de las herramientas fundamentales en este entramado es el lenguaje, en ciencias sociales y en psicoterapia no todos interpretamos de la misma manera los componentes y las funciones de éste. Por ello, expongo las funciones constructoras, performativas o productoras que desde diversos paradigmas se le han adjudicado al mismo. Aparte describo brevemente sus componentes -significante y significado-. Finalmente, delimito la relevancia de los significados socioculturales en las psicoterapias familiares críticas situadas en Latinoamérica, para esto expongo las contribuciones de los trabajos feministas y decoloniales.

Abstract

In this paper I expose a material-symbolic perspective of cultural meaning and review its contributions to critical, feminist and decolonial family therapy in Latin America. Firstly, I discuss the ethical and political dimensions of therapy; I also suggest that therapy is a craft that entails the use of tools relevant to the families' realities on part of the therapist. Although language is a fundamental tool, social and psychological sciences do not interpret its components and functions in the same manner. Thus, I present the constructive, performative or productive functions that different approaches have given to language. Furthermore, I briefly describe its components -signifier and signified-. Finally, I present the contributions of the feminist and decolonial works in order to establish the relevance of the sociocultural signified in Latin American critical therapies.

Keywords

materials-symbolic meanings, therapy criticism, decolonial-feminism

EL OFICIO TERAPÉUTICO: UN EJERCICIO DE INTERPRETACIÓN LINGÜÍSTICA INMERSO EN UN COMPROMISO ÉTICO-POLÍTICO.

En el año de 1975, Bourdieu señaló la relevancia ética y política de concebir la labor del sociólogo, el antropólogo y el psicólogo social como oficios. De igual forma que Bourdieu (2002) concibo que pensar la investigación, la terapia y la ciencia como oficios nos posibilita visibilizar el carácter crítico y político que estas labores implican. A la vez que nos obliga a desarrollar habilidades, adquirir herramientas, hacer observaciones y usar instrumentos no convencionales para comprender la realidad social y la vida cotidiana de las personas que buscan soporte terapéutico. Además, nos sujeta a reconocer la posibilidad de falencia en los diagnósticos científicos y las metáforas que nos guían en el momento de interpretar una problemática. Con lo anterior, me parece, queda cimentada la relevancia del reconocimiento y validación de los aportes que desde sus creencias, valores, normativas, mitos y conocimientos cotidianos el otro -participante, paciente o habitante de comunidad- nos puede otorgar.

En esta lógica, concuerdo con Ibañez (2014) en que teóricos como Michael Foucault han contribuido a cuestionar las historias oficializadas sobre la realidad social y las hegemónicas maneras de intervenir sobre ésta, trastocándose así la normalidad y las formas sociales, mentales y jurídicas. Todo esto ha enriquecido las interpretaciones contemporáneas de los fenómenos y problemáticas permitiéndonos concebir las narrativas dominantes como procesos validados históricamente (Pastor, 2009). Sin duda, el principal aporte de Foucault al conocimiento versa en legarnos una caja de herramientas teóricas y metodológicas para dudar de los oficialismos y de las formas lineales y absolutas de interpretar los problemas (Ibañez, 2014).

Ahora bien, el caso de la psicología clínica y de las intervenciones terapéuticas, me parece que tampoco está exento de esta obligatoriedad de considerar la labor terapéutica como un oficio. Es fundamental pensar que hay múltiples herramientas que nos permitirán desarrollar de mejor manera este oficio, concebir el problema con mayor complejidad y globalidad (Espinal, Gimeno y González, 2003; Frías-Armenta, Eréndida y Díaz-Méndez, 2003), y nos posibilitarán para comprender los fundamentos socioculturales arraigados que están naturalizando, cristalizando o imposibilitando el cambio en los individuos, familias o comunidades (Medina, 2014).

En esta lógica, el terapeuta tendrá entonces que buscar esos recursos y herramientas que le lleven a encontrar soluciones poco habituales, que incorporen análisis amplios sobre los procesos socio-histórico-económico-materiales en los que se gestan los síntomas y malestares individuales (Parker, 1996, 2010).

Concuerdo con Berger y Luckman (2000) en que una de las herramientas fundamentales es el lenguaje. Más aún, considero que la labor terapéutica está fundamentada en éste, puesto que recordemos que la terapia opera por medio de la confesión (Foucault, 1991), es decir, en el decirse de sí mismo que realiza el cliente/paciente/consultante ante un otro legitimado social y científicamente como experto en la comprensión y “normalización de la mente”.

El interés por el lenguaje en la psicoterapia ha quedado evidenciado en las terapias narrativas que proponen conocer y potenciar los discursos alternos, esas narrativas no saturadas sobre el sí mismo y el síntoma (White y Epston, 1993). Así como en el trabajo de otros psicoterapeutas (Andersen, 1994; Boscolo y Bertrando, 1999) que han visto en los significados elementos fundamentales para lograr intervenciones efectivas.

Con todo lo expuesto, me parece que se ejemplifica el lugar central del lenguaje en el oficio terapéutico, así como la imposibilidad de hacer lecturas lineales y carentes de reflexión sobre el contexto socio-histórico donde se inscriben las problemáticas de las familias que acuden a las intervenciones.

En este apartado expongo cómo el lenguaje se asocia a funciones de construcción, producción o performance de realidad social según el paradigma epistemológico desde el que se retoma.

En estos momentos dentro de las ciencias sociales y de las ciencias terapéuticas el lugar privilegiado del lenguaje como productor de historias, como sembrador de realidades, como constructor de normativas y formador de cambios es innegable. Esto ocurrió al debilitarse el paradigma positivista y demostrarse que el conocimiento no es objetivo o aprehensible del todo. Los precursores de este giro discursivo son múltiples pensadores sociales (Berger y Luckman, 2000; Gergen, 1989; Bourdieu, 2000; Wittgenstein, 1988; Austin, 1962).

Por ejemplo, con Wittgenstein el lenguaje es pensado como: 1) un conjunto de cosas con las que se puede construir algo, por ejemplo una realidad invadida de problemas; 2) una multisitucionalidad dotada de referencias y sentido; 3) lo inscrito en juegos de relación, interacción y dicción. De manera similar, en el socioconstruccionismo el lenguaje es visto como piezas que construyen algo, que se sostienen y mantienen en las interacciones (Gergen, 2005). Cabe señalar que desde esta postura la realidad de la vida cotidiana no es objetivada sino que el lenguaje la ha construido por medio de socializaciones e institucionalizaciones (Berger y Luckman, 2000).

Desde Austin, la distancia entre el lenguaje y lo real, los actos, los comportamientos, la materialidad es prácticamente inexistente, se empieza a visibilizar que el lenguaje opera performando eventos, circunstancias, realidades. Desde esta perspectiva, la terapia más que narrativa sería performativa, puesto que cuando el otro nos relata discursivamente su historia hace una reiteración representativa de su síntoma, de sus circunstancias o de la realidad misma en la que está inscrito, performance que debe ser desarticulada y sustituida por nuevos discursos.

Por lo anterior, el mito y la razón no son opuestos, ambos están posibilitados para organizar saberes, tienen el mismo lugar ontológico, y permiten comprender la interpretación que hacen los otros de un evento, de una situación, de una condición (Pérez, 2007). Desde posestructuralistas como Michael Foucault (2000) el lenguaje se inscribe en los cuerpos, en las instituciones, las leyes, las disciplinas y produce tensiones, luchas por el poder, por la configuración de lo real.

A pesar de las divergencias políticas o paradigmáticas de estos autores, hay una constante, el lenguaje es concebido como un poder constructor de realidad, que está compuesto por un carácter simbólico-material y que es estructurador de la vida cotidiana (Fernández, Villanueva, 2003). En ese sentido, se comienza a pensar como fundamental indagar cómo vive la gente en lo cotidiano, en el diario vivir, cuáles son los valores, normativas, instituciones y creencias que priman en los sitios donde se desarrollan habitualmente, no desde teorizaciones o explicaciones universales, ajenas o europeas de los hechos (Pérez, 2007).

En síntesis, si bien en las ciencias sociales -entre ellas la psicología- se reconoce el papel del lenguaje en la configuración de la realidad social. Hay distinciones paradigmáticas que implican que cuando hablemos de éste le adjudiquemos un lugar determinado. Desde el construccionismo social el lenguaje es concebido como constructor de realidad. En posiciones más críticas éste es productor simbólico-material de la subjetividad. En las corrientes más posmodernas es pensado como performador de fenómenos, identidades o subjetividades.

LOS COMPONENTES DEL LENGUAJE

Cuando hablamos de lenguaje tenemos que tener en cuenta que éste está compuesto por un significante y por un significado. De acuerdo a Saussure (1945 citado en Batjín, 1985) el significado sería eso que no busca representar la realidad, sino que es contenedor del sentido, de la interpretación, de la dimensión conativa, valórica, social del significante. La significación tiene un componente ideológico, forma parte de las estructuras que generan la realidad, permite centrarnos y buscar las relaciones materiales y simbólicas entre el texto y las condiciones del contexto (las interacciones, los elementos sociales, etc.).

Para Van Dijk (1996) el significante será esa palabra universal que está vinculada con los fonemas, la lingüística y los universalismos. Por el contrario, el significado tendrá un sentido atribuido de las cosas que forman parte de tipificaciones y que constituyen una realidad intersubjetiva. Así se determinarán las pautas de interacción, los hábitos, las relaciones que se encarnaran en los cuerpos, y en diversos espacios de interacción más. La significación, según Van Dijk (1996), es un caso de objetivación que parte de signos accesibles objetivamente que se preservan, reproducen y transmiten en el tiempo y le dan un sentido real a la realidad social.

Por lo anterior, el lenguaje establece un sentido común de realidad, que dota la cotidianidad de un significado, de un enclave que determina los modos de experiencia, que me permite representar el mundo, aprehender al otro, darle una forma que se adscribe a pre-figuraciones sociales categorizantes. Así me percato de otro que es blanco/negro/moreno, europeo/latino/asiático, mujer/hombre, etc. (Van Dijk, 1996).

En vista de lo expuesto, me parece pertinente señalar que si bien ha habido una proliferación de trabajos e intervenciones socio-clínicas desde las que se reivindica y releva la interpretación y el rescate de los significados desde la comunidad, la familia y la persona, en ocasiones estas intervenciones operan irreflexivamente desde de cooptaciones ideológicas y representacionistas de la noción imperante de ciencia –positivista, categorizante, normalizante-, por lo que en ocasiones no se repara en el carácter particular y situado contextual e históricamente de los significados, y parten desde posturas ajenas a la realidad latinoamericana. A parte que, en muchas ocasiones, estas intervenciones no están sustentadas en una matriz reflexiva sobre las implicancias socio/críticas que desde distintos paradigmas están inmersas en los significados.

LOS SIGNIFICADOS

Pese a la proliferación de trabajos sobre y con base en significados, me parece importante destacar que, de igual manera que muchos otros conceptos usados en ciencias sociales, *los significados* no tienen una definición única, sino que responden a distintas líneas y tradiciones teóricas. Por ello, a lo largo de las siguientes líneas presento una exposición de los que considero los más relevantes abordajes y usos de éstos.

En primera instancia, los significados desde Mead (1934 citado en Villanueva, 2003) estarían en lo simbólico. Para comprender estos significados son necesarias dos cosas: 1) Interpretar las metáforas ocultas; 2) observar la interacción social y analizar los códigos, formas e inscripciones que están en las relaciones. En esta línea de pensamiento pareciera que se reconoce la importancia de las estructuras objetivas, sin embargo se prima la subjetividad y las dimensiones relacionales. En esta línea paradigmática me parece que existen dimensiones de materialidad, contexto y corporalidad que no son consideradas con relevancia necesaria.

Por su parte, la fenomenología releva la conciencia del actor y sus significados para interpretar acciones propias y las de los otros (Pujol, Montenegro y Balasch, 2003). Consecuente con lo anterior, Schutz (citado en Colun, 1987) dice que en los significados están contenidos aspectos simbólicos y preconstruidos por la sociedad que penetran en el individuo. Estos elementos provienen de la vida cotidiana y deben ser desentrañados mediante el lenguaje y la observación directa de las interacciones. Según el autor, lo primero permite posicionarse ante un evento y reconstruir la realidad, mientras que, lo segundo posibilita que dicho evento adquiera sentido por los miembros de un contexto determinado y con interacciones significativas. Sin embargo, pienso que esta propuesta vuelve a colocar al sujeto en dimensiones monistas de conocimiento, donde se privilegia la dimensión subjetiva, debido a que de cierta forma se desdeña la comprensión de condiciones como sexo, nivel educativo, edad, clase, raza, nacionalidad y dimensiones de poder implicadas en el tema.

En otra vertiente, Colun (1987) sugiere desde la etnometodología que los significados deben ser estudiados a través del contexto en que se producen. Sin embargo, esta postura prima lo objetivo y de contexto, y no releva las dimensiones de construcción subjetiva y biográfica que el sujeto es capaz de elaborar a partir de ese contexto.

A través de la psicología discursiva se piensa a los significados como algo más que la lingüística, el signo y la codificación de un lenguaje. Se les interpreta como un proceso social, que tiene un carácter performativo, que no sólo es evaluado en términos de su veracidad, sino de posibilidad de enunciación y acción en sí misma. En la psicología discursiva, considero que destaca la presencia de tres elementos fundamentales: la reflexividad, que se refiere a que las personas son capaces de analizar y describir una situación y con ello generar discursos alternos, deconstruirla o reconstituirla; la indexicalidad, que establece que en los significados es relevante considerar el contexto de producción y los usos de estos; y la accountability, que se refiere a que el conocimiento se elabora cuando se describe, cuando logra ser verbalizado (Iñiguez-Rueda, Martínez-Guzmán y Flores, 2011).

En lo que se refiere al socioconstruccionismo la emergencia del trabajo con los significados, responde al surgimiento de críticas entorno a la noción de representación, al menos de la concepción de ésta como un reflejo de “la realidad” que puede ser alcanzado o desentrañado a través del lenguaje, lo cual conlleva la emergencia del término “construcción”, que se asocia con lo irreal o lo inmaterial. Sin embargo, esta noción supone una realidad construida por el sujeto en la que se obvian dimensiones normativas y políticas lo cual dota al sujeto de la responsabilidad de su propio conocimiento, malestar y las formas bajo las que asimila el mundo. Así, coloca al individuo como productor del discurso y de su realidad -triste o dichosa-. Se considera que desde este lugar se omite el análisis de las constricciones culturales-histórico-materiales en las que se elabora la interacción lingüística (García y Sandoval, 2003). De igual forma que García y Sandoval (2003) dentro de este trabajo al socioconstruccionismo le cuestiono que sus supuestos no permiten una posición política ni emancipatoria.

Por lo anterior, concuerdo con García y Sandoval (2003) en que estos elementos no considerados dentro del socioconstruccionismo pueden ser subsanados si se considera que los significados, mediante los que se reconstruye el mundo, han sido elaborados dentro del trasfondo en el que se inscriben. Entendiéndose dicho trasfondo como un contexto material que contiene constricciones que dotan de sentido esta realidad. Justo ahí es donde pueden confluir la significación y el marco normativo instaurado desde sedimentaciones históricas. Con esto se abandonaría la idea de que el mundo es independiente de las acciones del individuo y a su vez que las prácticas de significación están desligadas del mundo sedimentado.

También, me parece fundamental pensar a los significados como elementos inmersos en fuerzas de poder, relaciones jerárquicas, que han sido elaborados de forma situada (Haraway, 1995). Por tanto, tendría que pensarse que el significado es resultado de relaciones de articulación que ofrecen posibilidades de acción futura de otros significados y de otras articulaciones (García y Sandoval, 2003). Estas dimensiones son interesantes, porque permiten pensar en un sujeto capaz de emanciparse y generar nuevos referentes a través de la deconstrucción del mismo lenguaje. Como se puede apreciar hasta este punto, es tan importante la dimensión objetiva/ material como la simbólica/discursiva dentro de la interpretación de los significados circundantes a un síntoma o problemática sea individual, familiar o social.

Por lo anterior, el trabajo de teóricas feministas como Haraway (1995) me resulta nodal, porque sugiere pensar los significados vinculados con la corporalidad. La autora apunta hacia la concepción de que todo conocimiento es situado, por tanto el estudio de los significados posibilita comprender inflexiones elaboradas en campos materiales de significación, a la vez que observar cómo estas dimensiones significativas se inscriben en el cuerpo de los sujetos generando malestares físicos, psíquicos y emocionales.

Finalmente, mi propuesta de concepción de los significados, también, es afín con lo que propone Bourdieu (2005) quién establece que éstos son elaborados dentro de un sistema bidimensional de relaciones de poder y relaciones entre grupos y clases, donde por una parte están las de condiciones normativas y valóricas correspondientes a contextos socioculturales e históricos específicos que han sido instauradas como ejes estructurantes entorno a un campo y que obedecen a regularidades objetivas, y por otra se configuran dentro de un sujeto consciente, reflexivo, capaz de interpretar y

3. LA RELEVANCIA DE LAS PSICOTERAPIAS SITUADAS MEDIANTE SIGNIFICADOS LINGÜÍSTICO/MATERIALES EN LATINOAMÉRICA.

Con base en pensar los significados como elementos producidos en contextos de complejidades sociales, históricas, políticas, religiosas y económicas como los que se viven en Latinoamérica actualmente, y que conllevan hacia procesos de violencia, tensión, precarización laboral, privatización de recursos e inseguridad, me parece que la intervención terapéutica debiese comprender a cabalidad los escenarios globales, locales y familiares de producción y formación de los significados socioculturales que el paciente y la familia le otorgan su vida cotidiana, y más específicamente al síntoma. Asimismo el terapeuta debiera reflexionar sobre las dimensiones metafóricas y simbólicas que están albergadas en éstos, y que quizá no pudiesen estar siendo expresadas abiertamente. Por tanto, pienso que las psicoterapias en América Latina deben ser críticas, emancipatorias y no normativas, y abrir la posibilidad a comprender el síntoma terapéutico como la expresión de resistencia a sistemas relacionales, familiares o sociales opresores.

Justamente en este espacio es que considero tan relevante para los terapeutas el pensar, escribir e intervenir clínica y socialmente desde América Latina para América Latina. Esto por dos razones:

La primera, para tener una plena comprensión de las condiciones socioculturales y familiares en las que ha emergido el síntoma o malestar, y con base en esto poder comprender a cabalidad los atributos, sentidos e ideologías que lo sustentan.

La segunda, porque mientras en otros escenarios –europeos, norteamericanos, etc.- en la época contemporánea se está hablando de la posmodernidad o de la importancia de los cambios performativos, narrativos o discursivos para solucionar las problemáticas, en Latinoamérica algunos países como Chile, Nicaragua, Paraguay, Bolivia o Argentina recientemente están reconstruyendo y reescribiendo sus historias después de periodos de dictadura donde ni institucional ni normativamente había posibilidades para hablar abiertamente de los malestares. Más aún en las ocasiones en las que se expreso dentro de estos contextos este malestar se vivieron medidas de represión violentas que más que ofrecer cambios conllevo a la desaparición de familiares, procesos de pobreza y precarización laboral.

Más aún, actualmente otros países como México, Colombia, Argentina o Venezuela están siendo atravesados por profundas crisis de narcotráfico, inseguridad, gubernamentalidad, trabajo y economía. Elementos que sin duda trastocan la vida cotidiana de los habitantes de estos países, y con ello sus significados habituales, sus realidades sociales y sus códigos de interacción, coartando las posibilidades de escribir libremente, de transitar de manera segura por los espacios públicos, las dinámicas de recreación y convivencia individuales, familiares y sociales, así como los horarios y apropiaciones del espacio público, entre muchas cosas más.

Aparte, en la línea de conflictos vinculados al género, puedo señalar los casos cada vez más frecuentes de feminicidios y violencia sexual hacia mujeres en Latinoamérica. Aunado a ello, están las prohibiciones que vivencian los no-heterosexuales, tanto jurídicas como sociales. Para evidenciar lo anterior quiero señalar específicamente el caso de “la salida del closet” tan popular y aceptada en Norteamérica o Europa, que al efectuarse en contextos Latinoamericanos, han generado fuertes expresiones de violencia, xenofobia, discriminación y agresión física –efectuada en la familia, la escuela, el trabajo o en otros ámbitos de la sociedad-, que han terminado en casos como el de Daniel Zamudio, joven de 21 años asesinado hace apenas dos años por homofobia en Chile (Barrientos, 2013).

En este sentido, me parece atingente pensar los significados desde su doble situalidad, y reflexionar en cómo estas condiciones materiales han trastocado los discursos, los sentidos, los símbo-

los, las interacciones, las prioridades, y cómo a la vez han emergido normativas sociales y códigos de cuidado, interacción y apropiación dentro de sujetos resistentes, catalogados como “anormales” o que en muchas ocasiones se ven en el límite y desarrollan comportamientos sintomáticos. No hacerlo me parece que conlleva una negación e invisibilización de unas condiciones materiales avasallantes y abrumadoras que actualmente están trastocando la vida cotidiana dentro de Latinoamérica, así como a una lectura lineal y simplista hacia los sujetos o familias “sintomáticas” cuyos malestares que pudiesen tener orígenes sociales.

En vista de lo expuesto, me parece fundamental pensar los significados simbólico-materiales como productores de normativas inscritas en las disciplinas, las instituciones, las interacciones, pero a la vez como elementos que pueden ser analizados críticamente y resistidos por el sujeto (Foucault, 1989 citado en Pastor, 2009).

4. PROPUESTAS FEMINISTAS DECOLONIALES PARA INVESTIGACIONES E INTERVENCIONES CRÍTICAS

En esta lógica el trabajo del feminismo decolonial ha sido valioso para reinterpretar la academia, la investigación, y hasta la intervención clínica misma. Autoras como Lugones (2008) han acuñado conceptos como “la interseccionalidad”. Mediante, conceptos como este se busca visibilizar la relevancia de dimensiones estructurales como la nacionalidad, el género, la clase y la raza, como categorías organizadoras, determinantes y diferenciadoras de la comprensión del mundo, de los problemas sociales y de la construcción de identidades.

Asimismo, Suárez (2008) nos dirá que la decolonización de los problemas sociales y del género mismo solo se puede llevar a cabo desde un pensamiento crítico, que se interese por los significados silenciados, ocultos. Así como mediante intervenciones que busquen dar voz a los sujetos menos escuchados dentro de un sistema –familiar o social- y que, en muchas de las ocasiones, son colocados como los subalternos, los enfermos o los anormales. Lo anterior, nos permitirá a los terapeutas, y los investigadores no situarnos de manera apriorista desde representaciones dominantes sobre un fenómeno o caso, y no hacer una reiteración de la realidad del no lugar en la que se ha colocado social y familiarmente al paciente.

De manera similar, Mohanty (2008) señala que el investigador, terapeuta o académico tiene que hacer procesos permanentes de reconocimiento de las emociones, perspectivas e imágenes que le invaden ante un caso o situación. Esto se fundamenta en la idea de que el mismo terapeuta puede estar inscrito en colonizaciones discursivas que le lleven a comprender los significados de un evento de manera errónea, representacionista o universalista.

En este sentido, la academia feminista (Mohanty, 2008) ha propuesto que la investigación e intervención debe: 1) reconocer el contenido político, ideológico, valórico y normativo desde donde se realizan los trabajos e intervenciones, 2) ocuparse de encarar y dar voz a los sujetos y sus discursos silenciados. Por tanto, son relevantes esos significados situados en el tránsito y la hibridez, 3) Hacer lecturas críticas de los malestares, de las historias oficiales o de las metáforas que guían las intervenciones, e incorporar en estas relecturas nuevas categorías de análisis que encaren y cuestionen el conocimiento hegemónico o normativo 4) Pensar que toda intervención debe partir de estudios situados, con comprensiones amplias del contexto, de los espacios locales de producción de sentido, ideología y significado, y si para esto es necesario asistir a la misma casa, escuela o lugares de movilidad de los consultantes habría que hacerlo para entender la globalidad y el contexto de producción de los problemas. 5) El terapeuta tendrá que tener un conocimiento claro del contexto donde labora, por lo que se verá en la responsabilidad de saber sobre los procesos laborales, sociales, de salud, los ritos, creencias y otras cosas más, que imperan en sus ciudades o espacios de trabajo.

A modo de conclusión, admito que lo expuesto a través de este artículo en ratos pareciera complejo por las condiciones laborales y temporarias en las que los mismos terapeutas estamos inmersos. También asumo que centrarnos en la reinterpretación narrativa del síntoma, del malestar, de los símbolos o los juegos de interacción ha sido históricamente un recurso potente e importante para conseguir resultados favorables en los contextos terapéuticos. Con este trabajo no pretendo desdeñar el potencial de esas reinterpretaciones, puesto que como evidencia a inicios de este trabajo, considero que el lenguaje es una herramienta central dentro del contexto terapéutico, lo que si busco es que el paciente mediante la reinterpretación de su síntoma logre leer de manera más crítica la realidad social en la que está inmerso, encararla y buscar maneras de resistencia más saludables que el síntoma que ha desarrollado.

Asimismo, me interesa remarcar que los terapeutas tenemos compromisos ético-políticos que nos llevan a mirar de manera más crítica nuestras propias interpretaciones, intervenciones y herramientas usadas dentro del espacio terapéutico. Por esto, propongo que en la medida que logremos comprender esos significados silenciados o invisibilizados que están sustentados en normativas, en condiciones contextuales, en factores estructurales lograremos hacer diagnósticos más globales y comprender de mejor manera las condiciones bajo las cuales se configura la descripción de un síntoma, problema o suceso. Lo que nos permitirá, sin duda, establecer una mirada más comprensiva y una lectura más inclusiva de los procesos que viven los pacientes y las familias que buscan soporte terapéutico. Así, podremos encarar críticamente tensiones de envergadura micro o macro y factores estructurales como el género, la raza, la clase y la nacionalidad que pueden estar acrecentando conflictos interpersonales o personales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa.
- Austin, J. (1962). *How to do things with words*. London: Oxford University Press.
- Bajtin, M. (1985). *Estética de la creación verbal*. México: Siglo Veintiuno.
- Barrientos, J. (2013). Homofobia y Calidad de Vida de Gay y Lesbianas: Una Mirada Psicosocial. *Psyke*. 22 (1), 3-14.
- Berger, P. & Luckmann, T. (2001). *La Construcción social de la realidad*. Decimo séptima reimpre-
sión. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta
y terapia sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Bourdieu, P. (1988). Social Space and Symblic Power. *Sociological Theory*, 1. s/p.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama, S. A.
- Bourdieu, P. (2002). *El oficio del sociólogo*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, P. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires:
Siglo XXI Editores.
- Cabruja, T. & Fernández-Villanueva, C. (2011). Psicologías feministas: perspectivas
críticas, posmodernas y radicales. En A. Ovejero y J. Ramos (eds). *Psicología Social Crítica*
(pp. 83-97).Madrid: Biblioteca Nueva.
- Colun (1987). *La etnometodología*. Madrid: Cátedra.
- Espinal, I.& Gimeno, A. & González, F. (2003). El enfoque sistémico en los estudios sobre
la familia. Revisado en: <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistémico.pdf>
- Frías-Armenta, M.& López-Escobar, A. & Díaz-Méndez, S. (2003). Predictores de la conducta an-
tisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*. 8 (1).Universidad de Sonora,

México.

- Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. Distrito Federal: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1991). *Historia de la Sexualidad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- García, E. & Sandoval, J. (2003). Fijaciones políticas y trasfondo de la acción: movimientos dentro/ fuera del socioconstruccionismo. *Política y Sociedad*, 40 (1), 71-86.
- Gergen, K. (1989). La psicología postmoderna y la retórica de la realidad. En T. Ibáñez (Ed.). *El conocimiento de la realidad social*. Barcelona: Sendai.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Ibáñez, T. (2014). Foucault o la ética y la práctica de la libertad. *Dinamitar espejismos y propiciar insumisiones*. *Athenea Digital*. 14 (2), 3-18.
- Iñiguez, L. & Martínez, A. & Flores-Pons, G. (2011). El discurso en la Psicología Social: Desarrollo y Prospectivas. En A. Ovejero y J. Ramos (Eds). *Psicología Social Crítica* (pp. 98-118). Biblioteca Nueva: Madrid.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*. (9), 73-101.
- Medina, R. (2014). Deconstruyendo el “sí mismo farsante” y el “sí mismo autocompasivo”. Nuevos aportes a la terapia familiar crítica. En: R. Medina, E. Laso y E. Hernández. *Pensamiento sistémico. Nuevas perspectivas y contextos de intervención* (pp. 21-42). Guadalajara, México: Literis
- Mohanty, C. (2008). Bajo los Ojos de Occidente: Feminismo Académico y Discursos Coloniales. En L. Suarez y R. Hernández. *Descolonizando el feminismo: teorías y prácticas desde los márgenes*. (pp. 112 – 156). España: Cátedra.
- Munné, F. (1982). La Escuela de Frankfurt (I y II). En F. Munné (ed). *Psicologías sociales marginales. La línea de Marx en Psicología Social*. (pp. 93-150). Barcelona: Editorial Hispano Europea.
- Pastor, J. (2009). Relevancia de Foucault para la psicología. *Pshicothema*, 21 (4), 628-632.
- Parker, I. (1996). Discurso, cultura y poder en la vida cotidiana. En A. Gordo y J. Linaza, (Eds.) *Psicologías, discursos y poder* (pp. 76-106). Madrid: Visor.
- Parker, I. (2010). *La psicología como ideología. Contra la Disciplina*. Madrid: Catarata.
- Pérez, G. (2007). Sobre el poder del discurso y el discurso del poder: aproximaciones teóricas y metodológicas al estudio del discurso político. En A. Lía-Kornblit. *Metodologías Cualitativas en Ciencias Sociales Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Potter, J. & Hepburn, A. (2011). *Psicología Discursiva: Mente y realidad en la práctica*. En A. Ovejero y J. Ramos (eds). *Psicología Social Crítica* (pp. 117-138). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pujol, J. & Montenegro, M. & Balasch, M. (2003). Los límites de la metáfora lingüística. *Política y Sociedad*. 40 (1), 57-70.
- Suárez, L. (2008). Colonialismo, Gobernabilidad y Feminismos Poscoloniales. En L. Suarez & R. Hernández. *Descolonizando el feminismo: teorías y prácticas desde los márgenes*. (pp. 24-67). España: Cátedra.
- Van Dijk, T. (1996). *Análisis del discurso ideológico. Versión. 6*. México, 15-43.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones filosóficas*. México-Barcelona: UNAM-

Los rituales terapéuticos familiares: una propuesta teórica en clave emocional

21

An emotionally-focused theory of therapeutic family rituals

Esteban Laso Ortiz¹

¹Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de La Ciénega; Instituto Tzapopan, Guadalajara, México.

Historia editorial

Recibido: 28-09-2015

Primera revisión: 14-10-2015

Aceptado: 22-10-2015

Palabras clave

rituales, terapia familiar, emoción

Resumen

En este artículo proponemos una teoría de los rituales terapéuticos desde una perspectiva emocional. Iniciamos con un repaso de las definiciones más representativas de “ritual” en la literatura de la terapia familiar, las cuales son precisas, pero inapropiadas, o bien, apropiadas, pero vagas. De acuerdo con los aportes de Collingwood sobre el arte, el entretenimiento y la magia, construimos una definición de “ritual terapéutico” centrada en su utilidad para transformar o sostener las emociones de los participantes. Finalmente, exponemos algunas implicaciones de esta definición para la práctica terapéutica y la ejemplificamos con una viñeta clínica tomada de nuestra propia experiencia

Abstract

I propose a theory of therapeutic rituals from an emotional perspective. I begin by reviewing the most representative definitions of “ritual” in family therapy literature and concluding that they are either accurate but inappropriate or appropriate but vague. I then summarize the contributions of Collingwood on art, entertainment and magic and upon them I propose a new definition of therapeutic rituals focused on their usefulness to transform or preserve the emotions of the participants. Finally, I discuss some implications of this definition for therapeutic practice and exemplify it by using a clinical vignette taken from my own experience.

Keywords

rituals, family therapy, emotion

Los rituales terapéuticos están entre las herramientas más empleadas por los terapeutas familiares y las que más distinguen a la terapia familiar o sistémica de los demás enfoques. Sin embargo, la falta de una definición universalmente aceptada de lo que es “ritual terapéutico” y las diversas concepciones de éste, no siempre compatibles entre sí, hacen difícil que los terapeutas familiares se orienten e impiden señalar con claridad para qué pueden servir los rituales en terapia, en qué casos aplicarlos y cuándo no, y de qué manera construirlos, iniciarlos o llevarlos a cabo.

En este texto nos proponemos salir al paso de estas carencias al exponer una comprensión del ritual terapéutico a la luz de la terapia familiar en clave emocional (Laso, 2014, 2015a, 2015b). Para ello, el punto de partida es la definición de Rando (citada en Crockett & Prosek, 2013), que ampliamos merced a la obra de Collingwood, filósofo fascinante, pero poco conocido entre los psicólogos (por no hablar de los terapeutas familiares) y cuyo aporte sobre la relación entre emoción, conciencia y simbolización sirve de base para la teoría de los rituales terapéuticos aquí esbozados.

2. LA NOCIÓN DE RITUAL

Con el fin de valorar sus alcances e insuficiencias, ofrecemos un breve repaso de las teorías más representativas acerca de los rituales en terapia familiar. La discusión y uso de éstos dentro de los procesos terapéuticos se remonta, como tantas innovaciones, al equipo de Milán de los años setenta, que presenta el célebre caso de la familia Casanti, inmersa en un rígido “mito familiar” patriarcal que los terapeutas, en vez de desafiar o comentar, deciden modificar a través de una pormenorizada prescripción:

... trancar la puerta todas las noches de los días impares, después de la cena. Los cuatro miembros de la familia tendrían que sentarse alrededor de la mesa del comedor [...] por turno y por orden de edad, tenían a disposición quince minutos para hablar. Podían expresar sus propios sentimientos, impresiones y observaciones con respecto a las conductas de los miembros del clan. Quien no tuviese nada que decir, debía quedarse en silencio todo el tiempo que se le había asignado, así como también el resto de la familia. En cambio, cuando uno hablaba, todos deberían escuchar. Se prohibía todo comentario, gesto, expresión mímica, interrupción. Estaba también absolutamente prohibido retomar el tema fuera de la hora fijada (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1991, p. 107).

Esta prescripción, entregada a la familia por escrito y sin explicación alguna, es llamada por los autores “ritual” y lo contraponen con el pegajoso “mito” que los subyugaba: “Nosotros permaneceremos como una familia modelo, a la antigua, donde todos están juntos y se quieren” (Selvini-Palazzoli *et al.*, 1991, p. 100), con la esperanza de que poniendo “un rito contra un mito letal” (Selvini-Palazzoli *et al.*, 1991, p. 96), éste cambiase *ex opere operato* sin necesidad de cuestionarlo abiertamente (lo que podía desencadenar una tenaz resistencia). Así, definen un ritual del siguiente modo:

Desde el punto de vista formal, se trata de una acción o serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia [...]. Un aspecto fundamental del ritual familiar [es] cómo cambiar las reglas del juego y por consiguiente la epistemología familiar, sin recurrir a las explicaciones, a la crítica, en sustancia, al instrumento lingüístico (Selvini-Palazzoli *et al.*, 1991, p. 109).

En esencia, por tanto, la noción original de rito de Selvini-Palazzoli *et al.* se basa en la oposición “acción vs pensamiento/expresión lingüística”, sobre el supuesto de que, al actuar las familias

de forma inédita por orden del terapeuta, cambiase su funcionamiento sin tener que discutirlo o explicárselo. Es muy importante, en la visión milanese, que el ritual sea lo más preciso y pautado posible, que no dé resquicios a la interpretación o la improvisación, y que el terapeuta se limite a prescribirlo sin dar oportunidad a la familia de preguntar al respecto.

Además de construir la relación familia-terapeuta de un modo que hoy, a la luz de las ideas narrativas y construccionistas, cabría calificar de autoritario, esta comprensión del ritual parte de un supuesto ya desmentido: que la “mitología familiar” (que podríamos llamar, con más propiedad, “sistema de creencias familiares”, Dallos, 1996) es reacia al cambio y que hay que sobrepujarla modificándola “sin que se entere la familia”. Por el contrario, modelos como el conversacional (Anderson & Gehart, 2006; Seikkula & Olson, 2003) y técnicas como las “preguntas estúpidas” (Medina, 2011) demuestran que, cuando se las trata igualitariamente, con respeto y sensibilidad y atendiendo a sus objeciones en vez de ignorarlas, las personas pueden cambiar sus creencias sin mayor complicación.

No obstante, y más importante para los fines de este texto, se entiende que, atrapados en su lucha contra el “mito”, Selvini-Palazzoli *et al.* emplean el término “ritual” para intervenciones que son, en realidad, *tareas entre sesión*, si bien muy pautadas, precisas y *repetitivas*, pero en las que los elementos simbólicos y emocionales brillan por su ausencia. La definición selviniana no es ambigua (es decir, delimita con claridad lo que es un ritual), pero sí equivocada (es decir, llama “ritual” a algo que no lo amerita). Esta idea de “actos repetitivos, no explicados ni simbólicos, para cambiar a la familia desde la acción sin desafiar sus creencias” terminará convirtiéndose en la propiedad común de la pléthora de fenómenos que se dará en llamar “ritual” en la disciplina, a través de textos como el de Van der Hart (1986), y lo que explicará la pertinaz ambigüedad del concepto hasta hoy.

El libro que retoma el papel crucial del simbolismo en el ritual, y que sigue siendo, al menos en habla hispana, el *locus classicus* del tema, es el de Imber-Black, Roberts y Whiting (1997), por lo demás lleno de valiosas sugerencias. En él se postulan al menos dos deficiones de “ritual” que tienden a superponerse –y que, sin embargo, no terminan de aplicarse a las distintas instancias de “rituales” que se exhiben a lo largo del texto–. (Esta pluralidad de definiciones no es de extrañar, habida cuenta del equívoco aporte selviniano y de que lo mismo ocurre en la disciplina madre del concepto, la antropología; así, el reciente y exhaustivo texto de Grimes [2013] recoge en un apéndice no menos de siete páginas de definiciones tomadas de distintas ciencias sociales.)

Volviendo al texto de Imber-Black *et al.*, la definición más conocida y amplia es la de Roberts:

Los rituales son actos simbólicos coevolutivos que incluyen no sólo los aspectos ceremoniales de la presentación real del ritual, sino también su proceso de preparación. Pueden o no incluir palabras pero contienen partes abiertas y cerradas que se mantienen unidas por medio de una metáfora orientadora. La repetición puede formar parte de los rituales ya sea en el nivel de contenido, la forma o la ocasión. Puede haber espacio suficiente en los rituales terapéuticos para que los diversos miembros de la familia o los clínicos incorporen múltiples significados, así como también para una variedad de niveles de participación (Imber-Black *et al.*, 1997, p. 30).

A la que sigue la de O-Connor y Hoorwitz:

Un ritual es una secuencia específica de actos que [...] puntúan o promueven un cambio en la vida de un individuo, una familia o un grupo social [...] [tienen] un comienzo claro, una estructura y una secuencia de acciones organizadas alrededor de un motivo; además a menudo se los ejecuta repetidamente (Imber-Black *et al.*, 1997, p. 167).

Aunque detrás de ambas definiciones puede entreverse un mismo fenómeno, cada una destaca ciertas facetas de éste en detrimento de las demás: la secuencialidad y el carácter demarcatorio en la última, la ambigüedad, la participación múltiple y la necesidad de preparación en la primera. Es necesario, por ende, preguntarse ¿cuál de estas facetas constituye la esencia del ritual terapéutico y

cuáles son añadiduras interesantes, pero innecesarias?, pregunta que no es de interés sólo teórico, ya que cuanto más imprecisa es una definición, más vagas son las orientaciones para el terapeuta y mayores las posibilidades de que el ritual fracase.

De hecho, pocas páginas después de exponer su definición, Roberts pone el siguiente ejemplo: “Los miembros de la familia estaban muy organizados para hacer muchas cosas juntos y hacían cosas muy concretas: veían determinados programas de TV, iban a comer a ciertos sitios, concurrían a salas de espectáculos específicas, etc.” (Imber-Black *et al.*, 1997, p. 52). Esto, como salta a la vista, no coincide con su propia definición, porque los actos de que está compuesto no son simbólicos ni coevolutivos, situación de la que la autora no parece darse cuenta y que no se resuelve afirmando que “con poco o ningún espacio para la improvisación, los rituales familiares están rígidamente definidos” (Imber-Black *et al.*, 1997, p. 52).

Tampoco coincide con la definición de O'Connor, porque ver siempre ciertos programas de televisión o comer de manera habitual en determinado restaurante no puntúa ni promueve cambio alguno en la vida de las personas; si acaso, todo lo contrario. La única característica de este ejemplo que justificaría llamarlo “ritual” es algo que en ambas definiciones juega un papel secundario (pero cuyo origen hemos rastreado en Selvini-Palazzoli): su repetición regular y altamente pautada.

Esta presentación de actividades que ni encajan ni se desmarcan con claridad de la categoría de rituales se repite varias veces a lo largo del texto (por ejemplo, ver Imber-Black *et al.*, 1997, pp. 129 y ss. y pp. 255 y ss.) y llega a su apogeo con la siguiente lista de “rituales de pareja”: “Todas las parejas crean rituales diarios y semanales, como ritos para separarse y reencontrarse, comidas, salidas nocturnas y ritos sexuales. Feriados, salidas especiales y vacaciones de a dos suelen ser parte de la vida ritual de una pareja” (Imber-Black *et al.*, 1997, p. 143); a juzgar por ello, algo tan simple y anodino como el saludo matutino entre cónyuges o el acudir a una fiesta sería igual de *ritualístico* que las vacaciones de luna de miel. En este punto, la noción de ritual ha perdido toda especificidad y se ha transformado en “cualquier acción que se repita regularmente en una familia o pareja”, y las definiciones han devenido insuficientes o incluso engañosas.

El que los ejemplos aportados por los autores no casen con sus definiciones es consecuencia de la ambigüedad de éstas: usando un mapa de fronteras borrosas es imposible saber hasta dónde se extiende un territorio. Dicha ambigüedad es resultado, en parte, del carácter pionero de esta obra, tan abarcadora que sigue siendo de lectura obligada; en parte, de su esfuerzo, no del todo exitoso, de concebir una perspectiva propia del ritual y distanciarse de la idea selviniana (*cf.* en Imber-Black *et al.*, 1997, p. 31, las diferencias entre “ritual” y “tarea”), y, sobre todo, de que a estas alturas la noción de ritual ha llegado a englobar dos sentidos hasta cierto punto incompatibles que los autores no alcanzan a deslindar: “actos que se repiten del mismo modo varias veces” y “actos que tienen un contenido o carácter simbólico y/o evocan intensas emociones en los participantes”.

Mayor conciencia de esta tensión dialéctica presentan los otros grandes pensadores del ritual en terapia familiar, Bertrando y Boscolo, quienes hacen la misma crítica a la “repetición” selviniana:

La manera que tienen de despedirse dos cónyuges cuando se separan por la mañana y cuando se reúnen por la tarde es importantísima para definir su relación recíproca y sus respectivas posiciones en la casa [...]. [Esta teoría] seguida hasta sus últimas consecuencias, llevaría a considerar como ritual cualquier acción que se repita habitualmente. De ser así, el rito se vería privado de gran parte de su fuerza emotiva (1996, p. 203).

A lo que contraponen su propia definición: “Por eso preferimos limitarnos a definir como ‘rituales’ familiares los actos que se distinguen del tiempo cotidiano de la familia, y permiten a todos sus miembros percibir un movimiento de discontinuidad, a partir del cual se puede regular y dar un ritmo a la vida familiar” (1996, p. 203).

Esta definición, inclinada hacia el polo del simbolismo y centrada en “los tiempos del tiempo”, es un antecesor de la concepción que propondremos en este texto al hacer hincapié en las emociones

y la atmósfera de los actos rituales. Con estas acotaciones, Bertrando y Boscolo avanzan en la delimitación del concepto; sin embargo, incurren, en menor medida, en el mismo desliz de Imber-Black et al., al dar como ejemplo paradigmático el clásico “días pares, días impares” (Selvini-Palazzoli et al., 1991; Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990), consistente en prescribir que el martes, jueves y sábado uno de los padres se encargue de los hijos; que el lunes, miércoles y viernes sea el otro; y que los domingos se comporten “espontáneamente”. Esta tarea, si bien puede generar cambios en el sistema, no se distingue en términos experienciales del “tiempo cotidiano” de la familia, carece de contenido simbólico y ambigüedad, y no suscita esa atmósfera particular que caracteriza a los rituales *stricto sensu*. Una vez más, y en el intento de ser fieles a una comprensión errada, pero célebre, la de Selvini-Palazzoli, los autores terminan esfumando el concepto a tal punto que sus instancias desbordan la definición inicial.

De este panorama, podemos concluir:

- A lo largo de su discusión en terapia familiar, la noción de “ritual” ha recibido varias definiciones, no siempre compatibles entre sí.
- Éstas han incurrido en dos tipos de error: ser precisas, pero equivocadas, como la selviniana (que delimita con exactitud un fenómeno, la tarea repetitiva entre sesión, que, sin embargo, *no merece* ser llamado “ritual”); o bien, ser pertinentes, pero ambiguas, como las de Imber-Black et al. y Bertrando y Boscolo (que aunque corresponden grosso modo a lo que el sentido común entiende por ritual, fracasan en perfilarlo sin invadir fenómenos aledaños).
- Además, dichas definiciones han oscilado en torno a dos polos: la repetición pautada (“actos que se repiten del mismo modo varias veces”) y el simbolismo/emocionalidad (“actos que tienen un contenido o carácter simbólico o evocan intensas emociones en los participantes”), este último más paradigmático, pero también más difícil de entender (en ausencia de una teoría de la relación entre emoción y símbolo). Como veremos más adelante, es ésta la clave del misterio y el aporte de Collingwood.

3. LOS TIPOS DE “RITUAL”

Las definiciones al uso en la literatura son insuficientes, bien por equívoco o por ambigüedad, y es menester mejorarlas. El primer paso para construir una definición es especificar el “universo del discurso”, la familia de hechos pertinentes. En general, los ejemplos que los autores han dado de “ritual” son de seis tipos:

- Secuencias altamente pautadas de acciones entregadas por los terapeutas a la familia (sin posibilidad de réplica) de forma que las repitan, sin comentarlas, varias veces entre una sesión y la siguiente, a la usanza de Selvini-Palazzoli.
- Conjuntos repetitivos y cíclicos de acciones propias de la familia (casi siempre nuclear) que han ido emergiendo a lo largo de su vida en común y que reafirman y organizan sus relaciones; por ejemplo, el modo en que se despiden los cónyuges por la mañana, las vacaciones anuales o la salida semanal al cine. Son “las secuencias conductuales en los sistemas matrimoniales y familiares, que [...] poseen una cualidad ritual y estabilizadora” a las que aluden Bagarozzi y Anderson (1996, p. 34), los ya mencionados “rituales rígidos” de Roberts (Imber-Black et al., 1997, p. 52), y los “ritos teléticos” de Boscolo y Bertrando (1996, p. 203).
- Acciones no necesariamente cíclicas, pero sí repetidas que involucran casi siempre a la familia ampliada o amigos o miembros de la red social de la familia nuclear y que sirven para sostener o constituir estos vínculos externos: invitaciones a cenar o jugar cartas, fiestas, la comida del domingo en casa de la abuela, entre otras.
- Acciones cíclicas y repetidas que coinciden con fechas de trascendencia personal (cum-

pleaños), de pareja o familia (aniversarios) o de la comunidad en general, tanto religiosas (navidades, pascua, acción de gracias) como seculares (día de la independencia, fundación de la ciudad), y otras que no se repiten porque marcan, en función de la cultura a la que se adscribe la familia, transiciones del ciclo vital (muertes, nacimientos, bautizos, bodas).

- Secuencias de acciones simbólicas, más o menos ambiguas o herméticas, con alto contenido emocional, construidas o propiciadas *ad hoc* por una persona o familia (“... los actores japoneses siguen un ritual en el que las etapas del maquillaje son cuidadosamente prescritas y no pueden interrumpirse [...] la ceremonia del té, de los rezos y otros elementos tradicionales”, Hethmon, 1998, p. 108), o por un interventor o terapeuta en el curso de un tratamiento o asesoría; por ejemplo, guardar en una caja un video en que la familia reflexiona sobre su hija (la paciente identificada) para luego enterrarla cerca del consultorio mientras el terapeuta declara: “Sara, si alguna vez decides no caminar ni hablar, ya sabrás dónde encontrar esto para conseguir la información necesaria sobre cómo pueden cuidarte” (“pericos, palas y rituales para caminar”, Imber-Black *et al.*, 1997, p. 46 y ss.).
- Secuencias de acciones repetitivas y con frecuencia cíclicas realizadas por una sola persona que o no entiende su significado (son “absurdas”) o les atribuye uno extravagante que los demás rechazan, y que obstaculizan o impiden llevar adelante su vida diaria; los “rituales individuales”, que, según Bertrando y Boscolo (1996, p. 200), “pertenecen al ámbito de los hábitos temporales o al de la psicopatología (ritualismos obsesivos)” y que son para Bagarozzi y Anderson (1996, p. 35) “un intento de [...] mantener un equilibrio homeostático personal [...] manifestaciones abiertas de aspectos específicos de la propia mitología personal”.

De estos seis puntos que han recibido el nombre de “rituales” por parte de diversos teóricos, los primeros tres no lo merecen, porque sólo tienen en común que pueden o suelen repetirse; el cuarto puede o no serlo, y los últimos, que sí lo son, se diferencian en el grado de éxito que alcanzan. Por tanto, proponemos los siguientes términos (que ampliamos al final del texto): tareas entre sesión (estrictamente pautadas), rutinas (o hábitos), encuentros, celebraciones, rituales exitosos (o terapéuticos) y rituales fallidos (o sintomáticos).

4. EL RITUAL Y LA EMOCIÓN

EL RITUAL COMO EXPRESIÓN SIMBÓLICA: RANDO

En esta clasificación subyace una concepción del ritual que no sólo resalta sus aspectos simbólicos y emocionales, sino la relación entre ambos ante la función que cumplen en la vida de los participantes. La semilla de esta concepción es la definición más extendida en la literatura terapéutica de habla inglesa, oriunda de la tanatología: “Una conducta o acción específicas que brindan expresión simbólica a ciertos sentimientos y pensamientos de los participantes, individualmente o como grupo” (Rando, citado en Crockett y Prosek, 2013). A diferencia de la definición de Roberts ya mencionada, que también incluye el simbolismo, ésta señala con claridad que éste sirve para hacer manifiestas las emociones e ideas de quienes participan en él.

Esta definición resuelve algunas de las dificultades observadas, a costa de generar otras. Como es evidente, las tareas, encuentros y rutinas no intentan expresar simbólicamente las emociones o creencias de sus participantes, con lo que quedan excluidas sin más; mientras que los rituales terapéuticos, que sí lo hacen, caben de lleno en ella. ¿Dónde colocar, empero, las celebraciones? Podría argumentarse que cantar Las mañanitas en México o Feliz cumpleaños en otros países simboliza nuestra alegría por el festejado. Más aún, la definición de Rando autoriza llamar “ritual” a actos como exclamar “¡salud!” mientras se bebe una copa de vino o incluso a gritar “¡maldita sea!” tras

golpearse un dedo: al fin y al cabo, son expresiones simbólicas de estados emocionales (regocijo en un caso y frustración en otro). Y qué decir de los síntomas obsesivos o psicóticos.

Esta mejora parcial se debe a que la definición de Rando se acerca al blanco, pero se detiene sin alcanzarlo. No basta con indicar que el símbolo en un ritual procura expresar una emoción; hace falta, además, explicar cómo y para qué lo hace y por qué hacerlo es útil o curativo. Es aquí donde entra en juego Collingwood (1889-1943), filósofo, arqueólogo e historiador británico célebre por sus contribuciones a la filosofía de la historia y la estética (para una introducción, ver Leal, 2015; D’Oro, 2002); su libro dedicado a esto último, *The principles of art* (Collingwood, 1938), permite corregir y ampliar la definición de ritual de Rando (además de arrojar luz sobre el uso del arte en terapia, ver Hinz, 2009).

LAS EMOCIONES Y SUS DEVENIRES: COLLINGWOOD

En primer lugar, apunta Collingwood, es necesario distinguir el arte propiamente dicho de otras dos prácticas, el entretenimiento y *la magia* (equivalente, por razones que se irán aclarando, a lo que entendemos por “ritual” en la terapia familiar), distintas aunque emparentadas por fundarse las tres en la representación (simbolismo). Así, el pintor retrata a una persona o un paisaje; el *clown* interpreta a un personaje torpe e ingenuo; el chamán hace las veces de un animal totémico; el sacerdote de Cristo al oficiar la eucaristía, etcétera. A su vez, en las tres prácticas, la representación “es siempre un medio para un fin, consistente en la re-evocación de ciertas emociones” (Collingwood, 1938, p. 57).

Pues bien, la diferencia entre arte, entretenimiento y magia (o ritual) radica en el destino o propósito con que esta emoción es evocada: si para disfrutarla “descargándola” en el acto mismo sin que se filtre fuera de él, es entretenimiento; si únicamente para expresarla, lo que significa no tanto “dejarla salir” o manifestarla cuanto explorarla y cristalizarla por medio de la simbolización (Laso, 2011), es arte; si, por fin, para apuntalarla de modo que subsista más allá del acto modificando la actitud de los participantes en su vida cotidiana en relación con algún problema, se trata de magia, o lo que es lo mismo, ritual (Collingwood, 1938, p. 32 y ss.).

El epítome del entretenimiento es el cine de Hollywood, que despierta en la audiencia respuestas emocionales intensas y placenteras que se desvanecen en cuanto se abandona la sala de proyección; otros ejemplos son las novelas ligeras, los culebrones o las revistas del corazón. En cambio, el arte propiamente dicho pone al alcance de la audiencia nuevas posibilidades de simbolizar su experiencia –y, por tanto, de hacerse cargo de ella, lo que aumenta su capacidad de maniobra en relación con sus “pasiones”, los afectos que hasta entonces han vivido como incomprensibles, invasivos o incontrolables–. Esto ocurre porque toda expresión artística lo es de una experiencia emocional compleja y singular, *sui generis*, nunca de una generalidad, ya que ninguna emoción o experiencia es estrictamente igual a otra y ninguna descripción general agota las tonalidades de una vivencia concreta y particular. (Como descubre todo aquel que asiste a un funeral; frases como “qué triste” o “mi sentido pésame” se quedan cortas, desbordadas por la intensidad, variedad y especificidad de las emociones, saben a poco y se sienten huecas.) De ahí que

... el uso de epítetos en la poesía, o incluso en la prosa que quiere ser expresiva, es peligroso. Si se quiere expresar el terror causado por algo, no se lo debe tachar de “espantoso” porque esto, en lugar de expresar la emoción, la describe [...] El auténtico poeta, en sus instantes de auténtica poesía, nunca nombra las emociones que intenta expresar [...] se aleja lo más que puede del mero etiquetar sus emociones como instancias de esta o aquella clases, y se esfuerza en individualizarlas expresándolas en términos que revelen sus diferencias con las demás emociones de la misma clase (Collingwood, 1938, pp. 112-113; traducción nuestra).

Por ende, el artista ayuda a la audiencia a re-conocerse a sí misma y pone a su alcance aspectos antes no simbolizados de su vivencia (lo que en otro contexto hemos llamado “anagnórisis”, Laso, 2006); es un “psiconauta” que cartografía su experiencia para beneficio de toda la humanidad:

“Cuando una persona lee y comprende un poema, no está solamente comprendiendo la expresión de las emociones del poeta: está *expresando sus propias emociones a través de las palabras del poeta*, que se convierten así en sus propias palabras” (Collingwood, 1938, p. 119). La misma función de empalmar experiencias con símbolos, llamada por Bucci (1997) “actividad referencial” y en nuestro caso “conjetura pregnante” (Laso, 2009, 2011), cumple en ocasiones la psicoterapia, en particular la de orientación “profunda”; en terapia familiar, poco afín a “profundizar en el individuo” y menos aún en las emociones, lo hacen las “técnicas analógicas” como la escultura familiar (Andolfi, 1984), con la desventaja de carecer de un marco teórico que, al incluir las emociones, permita al terapeuta ir más allá de su intuición y saber con qué objetivo y en qué momento emplearlas.

En definitiva, toda expresión artística puede aprovecharse para simbolizar y, por tanto, aprehender, organizar y controlar, las experiencias dolorosas o problemáticas (Dalley, 1984); en la medida en que los rituales contienen una parte artística (dibujar, escribir, cantar...), facilitan la expresión simbólica de las emociones de sus participantes, como bien sugiere Rando, pero en la medida en que van más allá del arte, surten otros efectos en la emoción además de la expresión, lo cual la definición de Rando (que, por lo visto, sería más adecuada para el arte mismo que para los rituales) no recoge.

5. UNA DEFINICIÓN DE RITUAL EN CLAVE EMOCIONAL

El aporte de Collingwood nos pone en condiciones de proponer una definición del ritual terapéutico que resuelva los equívocos de las anteriores aprovechando sus fortalezas: un ritual es una secuencia de acciones simbólicas, engarzadas en una metáfora fundacional y realizadas en una atmósfera pregnante, que sirve para evocar y canalizar un conjunto complejo de emociones de modo que pervivan en la vida cotidiana (más allá del espacio y tiempo rituales) y modifiquen la experiencia emocional de sus participantes y, a través de ello, su conducta y cognición en relación con un problema o tema determinado.

Antes de desplegarla, describimos en forma breve cada uno de sus componentes:

- Secuencia: un acto aislado no constituye un ritual; se necesita de varios, no en desorden, sino sucediéndose naturalmente uno a otro en la medida en que engarzan en la urdimbre subyacente que es la metáfora básica del ritual (su “mito”).
- Acciones: un ritual no consiste sólo en decir, sino en hacer; o más bien, lo que se dice forma parte de lo que se hace, como la declamación del sacerdote al bautizar. Además, sólo quienes ejecutan dichas acciones, o quienes, al presenciárlas, experimentan una activación emocional recíproca, son partícipes del ritual, no meros “turistas”.
- Simbólicas: al igual que el arte y el entretenimiento, los actos rituales son representativos, es decir, emulan o hacen referencia a otros (el agua bautismal remite al baño de Cristo en el Jordán, por ejemplo). No obstante, arte y ritual se distinguen del entretenimiento en el *tipo* de representación: en éste se trata de signos, mientras que aquéllos usan símbolos. Sin entrar en una discusión tan amplia como interesante, la distinción entre ambos modos de representar radica en que el signo es general y el símbolo específico: “El signo deriva su significado de la cosa que representa; el símbolo le otorga significado a la cosa que simboliza [...]. La palabra ‘oveja’ es signo del animal y lo significa; pero el símbolo ‘aguja’ no es un signo del falo ni lo significa. Al contrario: el falo recibe un significado especial cuando la aguja lo simboliza” (Munz, 1986, p. 13). En otras palabras, un símbolo opera seleccionando una de las facetas de su referente para, con su amplificación, plasmar una experiencia compleja y de otro modo indescriptible (*stricto sensu*, inefable; Laso, 2002, 2006; “... a feeling-state cannot be described or pointed to at all; it can only be meant by a symbol”, Munz, 1959, p. 54). El mejor ejemplo de lenguaje simbólico es el sueño: “La función del símbolo es expresar tan claramente como sea posible la concepción particular que el soñante tiene en mente. Por ejemplo, alguien que ve a su madre como una persona

que alimenta la representará en su sueño como una vaca [...]. Un joven que ve su falo como un arma peligrosa puede simbolizarlo en sus sueños como una pistola o una espada” (Hall, 1953). Por ende, los actos del ritual son eficaces en la medida en que logran cristalizar la experiencia de sus participantes no como clase, sino en su especificidad.

- Engarzadas en una metáfora fundacional: que evoca la emoción, nutre al símbolo y organiza la secuencia de actos al darles un objeto; por ejemplo, enterrar un cadáver como se entierra una semilla para que surja una nueva vida. Lejos de inventar metáforas, el ritual aprovecha las que abundan en el discurso porque son consustanciales al pensamiento humano (Lakoff y Johnson, 1980): en el caso del entierro, “las personas son plantas”, en el de un brindis, “la vida es un fluido y el cuerpo un recipiente” (Lakoff, 1987). Es indispensable que quien participa del ritual sea consciente del simbolismo, ya que ésta es su única fuente de eficacia, su único poder. Si quien entierra una caja de fotografías no lo asocia con un acto fúnebre, hacerlo no surtirá efecto alguno.
- Realizadas en una atmósfera pregnante: de receptividad, trascendencia y disposición al cambio por parte de los circunstantes. Tanto Boscolo como Imber-Black recogen este aspecto sin reconocerlo como el sustrato de lo que, por error, se ha tomado como esencia del ritual: la repetición. Como lo explica Munz: “Se toma con fines simbólicos una actividad completamente ordinaria [...] como una cacería o una comida [...] para convertirla en un símbolo, su ejecución debe convertirse en un artificio, bordándola con gestos repetitivos que realzan el efecto de una u otra de sus facetas [...] La artificialidad del acto no radica en éste sino en su repetición, su estilización; en suma, su ritualidad” (1964, p. 68).
- Evocar y canalizar un conjunto complejo de emociones de modo que pervivan en la vida cotidiana, más allá del espacio y tiempo rituales: ésta es la esencia del ritual y su contribución insustituible a la caja de herramientas del terapeuta, el afectar permanentemente las emociones de los participantes. La metáfora guía, encarnada en objetos (fotografías, dibujos, muñecos...) y actos simbólicos (enterrar, recoger, repartir...), evoca la emoción; al manipular aquellos o ejecutar éstos, los participantes canalizan dicha emoción, consiguen expresarla y hacerse cargo de ella tomando una postura que les permite asumir sus necesidades y redefinir sus relaciones para satisfacerlas o abandonarlas (Laso, 2014).
- Modificando la experiencia emocional de sus participantes y, a través de ello, su conducta y cognición: los rituales dejan un remanente, sean objetos (urnas, cofres, emblemas), acciones (gestos, movimientos) o fórmulas (plegarias, poemas, consignas), mediante el cual sus participantes pueden recordar y traer a la memoria la emoción en la cotidianidad de modo que se pueda recuperar *ad libitum* según se tercie. Si entendemos la emoción como una clasificación tácita de una situación en un conjunto de escenarios prototípicos emparejados con estrategias de respuesta evolutivamente seleccionadas (Laso, 2014), el ritual ayuda a los participantes no sólo a cambiar la forma en que clasifican un evento o una persona, sino ante todo a mantener dicha clasificación por encima de las vicisitudes de la vida diaria. Así, el actor que se maquilla recitando el parlamento de su primera y exitosa representación está exorcizando su pánico escénico y dejando atrás sus preocupaciones de la vida diaria al evocar una experiencia de plenitud y fuerza con el fin de gestionar su estado al entrar en escena. El ritual sirve, pues, para modificar la manera en que las personas significan una experiencia no sólo cognitiva (verbal), sino corpóreamente, para crear y sostener una perspectiva amplia ante sus dificultades de modo que no se dejen atrapar en la “narrativa del problema”.
- En relación con un problema o tema determinado: un ritual no puede aludir a todo; más bien, ha de elegir un fenómeno concreto, normalmente complejo, confuso y difícil, como la muerte, la pérdida o separación, el paso de una etapa a otra... De ahí que, en terapia, sea construido *ad hoc* y *ex profeso*.

Esta definición permite reclasificar los seis fenómenos que, según indicamos al inicio, han recibido el nombre de “ritual” a lo largo de la historia de la terapia familiar. Las secuencias altamente pautadas de acciones de la escuela de Milán carecen de simbolismo y *a fortiori* de metáfora fundamental, atmósfera pregnante y capacidad de evocar y canalizar emociones; son, en realidad, tareas entre sesión. Los conjuntos cíclicos de acciones (como la salida al cine semanal o las vacaciones anuales) y los actos repetidos que involucran a amigos y familia ampliada (como invitaciones a jugar cartas o a cenar) tampoco tienen simbolismo alguno; por más que afiancen las relaciones de una pareja o familia, aquellos son rutinas o hábitos y encuentros informales. Las celebraciones (cumpleaños, aniversarios, bodas, navidades) pueden, o no, ser rituales en función de si incluyen un simbolismo y si se realizan con el fin de modificar las emociones de los participantes más allá del acto; así, las bodas, funerales, bautizos... lo son casi de modo indefectible, mientras que los cumpleaños, navidades, aniversarios, casi nunca.

Las secuencias de acciones simbólicas creadas por un terapeuta para una familia son rituales por antonomasia, pues buscan a través del simbolismo alterar la experiencia de las personas de manera permanente. Finalmente, los actos cíclicos absurdos o vergonzosos del obsesivo o el psicótico también son rituales, porque pretenden alterar o neutralizar una emoción dolorosa o amenazante a través del simbolismo (lavarse las manos es purificarse; rezar el avemaría es pagar por una falta); sólo que fracasan porque, en vez de simbolizar su experiencia emocional de trasfondo, la persona elige un símbolo que procura rechazarla expulsándola de la conciencia, lo cual tiene dos consecuencias negativas: por un lado, alejarla todavía más de sus emociones primarias y las necesidades insatisfechas subyacentes, con lo que se priva de asumirlas y resolverlas asegurando un posible “retorno de lo reprimido”; por otro, como para evitar o negar algo hay que prestarle atención, el acto de rechazarlo tiene el paradójico efecto de introducirlo aún más en la conciencia (Laso, 2011). La diferencia clave entre un ritual exitoso o curativo y uno fallido o patológico es, en definitiva, la que media entre simbolizar una experiencia para aprehenderla y aferrarse a su contrario para renegar de ella.

6. ALGUNAS IMPLICACIONES Y UN EJEMPLO

De esta teoría se deduce que un ritual sólo es pertinente para tramitar emociones complejas en las cuales se entrelazan varias capas. Sería pernicioso *ritualizar* un simple “estoy triste”, porque impediría a la persona hacerse cargo sin ambages de su emoción primaria (para la distinción entre emoción primaria y secundaria, ver Laso, 2014). Si el ritual sirve ante todo para simbolizar las emociones de los participantes, ¿por qué no basta con que las describan de manera verbal sin más complicación? La respuesta es que eso es lo que hacen cuando su emoción es suficientemente sencilla y transparente como para nombrarla, situación que, si no muy frecuente en la vida diaria, es insólita en quienes acuden a terapia, ya que ése es el origen de sus dificultades: encontrarse en nudos de emociones primarias y secundarias ante las cuales la mera expresión lingüística no basta.

De esto se sigue que la potencia de la metáfora que vertebra un ritual no depende de su ambigüedad (como cree Imber-Black); si fuera en verdad ambigua, el ritual podría interpretarse de muchas maneras distintas y sería incapaz de canalizar adecuadamente la emoción. Una metáfora es potente porque es polifacética: simboliza y cristaliza, a la vez, varios planos de la experiencia emotiva de los circunstantes y les permite hacerse cargo de ellos y conducirlos a un mismo destino. Por ello, un ritual cumple una función que ninguna otra técnica puede satisfacer con plenitud y el terapeuta que los emplee debe desarrollar su capacidad metafórica (a través, por ejemplo, del arte).

Se sigue también que un ritual, a fin de que alcance toda su eficacia, debe incorporar técnicas analógicas, “activas” o artísticas, como la escultura, el dibujo o las máscaras, ya que sólo gracias a ellas pueden los participantes cristalizar sus emociones, pero si la terapia por el arte es de gran utilidad para explorar la experiencia emocional, es insuficiente para tramitarla; para eso, debe volcarse

en una técnica resolutoria o, mejor dicho, consumatoria: el ritual (“mágico”, acotaría Collingwood).

Asimismo, se sigue que es indispensable que los participantes de un ritual sepan que están dentro de él y que ejecuten sus acciones con cierta conciencia de su propósito simbólico. Un ritual cuyos circunstancias no saben que están formando parte de él es una mera ceremonia; uno cuyos circunstancias saben que lo están haciendo, pero no creen en su eficacia, una simulación, un ensayo o una representación.

Finalmente, en un texto anterior, hemos señalado cuatro condiciones que debe satisfacer una técnica para generar un cambio emocional (Laso, 2014, p. 117): activación de las emociones primaria y secundaria, diferenciación y articulación de la estrategia defensiva secundaria y la necesidad básica primaria, respuesta real o virtual de los otros significativos ante éstas, y toma de postura de la persona con base en la nueva información. Un ritual efectivo debe construirse atendiendo las mismas reglas, como en el ejemplo que ponemos a continuación, tomado de nuestra propia experiencia.

Una pareja con tres hijos acude a terapia porque el intermedio, de nueve años, presenta desde hace un tiempo conductas violentas con su madre y mal comportamiento en el colegio. A lo largo de cinco sesiones van emergiendo detalles que contextualizan el problema: el padre, carpintero y trabajador ocasional, tiene un negocio que casi no rinde y al que dedica cada vez menos tiempo; la madre, con un préstamo de su hermana (que el padre resiente), ha puesto un cibercafé en el que pasa casi todo el día, lo que deja las tareas del hogar en hombros de aquél, que lo vive con sorda tristeza. Cuando llega a casa, la madre está demasiado cansada para limpiar; por ello, termina gritando con frecuencia a sus hijos, en particular al paciente identificado, por cualquier desorden, a lo que el padre reacciona regañándolos con desgano, desautorizándola tácitamente. La relación entre ambos, difícil desde un principio, se ha agriado con el ciber, al que el padre ya no acude, en parte por su sensación de que el préstamo de su cuñada lo ha dejado en ridículo, en parte porque su esposa lo acusa de estorbar más que ayudar.

Al final de la quinta sesión, el supervisor entra y declara:

Hemos conversado en el equipo y vengo a decirles que, después de todo, ustedes tenían razón: todos los problemas se agravaron con ese bendito ciber... [la familia sonrío]... Así que les tengo una petición, pero no les voy a decir para qué se los pido. Quiero que para la próxima cada uno de ustedes busque en su casa algo que represente lo que el ciber ha significado en sus vidas, tanto lo bueno como lo malo. Pueden ser fotos, dibujos, un recuerdo... Cualquier cosa con tal de que simbolice lo que el ciber ha sido. Y con esos recuerdos... ya verán lo que hacemos.

La familia trae algunas fotografías y dibujos a la sexta y última sesión. Se sienta a los tres hijos en torno a una mesa bajo la mirada de los padres, se les entregan lápices de colores y se les pide que “elijan los colores más feos para pintar las fotos y los dibujos. Pinten lo que el ciber les ha quitado. Sus padres les pueden ayudar dándoles ideas de qué poner”. Al principio, tímidos, los niños empiezan a soltarse animados por el supervisor; pronto, la familia entera participa en el dibujo en una atmósfera de distensión y risas. Al terminar, el supervisor recoge los dibujos y los reparte diciendo: “Aquí está el ciber con todo lo malo y lo bueno. Es hora de que esta familia se libere de él... ¿Qué tal si hacen con cada dibujo lo que quisieran hacer con lo malo que el ciber les ha dejado?”. Sonriendo, el padre estruja el suyo, la madre lo rompe en pedacitos, etcétera. El supervisor recoge los restos rotos y apachurrados y los mete en un sobre que dice “El sobre de las cosas malas”, que entrega a la hermana mayor, a quien nombra “Guardiana del sobre de las cosas malas”: “Si mañana la familia necesita volverse a pelear, tú serás la encargada de recordarles que pueden sacar lo que hoy hemos sellado en este sobre”. El paciente identificado ha abandonado su mala conducta y la pareja, sus constantes peleas y la sesión se cierra en una nota alegre.

Además de encajar en la definición propuesta, este ejemplo cumple con las cuatro condiciones del cambio emocional. Al pedirles que traigan y manipulen un objeto que simbolice lo que el ciber ha sido en sus vidas, el terapeuta está facilitando la activación de las emociones secundarias (en este

caso, culpa e ira) y primarias (tristeza) y la articulación de las estrategias defensivas (representadas en los “colores horribles” pintarrajeados sobre las fotos) y las necesidades básicas insatisfechas (“todo lo que el ciber nos ha quitado”). Al animar a los padres a que den ideas a sus hijos, los mueve a asumir y responder de manera tácita a dichas emociones y necesidades. Finalmente, romper y es- trujar los dibujos y meterlos en el “Sobre de las cosas malas” simboliza una toma de postura general, un rechazo a toda la “experiencia ciber”, que pueden canalizar a su cotidianidad según lo requieran al pedir a la hermana mayor que lo saque de su escondite.

7. CONCLUSIÓN

Esta discusión no agota las implicaciones de esta teoría para la puesta en marcha de rituales en terapia; por el contrario, de ella se deducen múltiples consejos sobre, por ejemplo, el doble papel del terapeuta (tejedor y oficiante), la estructura mínima de todo ritual (“estancias” y “junturas”) y cómo aprovecharla, la necesidad de crear la atmósfera pregnante primero en la experiencia interna del terapeuta para luego extenderla a los participantes, entre otros. Sin embargo, las limitaciones de espacio obligan a dejar el desarrollo de estas sugerencias prácticas para próximos artículos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, H. & Gehart, D. (eds.) (2006). *Collaborative therapy*. Nueva York, EUA: Routledge.
- Andolfi, M. (1984). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Bagarozzi, D. y Anderson, S. (1996). *Mitos personales, matrimoniales y familiares: formulaciones teóricas y estrategias clínicas*. Barcelona: Paidós.
- Bertrando, P. y Boscolo, L. (1996). *Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas*. Barcelona: Paidós.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis & cognitive science: A multiple code theory*. Nueva York: Guilford Press.
- Collingwood, R. (1938). *The principles of art*. Oxford: Clarendon Press.
- Crockett, S. & Prosek, E. (2013). Promoting cognitive, emotional, and spiritual client change: The infusion of solution-focused counseling and ritual therapy. *Counseling and Values*, 58, 237-253.
- D’Oro, G. (2002). *Collingwood and the metaphysics of experience*. Nueva York: Routledge.
- Dalley, T. (1984). *Art as therapy: An introduction to the use of art as a therapeutic technique*. Nueva York: Routledge.
- Dallos, R. (1996). *Sistemas de creencias familiares*. Barcelona: Paidós.
- Grimes, R. (2013). *The craft of ritual studies*. Oxford: Oxford University Press.
- Hall, C. (1953). A cognitive theory of dream symbols. *The Journal of General Psychology*, 48, 169-186.
- Hethmon, R. (1998). *El método del Actors Studio: conversaciones con Lee Strasberg*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Hinz, L. (2009). *Expressive therapies continuum: A framework for using art in therapy*. Nueva York: Routledge.
- Imber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. (comps.) (1997). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona: Gedisa.
- Lakoff, G. (1987). *Women, fire, and dangerous things*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Londres: The University of Chicago Press.
- Laso, E. (2002). *Estética y conocimiento encarnado: en defensa de la metafísica*. Trabajo de inves-

- tigación no publicado, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Laso, E. (2006). Anamnesis, catarsis, anagnórisis: una miniteoría filosófica del cambio terapéutico. *Redes*, 17:9-30.
- Laso, E. (2009). El hormiguero y el símbolo: la mente conjetural. *Quaderns de filosofia i ciència*, 39: 95-114.
- Laso, E. (2011). Dejar que la mente se piense a sí misma: un modelo atencional de la interacción terapéutica. *Redes*, 25: 69-92.
- Laso, E. (2014). El trabajo con emociones en terapia familiar: teoría y aplicaciones. En Medina, R., Laso, E., y Hernández, E. (eds.); *Pensamiento Sistémico: nuevas perspectivas y contextos de aplicación*. Guadalajara: Litteris.
- Laso, E. (2015a). Cinco axiomas de la emoción humana: una clave emocional para la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 26(100): 143-158.
- Laso, E. (2015b). Terapia familiar en clave emocional, 1: breve revisión histórica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2): 631-662.
- Leal, F. (2015). Collingwood como teórico de la sociedad. En J. Ramírez y R. Vizcarra (eds). *Repensar a los teóricos de la sociedad, II*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Medina, R. (2011). *Cambios modestos, grandes revoluciones: terapia familiar crítica*. México: E-Libro Red Américas.
- Munz, P. (1959). *Problems of religious knowledge*. Londres: SCM Press Ltd.
- Munz, P. (1964). *Relationship and solitude*. Londres: Eyre & Spottiswoode.
- Munz, P. (1986 [1973]). *Cuando se quiebra la rama dorada: ¿estructuralismo o tipología?* México: Fondo de Cultura Económica.
- Seikkula, J. & Olson, M. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics". *Family Process*, 42 (3), 403-418.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G y Prata, G. (1991 [1986]). *Paradoja y contrapara- doja*. Barcelona: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Van der Hart, O. (1986). *Rituals in psychotherapy: Transition and continuity*. Nueva York, EUA: Ardent Media Incorporated.

Cambios en la mitología de la pareja que ha vivido una pérdida perinatal. Perspectiva de la madre

35

Changes in a couple's mythology after a perinatal loss. A mother's perspective

Itxaso T. Figeras Uranga¹

¹Centro de Salud Mental Hospital Universitario Mutua de Terrassa.

Historia editorial

Recibido: 08-02-2015

Primera revisión: 02-04-2015

Aceptado: 28-04-2015

Palabras clave

pérdida perinatal, mitología de la pareja, duelo.

Resumen

Una pérdida perinatal supone un impacto significativo en la relación de la pareja que la sufre. En nuestro estudio, analizaremos este impacto y pondremos atención en los cambios en la mitología de la pareja tras la pérdida. Esta mitología hace referencia a la negociación implícita de la pareja a partir de la narrativa individual de cada cónyuge y presenta tres dimensiones diferentes: valores y creencias, clima emocional y rituales. Realizamos una entrevista semiestructurada a tres madres que han sufrido una pérdida perinatal a fin de conocer las características del duelo que experimentan y el impacto en la relación conyugal. Los resultados reflejan cambios en creencias sobre el proyecto de vida, el autoconcepto de cada cónyuge y la explicación de lo sucedido, entre otros; en cuanto al clima emocional, surgieron sentimientos compartidos de tristeza, rabia, miedo, soledad e incompreensión, y en los nuevos rituales de pareja destaca la aparición de conductas de evitación.

Abstract

A perinatal loss has a significant effect on a couple's relationship. This essay tries to analyse this effect considering the changes on the couple's mythology after the loss. The couple's mythology refers to the couple's underlying negotiation from each partner's individual narrative, which concerns three different dimensions: values and beliefs, emotional atmosphere and rituals. A semi-structured interview has been carried out on three mothers who suffered a perinatal loss. The aim of the study was to know the characteristics of the grief they are experiencing and the effect on their couple's relationships. Results show changes in beliefs related to the life project, the self-concept each partner has and the reason for the trauma, among others; related to the emotional atmosphere with the presence of shared feelings such as sadness, anger, fear, loneliness and incomprehension and related to the couple's new rituals, such as the presence of avoidance behaviours.

Keywords

perinatal loss, couple's mythology, grief.

El estudio del duelo tiene una historia de más de cuarenta años en la investigación sobre la familia; sin embargo, existen pocas publicaciones sobre el duelo perinatal (Callister, 2006). Como señala Claramunt (2009), socialmente estas pérdidas son un tema tabú. Si ya la muerte en general es un asunto pendiente de abordar en nuestra sociedad, la muerte perinatal es todavía más silenciada y olvidada.

Pérdida perinatal es el término que se aplica para definir la muerte fetal tardía, la muerte durante el parto y la muerte neonatal precoz, que incluye hasta los primeros siete días de la vida del recién nacido (Santos, 2009). Esta muerte se produce muchas veces inesperadamente después de un embarazo sin complicaciones (Kersting & Wagner, 2012).

La pérdida perinatal es, por tanto, un hecho traumático relativamente frecuente que afecta a las parejas, y en general a las familias, en diferentes aspectos de su vida: fisiología, emoción, proyecto de vida, reinicio del ciclo, identidad como padres y relación de pareja, entre otros (Claramunt, Álvarez, Jové y Santos, 2009). Así pues, se trata de un hecho que no sólo aqueja a la madre, sino también al padre y a la relación conyugal (Mota, Aldana, Gómez, Sánchez y González, 2008; Swanson, Karmali, Powell & Pulvermahher, 2003).

Uno de los componentes de la relación que puede verse más afectado es el de la mitología de la pareja, que constituye el espacio comunicacional común que se configura al atribuir significado a las cosas de cada cónyuge. Campos y Linares (2002) especifican que se trata de esa negociación implícita de la pareja a partir de la narrativa individual de cada miembro. Presenta tres aspectos diferentes: cognitivos (los valores y creencias de la pareja), emocionales (el clima emocional) y pragmáticos (los rituales). A continuación, abordaremos los cambios de la mitología de pareja tras la pérdida.

VALORES Y CREENCIAS

Los valores y las creencias representan las ideas que centran y polarizan los intereses de la pareja (Linares, 2012). Mota *et al.* (2008) destacan que la muerte del hijo cuestiona los valores fundamentales de la vida de cada padre y sus creencias filosóficas. Por ejemplo, a menudo las parejas necesitan dar una explicación a la pérdida, especialmente cuando carecen de un “porqué” de lo sucedido, como ocurre en más de cincuenta por ciento de los casos (Sánchez-Pichardo, 2007).

Las madres, a menudo, buscan motivos para la autoinculpación (“si hubiera descansado más”, “si me hubiese dado cuenta antes”...). La mayoría de las veces son motivos ficticios, pero se aferran a ellos y se autocastigan a fin de encontrar una explicación para la desgracia (Claramunt, 2009).

Una narrativa de la madre centrada en la autocrítica, junto con una pérdida en un momento tardío de la gestación, está asociada a un duelo complicado y dificulta el afrontamiento del miedo en un posible embarazo futuro (Franche, 2001). En estos casos, el papel de la pareja es esencial (Swanson *et al.*, 2003). Surgen, también, los pensamientos recurrentes, la sensación de “no poder creer lo que ha sucedido”, las diferentes creencias erróneas que pueden impedir una realización del duelo (“siempre nos pasan a nosotros las cosas malas”).

Otra creencia afectada es la idea que cada padre o madre tiene de sí mismo. Según Mota *et al.* (2008), la pareja no sólo se ha de adaptar a la pérdida de su rol parental, sino que la muerte de su hijo los confronta con la adaptación a su propio autoconcepto. Estos autores plantean que, en el caso de las madres, el autoconcepto a menudo está muy matizado por la maternidad. Las mujeres definen su identidad a través de sus relaciones y del cuidado de los otros, y el duelo representa también la sensación de pérdida de sí misma.

Otros de los valores y las creencias que se modifican o aparecen tras la pérdida son los relacionados con el futuro. Campos y Linares (2002) plantean que la consolidación como pareja estable se produce en la medida que se incorporen proyectos en común; entre ellos, destaca la decisión de tener hijos.

En este sentido, la pérdida perinatal no sólo involucra al feto, sino que el proyecto de futuro desvanece, en especial cuando no se han tenido otros hijos. Aparecen duelos secundarios como la pérdida de los deseos de la pareja, de sus expectativas asociadas con el hijo no-nato, de la creación de una nueva vida y del rol parental, es decir, todas aquellas ideas sobre el futuro que los padres habían proyectado (Callister, 2006; Oviedo, Urdaneta, Parra y Marquina, 2009). En esta línea, la pérdida del hijo no-nacido puede afectar de forma negativa la percepción de una pareja sobre la posibilidad de tener más hijos (Meza y Vargas, 2011).

Finalmente, el duelo es un proceso de reconstrucción de significado, de narrativa. Así, da la oportunidad a los padres y madres de reafirmar o reconstruir un mundo personal de significados que ha sido cuestionado por la pérdida (Neimeyer, 2000).

CLIMA EMOCIONAL

El clima emocional es el resultado de una negociación, mayoritariamente implícita, sobre los estados afectivos que se pueden compartir. Las parejas pueden aceptar compartir todo tipo de emociones o restringir las que se toleran, ya sea en general o en determinadas circunstancias (Linares, 2012).

Junto con la tristeza y la rabia, las parejas sienten soledad e incompreensión en el dolor de la pérdida (Claramunt *et al.*, 2009). No existe una “autorización social” para hacer el duelo y el entorno intenta minimizar la situación centrándose de manera optimista en el futuro y en la posibilidad de otros embarazos (Worden, 2002).

Esa invalidación del suprasistema familiar se convierte en muchos casos en culpa, por no vivir la pérdida como se les exige (Claramunt, 2009). En este sentido, las normas de las familias de origen ejercen influencia sobre qué emociones están permitidas para los hombres y las mujeres, así como la forma en que esos sentimientos deben expresarse (Boss, 2001). En concreto, Swanson *et al.* (2003) subrayan que la percepción del escaso apoyo social es uno de los más claros factores de riesgo.

En cuanto a la relación, una cohesión desligada o una pobre vinculación emocional está asociada con la posibilidad de desarrollar un duelo más complicado (Kersting & Wagner, 2012). La proyección de la culpa o la rabia de la madre en su pareja y la pérdida de visión de futuro como familia pueden poner un considerable estrés en la relación, y crear un clima emocional de tensión y posible conflictividad (Doñate y Pozo, 2010; Kersting & Wagner, 2012).

Swanson *et al.* (2003) concluyen que las madres que percibían a sus parejas dispuestas a compartir mutuamente los sentimientos referían sentirse de la misma forma como se sentían antes de la pérdida tanto a nivel interpersonal como sexual. Por el contrario, las madres que se sentían más distantes de sus parejas tras la pérdida tenían más miedo a intentar un nuevo embarazo; eran menos capaces de compartir la pérdida con sus compañeros y experimentaban más tensión y menos comunicación. Swanson *et al.* (2003) señalan que, quizás, estas madres se sienten con cierta percepción de abandono.

Además, con frecuencia los problemas de comunicación y de relación de la pareja tienen que ver con las diferencias de género en la vivencia del duelo (Capitulo, 2005). Las mujeres parecen vincularse antes y con más intensidad con el feto que los hombres (Demarco, Menke & McNamara, 2001).

También, existen diferencias en la expresión del malestar: mientras las madres tienden a apreciar la oportunidad de expresión de lo sucedido con la pareja, los padres evitan el tema por miedo (Swanson *et al.*, 2003). Las mujeres pueden percibir a sus parejas como poco cuidadosas y distantes emocionalmente y malinterpretar su falta de expresión del duelo (Capitulo, 2005). Así, los padres pueden quedar excluidos; no se les pregunta cómo están; sólo se tiene interés por el estado de su mujer (Claramunt, 2009).

Para Callister (2006), la expectativa de que el padre muestre fuerza y apoyo a menudo entra en conflicto con la conexión de su propio duelo. Al dolor y la frustración de perder al hijo ha de

añadirse la preocupación por lo que pueda pasarle a su compañera; por ello, es probable que aplace su propio duelo (Álvarez, 2009).

No está claro si estas diferencias de género responden a una menor vinculación de los padres con los hijos, o a su resistencia a expresar su duelo de manera abierta, o bien, a una combinación de éstas (Beutel, Willner, Deckardt, Von Rad & Weiner, 1996). De acuerdo con la teoría de la comunicación humana de Watzlawick, Beavin y Jackson (1967), podemos suponer diferencias individuales relativas tanto al contenido que se transmite de forma digital como al que se transfiere analógicamente.

En ocasiones, las parejas viven una falta de sincronía y aumentan su estrés por ello (Franché, 2001). Kersting y Wagner (2012) señalan que el riesgo más grande para la pareja es presentar un proceso de duelo desigual entre sus miembros. Será fundamental para el vínculo hablar de lo que ha pasado, de lo sentido y lo vivido (Álvarez, 2009). En terapia sistémica se considera que un bebé no nacido es un miembro más, con toda su realidad:

Aunque no llene un espacio físico, ocupará un lugar en el universo de la familia y de cada uno de sus miembros. Si no se hace consciente esta necesidad de conversar acerca del pequeño que no se llegó a conocer, de pensar en él, en cómo sería de mayor, a quién se parecería, de llorarle y recordarle, de guardar un espacio y un tiempo para él, la necesidad se hará tan grande en el subconsciente que ocupará espacios propios de la vida cotidiana, de los miembros de la familia y de sus emociones y pensamientos (Álvarez, 2009, p. 125).

RITUALES

Éstos constituyen el territorio de las conductas compartidas por los miembros de la pareja (Linares, 2012). Uno de los cambios conductuales que se producen en un proceso de duelo es vivir un mayor aislamiento y presentar conductas de evitación. Junto al aislamiento social, también puede haber una pérdida de interés por el mundo externo. De la misma manera, otra conducta opuesta que pueden presentar es la de visitar lugares o llevar objetos que recuerden al bebé (por ejemplo, mantener y visitar la habitación preparada para el hijo) (Worden, 2002).

Kersting y Wagner (2012) denominan *child envy* (envidia de hijo) al sentimiento de envidia que puede surgir. A menudo, estos padres tienen dificultades para contactar con amigos o familiares que tienen hijos o que están en el mismo periodo de gestación en el que ocurrió su pérdida. La dificultad para afrontar estas emociones y la evitación continuada llevan a más aislamiento (Kersting & Wagner, 2012). De hecho, la pareja puede sentir rabia, alegría, frustración y envidia al unísono por un embarazo cercano (Álvarez, 2009), experiencia que puede implicar evitaciones.

Otro tipo de rituales también marcan momentos de transición en la vida y ayudan a digerir los cambios (Álvarez, 2009); por ejemplo, tener la opción de ver y abrazar al hijo o la hija es importante para los padres (en el caso de las pérdidas en el parto o al final del embarazo). Asimismo, el mencionar el nombre del bebé en conversaciones es una manera positiva de recordarlo y facilitar el duelo de la familia (Capitulo, 2005).

Capitulo (2005) sugiere preguntar a las familias qué tipo de rituales y prácticas desean realizar. Así, los cónyuges se conectan juntos con la pérdida y encuentran un espacio de despedida de su hijo o hija. Estos rituales de despedida ayudan a encaminar a la persona a la aceptación (Álvarez, 2009). Llevar a cabo un ritual de despedida puede ser muy significativo y supone un reconocimiento de la pérdida.

En este estudio, tenemos como objetivo explorar los cambios en la mitología de la pareja que ha vivido esta pérdida perinatal desde la percepción de la madre. El diseño utilizado es observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

2. MÉTODO

Participantes

La muestra está compuesta por tres madres que han perdido a su hijo entre la semana 32 y 40 de gestación tras un embarazo sin complicaciones. Las pérdidas se produjeron de cuatro a diecisiete meses antes de la entrevista. Estas mujeres fueron derivadas al Centro de Salud Mental del Hospital Universitari Mútua de Terrassa por el Servicio de Ginecología del mismo hospital.

La media de edad de las participantes es de 34.5 años (con un rango de treinta y dos a treinta y seis años). Las tres están activas laboralmente y tienen una relación estable; en los tres casos, la hija o el hijo perdido era deseado y el embarazo fue planeado. El proyecto de parentalidad era compartido por las parejas.

En uno de los casos, la causa de la muerte del hijo fue conocida (ahogo por el cordón umbilical). En los otros dos, el origen se mantiene desconocido tras los resultados de la necropsia. Se informó a las tres madres de la posibilidad de nuevo embarazo al no existir motivos identificados que evidencien su imposibilidad.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) madres que hubiesen sufrido una pérdida perinatal entre los últimos dos y veinticuatro meses; b) que hubieran hecho una demanda de apoyo psicoterapéutico; c) que tuvieran pareja estable; y d) que ninguno de los cónyuges reportara un diagnóstico psicopatológico según el DSM-IV. De igual modo, realizamos un muestreo no probabilístico intencionado.

INSTRUMENTO

El instrumento utilizado para recolectar los datos ha sido la transcripción de la entrevista semiestructurada a cada una de las madres participantes. La entrevista hacía dos preguntas principales: ¿cómo os ha afectado vuestra pérdida? y ¿cómo ha afectado la pérdida a tu relación de pareja? Las madres contestaban abiertamente a estas preguntas. El objetivo era producir narraciones que aportasen información sobre la influencia de la pérdida en la relación.

PROCEDIMIENTO

La metodología para el estudio fue la cualitativa, mediante el análisis temático del contenido. En un principio, concretamos los requisitos necesarios para la selección de la muestra y los criterios de inclusión de acuerdo con el objetivo planteado. Posteriormente, los datos fueron recabados por medio de la grabación de las sesiones de las entrevistas y las correspondientes transcripciones.

El análisis de los datos se realizó a partir de la revisión del contenido de las entrevistas. Ello nos permitió extraer del texto las diferentes temáticas. A cada unidad de significado referente a un mismo asunto le asignamos una categoría que corresponde al tema que abordan. Estas categorías principales extraídas se han estructurado en un árbol de categorías. De esta manera, cada categoría principal se divide en subcategorías que matizan su significado y corresponden a aspectos más concretos que también se han recogido para el análisis.

Para dar más validez a los resultados, el árbol de categorías fue elaborado por dos investigadoras. Primero, de manera individual se clasificó cada texto y se creó un primer árbol de categorías por cada una de las analistas; después, se unificó en un árbol definitivo de categorías y subcategorías puesto en común. En seguida, fue cuantificada la frecuencia de aparición de cada una de las categorías, tanto en general como en cada caso en particular.

3. RESULTADOS

En este apartado, presentamos las diferentes temáticas que aparecen en las tres entrevistas realizadas a las tres madres participantes. Como señalamos, estas temáticas se han clasificado en

un árbol de categorías y subcategorías. La codificación de las unidades resulta en cuatro categorías principales: aspectos emocionales; creencias y valores; diferencias/similitudes de afrontamiento entre cónyuges; y rituales.

La categoría *aspectos emocionales* incluye todos los estados afectivos que la madre expresa (sentimientos que ha sentido ella o su pareja tras la pérdida). En la categoría creencias y valores están presentes las ideas o temas que centran los intereses de la pareja después de la pérdida. Dentro de la categoría de *diferencias/similitudes de afrontamiento*, consideramos las respuestas de las madres en relación con las diferencias o similitudes en la expresión del duelo o en los roles asumidos por los cónyuges luego de la pérdida. Por último, *rituales* hace referencia a las conductas nuevas compartidas por la pareja.

En seguida, mostramos los resultados obtenidos de las categorías que han aparecido en el análisis y sus porcentajes. De forma general, y por orden de más recurrentes a menos, del total de unidades analizadas en las tres entrevistas, 46% corresponden a creencias y valores; 30%, a aspectos emocionales; 15%, a rituales; y 9%, a diferencias/similitudes de afrontamiento entre cónyuges.

Para facilitar la exposición de los resultados concretos en cada una de las categorías, presentamos el conjunto de subcategorías que constituyen cada categoría por cada una de las entrevistas.

CREENCIAS Y VALORES

La tabla 1 contiene las subcategorías extraídas de la categoría principal de creencias y valores, la presencia o ausencia de cada una de ellas en cada entrevista y una referencia textual que las ejemplifica.

Categoría	Madre 1	Madre 2	Madre 3	Unidad de significación
Creencias sobre autoconcepto	X	X		“Ahora ya no controlo nada, soy más vulnerable.”
Creencias de culpa	X	X		“¿Y si hubiese hecho alguna otra cosa?”
Creencias sobre proyecto de pareja	X	X	X	“Todos los planes que habíamos hecho se han caído.”
Creencias de fatalidad	X	X	X	“Es lo peor que le podía pasar a una persona.”
Creencias de injusticia	X	X	X	“¿Por qué nosotros?”
Creencias sobre cohesión de pareja	X	X	X	“Lo que nos ha pasado nos une; nos distingue de los demás.”
Creencias sobre cambio de valores	X	X	X	“Nos ha servido para coger la vida de otra manera.”
Creencias sobre percepción de apoyo	X	X	X	“El apoyo de los amigos nos ha ayudado mucho.”
Porcentaje total	49.4	46.5	40.7	

Tabla 1. Subcategorías de creencias y valores en cada entrevista

ASPECTOS EMOCIONALES

En este apartado, compartimos las subcategorías que configuran esta categoría, así como la presencia o ausencia de cada una de ellas en las entrevistas y una referencia textual. Indicamos también el porcentaje general de la categoría en la entrevista de cada madre.

Categoría	Madre 1	Madre 2	Madre 3	Unidad de significación
Tristeza	X	X	X	“Aún sentimos mucha tristeza.”
Rabia	X	X	X	“Sentía mucha rabia contra cualquiera a quien le saliesen bien las cosas.”
Miedo	X	X	X	“Mucho miedo, muy insegura.”
Shock	X	X	X	“Me quedé en shock.”
Sentimiento de apego con el/la hijo/a	X	X	X	“Nosotros nos consideramos padres de él.”
Sentimiento de invalidación	X	X	X	“Me he sentido decepcionada por la reacción de amigos.”
Porcentaje total	27.6	27.5	38.6	

Tabla 2. Subcategorías de aspectos emocionales en cada entrevista

RITUALES

La tabla 3 contiene esta categoría y las subcategorías correspondientes extraídas del análisis, así como el porcentaje de presencia de la temática en cada una de las entrevistas.

Categoría	Madre 1	Madre 2	Madre 3	Unidad de significación
De evitación	X	X	X	“No quiero ver los bebés de mis amigas.”
De pareja	X	X	X	“Ahora compartimos más.”
De reparación del duelo	X	X		“Dejamos las cenizas en Montserrat.”
Porcentaje total	14.9	13.7	15.7	

Tabla 3. Subcategorías de rituales en cada entrevista

DIFERENCIAS/SIMILITUDES DE AFRONTAMIENTO ENTRE CÓNYUGES

En la tabla 4, presentamos las subcategorías de esta categoría general, junto con las referencias textuales correspondientes y los porcentajes de cada entrevista.

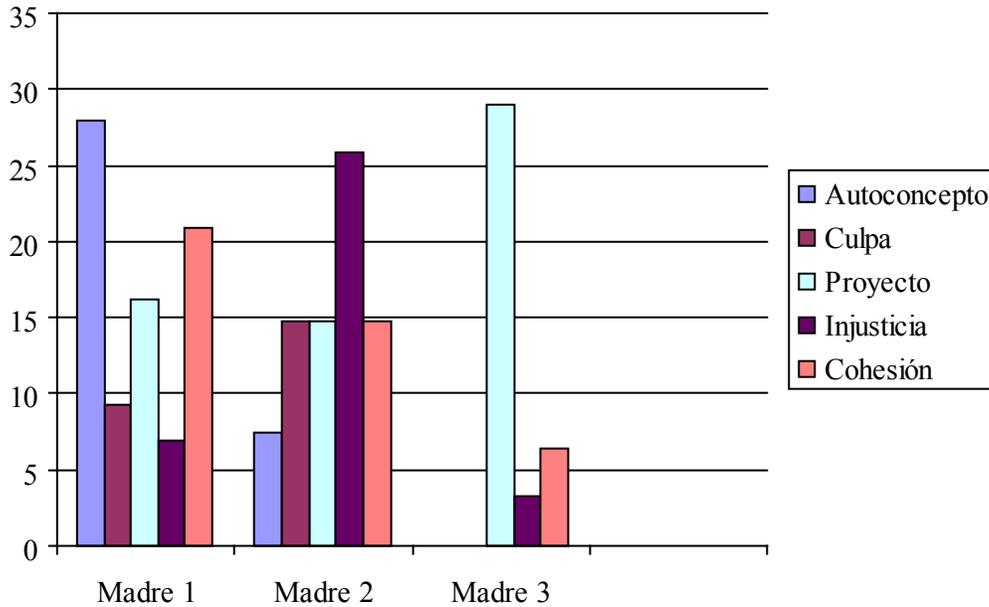
Categoría	Madre 1	Madre 2	Madre 3	Unidad de significación
En expresión	X	X	X	“Él ha tenido su espacio, pero no lo ha cogido por su forma de ser.”
En rol asumido	X	X	X	“La fuerza que normalmente tengo yo la tuvo que coger él, se quedó en segundo plano.”
Porcentaje total	8	12	6.5	

Tabla 4. Subcategorías de diferencias/similitudes de afrontamiento entre cónyuges en cada entrevista

En este apartado abordamos las temáticas más frecuentes en cada categoría y comparamos los porcentajes obtenidos en los tres casos del estudio.

Creencias y valores

La gráfica 1 contiene las subcategorías más recurrentes de esta categoría para cada una de las madres.



Gráfica 1. Temáticas más frecuentes en la categoría de creencias y valores

En el caso de la madre 1, las temáticas más frecuentes hacen referencia a cambios en la creencia de autoconcepto, creencias en torno a cómo se percibe la cohesión de pareja tras la pérdida y en relación con el impacto en el proyecto de pareja (27.9, 20.9 y 16.2%, respectivamente).

Las respuestas de la madre 2 son, en su mayoría, sobre la percepción de injusticia (25.9%), creencias de culpa para explicarse lo sucedido (14.8) y creencias acerca del proyecto de pareja (14.8). En la madre 3, observamos cómo el porcentaje mayor corresponde a la percepción de apoyo social y la valoración de éste (35.4), seguido de los porcentajes en percepción de cambios en el proyecto de pareja (29%) y cohesión de la pareja (6.4).

El análisis detallado de estas subcategorías permite advertir las temáticas presentes en cada una de ellas. La mayoría de las respuestas que tenían que ver con el proyecto de familia se referían al duelo por la pérdida de todo lo proyectado y deseado (principalmente el rol parental). El porcentaje restante aludía al mantenimiento del proyecto. Por otra parte, gran parte de las respuestas concernientes a la cohesión de pareja hablaban de la dificultad para mantenerse igual de unidos, mientras que el resto subrayaba una mayor cohesión (ver tablas 5 y 6).

Temáticas	Porcentajes
Creencias de pérdida del proyecto de maternidad/paternidad	65
Creencias de mantenimiento o refuerzo del proyecto de maternidad/paternidad	35

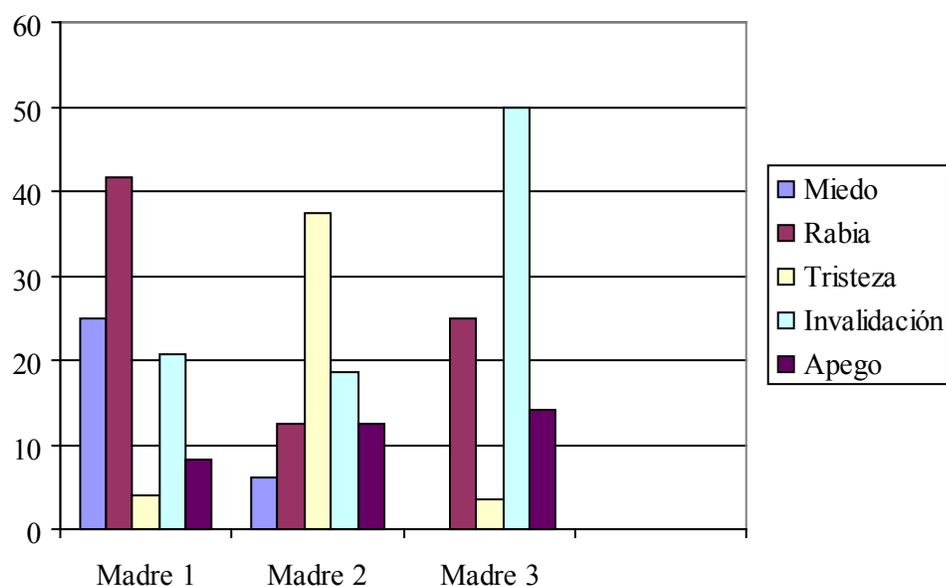
Tabla 5. Porcentajes de las temáticas de la subcategoría creencias relacionadas con el proyecto

Temáticas	Porcentajes
Percepción de dificultades en la cohesión	53.3
Percepción de más unión	46.6

Tabla 5. Porcentajes de las temáticas de la subcategoría creencias relacionadas con el proyecto

ASPECTOS EMOCIONALES

En la gráfica 2, presentamos los resultados obtenidos en esta categoría general.



Gráfica 2. Temáticas más frecuentes en la categoría de aspectos emocionales

En la madre 1 destaca la subcategoría relacionada con la emoción de la rabia (41.6%). Los otros dos aspectos emocionales más recurrentes son el miedo y el sentimiento de invalidación por parte del entorno (25% y 20.8, respectivamente). En la madre 2, las subcategorías más altas son las de tristeza (37.5), sentimiento de invalidación (18.7), apego (12.5) y rabia (12.5), por orden descendiente. Por último, la madre 3 muestra un muy alto porcentaje de respuestas que tienen que ver con el sentimiento de invalidación e incompreensión del entorno (50%) y, en segundo término, con la rabia y el sentimiento de apego a su hija (25% y 14.2).

RITUALES

En esta categoría, las conductas significativamente más destacadas en las entrevistas de las madres respecto a las ya comentadas (sobre todo de pareja y de reparación del sentimiento de pérdida) corresponden, en los tres casos, a los rituales de evitación tras la pérdida (46.1, 50 y 83.3%, en ese orden). Se trata de conductas de evitación a salir, a encontrarse con otras embarazadas o con conocidos por temor a tener que dar explicaciones. Las demás temáticas concernientes a nuevas conductas se referían a rituales de recuerdo del niño o niña o de despedida.

DIFERENCIAS/SIMILITUDES EN EL ESTILO DE AFRONTAMIENTO DE LOS CÓNYUGES

En esta categoría, las respuestas más recurrentes en los tres casos fueron acerca de las diferencias en los roles asumidos por los cónyuges (57.1, 71.4 y 80% en la madre 1, 2 y 3, respectivamente). Las tres coincidieron en que el cónyuge había ocupado un segundo plano de apoyo, tanto por iniciativa propia (“ha querido estar por mí”) como por la presión social (“él no ha podido cogerse la baja”,

“a él nadie le pregunta”). Las tres madres señalaron diferencias de expresión y comentaron que ellas manifestaron su dolor de forma más emocional e intensa, y sus cónyuges afrontaron la pérdida con más contención y tendencia a la racionalización (42.8, 28.5 y 20%, en ese orden).

5. DISCUSIÓN

Nuestro estudio se inició con el interés de explorar cómo una pérdida perinatal afecta en la mitología de la pareja. Partiendo de este objetivo, a continuación compartimos una reflexión sobre los resultados obtenidos.

La identificación y el análisis de los temas predominantes en la pareja (desde la perspectiva de la madre) permiten describir qué parte del mundo de significados de la pareja ha sido cuestionado tras la pérdida, así como los cambios que han surgido en el clima emocional y en los rituales. Debemos resaltar los matices y aspectos concretos que abarcan estos temas principales.

VALORES Y CREENCIAS

Retomando la perspectiva constructivista de Neimeyer (2000), el proceso fundamental de la experiencia del duelo es el intento de reconstruir el propio mundo de significados, la propia narrativa. De acuerdo con este planteamiento, los resultados obtenidos reflejan cómo la pérdida puede perturbar profundamente las creencias que cada pareja tiene sobre la vida y dar un golpe a los fundamentos de estas propias creencias y valores presupuestos. Coincidiendo con Mota et al. (2008), la pérdida no sólo ha supuesto la muerte del hijo o hija, sino también de todo aquello soñado en relación con éste y su vida familiar futura. Un ejemplo del cuestionamiento del proyecto de vida es lo que expresa la madre 1: “Yo tenía todas mis expectativas puestas, me había hecho todos los planes [...]. Se me desmontó todo [...]. Y tienes que volver a organizar toda la vida cuando no quieres hacerlo”.

En contraste, destaca que, a diferencia de lo señalado por Callister (2006) y Meza y Vargas (2011), aparecen diversas creencias de reafirmación con el proyecto de volver a ser madre; es decir, el golpe de la pérdida no supone la frustración definitiva en el plano de reproducción, al menos para dos de las madres: “Perder esta niña nos ha reforzado la idea de ser padres [...]. Incluso queremos tener más hijos de los que antes teníamos” (madre 3).

Siguiendo con el planteamiento del duelo como oportunidad de revisión de significados (Neimeyer, 2000; Worden, 2002), observamos cómo la pérdida perinatal hace conectar a la pareja con una sensación de vulnerabilidad y de menoscabo del sentido de justicia. De hecho, las tres madres destacan su percepción de injusticia ante lo que les ha sucedido. Frases como “no es justo que nos haya tenido que pasar a nosotros”, aparecen de forma repetida en las tres entrevistas.

Otra creencia cuestionada tras la pérdida es la idea que cada madre o padre tiene de sí mismo. Como subrayan Mota et al. (2008), tras la pérdida, la narrativa identitaria de las madres también se ve golpeada. Esto se confirma en dos de las madres, una de las cuales lamenta: “Ahora no puedo controlar absolutamente nada, soy incapaz, nunca volveré a ser la misma...” (madre 1).

Por el contrario, la madre 3 no presenta temáticas sobre esta creencia. Resulta interesante observar que ella también es la que formula una mayor proporción de respuestas que refieren continuar con su proyecto de volver a ser madre y es la que destaca más la identidad de ella y su pareja como padres. Como es la más joven, podemos pensar que puede percibir como más factible un nuevo embarazo.

De acuerdo con Claramunt (2009), dos madres del estudio expresan creencias de culpa, al manifestar en la entrevista motivos ficticios de la pérdida que las llevan a la autoinculpación. Respecto a la cohesión percibida en la relación, una de ellas advierte más distancia con el cónyuge y las otras dos, más unión. La madre que habla de más distancia también comenta que compartió más sentimientos de rabia con la pareja (madre 1); ello abre la posibilidad de asociar un clima emocional de

más irritabilidad y tensión compartidas con más distanciamiento y percepción de menos apoyo por el cónyuge. Esta realidad es señalada por Kersting y Wagner (2012).

Finalmente, en las tres entrevistas las madres resaltan la percepción de apoyo social como fundamental en el proceso de duelo.

CLIMA EMOCIONAL

Además de los sentimientos de tristeza y rabia compartidos entre los cónyuges y que ya han sido descritos en la literatura como respuestas esperables en el duelo perinatal (Swanson et al., 2003), las madres del estudio destacan una sensación de que su duelo no es comprendido por su entorno. Esta percepción de incompreensión y falta de “autorización social” por su dolor es comunicada también analógicamente. Esta realidad de soledad e invalidación se encuentra en sintonía con lo defendido por autores como Worden (2002), Swanson *et al.* (2003) y Claramunt (2009).

En contraste con la tesis de Claramunt (2009), los resultados obtenidos no reflejan una asociación entre esta percepción de invalidación del entorno y la presencia de más autorreproches por sentir que no se vive el duelo como corresponde. Por el contrario, parecen surgir como temáticas independientes. A pesar de cierta invalidación de algunas figuras del suprasistema, el clima emocional de las parejas ha sido permisivo y de respeto mutuo. Las tres madres se han sentido validadas y acompañadas por sus cónyuges: “Mi marido ha estado conmigo desde el primer momento, apoyándome [...] se ha portado como un campeón” (madre 2).

Las tres madres refieren, espontáneamente, sentir que sus parejas han sido todavía menos reconocidas en su dolor, y resaltan que ni siquiera han podido solicitar bajas laborales o expresar que el entorno no les ha preguntado a ellos cómo estaban, sino sólo por sus mujeres (Álvarez, 2009).

Las tres mujeres participantes han percibido a sus parejas dispuestas a compartir sentimientos y hablan de un mayor vínculo con mejor comunicación. De acuerdo con Swanson *et al.* (2003), esta realidad ha supuesto una mayor cohesión en el caso de dos de las madres (2 y 3). Contrariamente, la madre 1, a pesar de presentar un aparente clima emocional de sentimientos compartidos, refiere menos cohesión. Esta madre es, a su vez, quien habla de más irritabilidad entre cónyuges.

En relación con las diferencias de género, los resultados reflejan la existencia de una vinculación y un sentimiento de apego con el hijo o hija tanto por parte de la madre como del padre, quien también vive el duelo por su pérdida. Sin embargo, en armonía con el estudio de Swanson *et al.* (2003), las tres madres coinciden en diferencias de expresión de dolor entre ellas y sus parejas. Mientras que ellas han expresado abiertamente sus sentimientos, ellos se han mantenido en un segundo plano de apoyo. Álvarez (2009) refiere que ellos sienten que “no les toca”. En el caso de la madre 1, esta realidad ha supuesto un cambio de roles sobre la dinámica previa, aspecto que ha influido en la percepción de menos cohesión.

Retomando la idea de Callister (2006), no queda claro si esta diferencia de expresión puede ir asociada a una expectativa sobre el padre para que muestre más fuerza y que, de esta manera, desconecte su propio dolor, o por diferencias concernientes a mitos familiares o sociales del tipo “el hombre no tiene que ser sensible”. En cuanto al registro emocional de estas parejas, destaca que, además de tristeza, rabia y soledad, aparece el miedo, que es compartido por ambos cónyuges y surge por posibles embarazos futuros (Claramunt, 2009).

Finalmente, es de resaltar el profundo sentimiento de amor que ambos padres sienten por sus hijos no nacidos y el mantenimiento del rol parental a pesar de la pérdida. De acuerdo con Álvarez (2009), parece que el bebé fallecido es vivido como un miembro más del sistema familiar. El vínculo con su hijo o hija se conserva.

RITUALES

Las tesis de Worden (2002) y Claramunt (2009) se confirman cuando las tres parejas del estudio refieren conductas de evitación y aislamiento tras la pérdida. Explican su renuncia a frecuentar amigos y familiares que tienen hijos pequeños o amigas embarazadas, especialmente en las prime-

ras fases del duelo. Todo aquello que recuerda al bebé resulta doloroso (Kersting & Wagner, 2012). También, evitan encontrarse con conocidos o vecinos que les puedan preguntar por el niño o la niña, tras haber visto a la madre embarazada: “Salíamos, escuchábamos un vecino y volvíamos a escondernos en casa [...]. No queríamos que nos preguntasen [...]. El pan siempre lo íbamos a comprar a la misma panadería y no hemos vuelto más [...]. Ahora cambiamos de barrio” (madre 3).

Además de estas conductas de evitación compartidas por ambos cónyuges, que se van reduciendo a medida que se atraviesa el proceso de duelo, algunas madres hablan de nuevas conductas de pareja que tienen que ver con una mayor cohesión, como asistir a cursos juntos. Es de subrayar, del mismo modo, que las tres parejas describen como algo muy importante el haber llevado a cabo un ritual de despedida como reconocimiento al hijo o hija y a la pérdida. Todas valoraron haber tenido a sus hijos en brazos, además de recordarlos, hablar de ellos llamándolos por su nombre o ver la ropa que ya habían comprado.

En resumen, estos cambios en rituales, clima emocional y creencias son interpretables como un cambio en la mitología y la narrativa de la pareja tras la pérdida. En una próxima investigación sería interesante poder desgranar más matices sobre ello; por ejemplo, los resultados podrían concretarse más y relacionar estos cambios con las diferentes fases de duelo. Asimismo, sería innovador que futuros estudios recogieran la perspectiva del padre o evaluaran el impacto de la pérdida por medio de entrevistas a los dos miembros de la pareja de manera conjunta.

Para finalizar esta discusión, señalaremos dos limitaciones del estudio: en primer lugar, la muestra de participantes es pequeña; futuras investigaciones mejorarían los resultados con muestras más representativas. En segundo, el hecho de que la muestra estuviese formada sólo por las mujeres de la pareja permite obtener una mirada parcial de aspectos que corresponden a los dos miembros de la diada.

6. CONCLUSIONES

La pareja que vive un duelo perinatal experimenta un cambio en su mitología, en el mundo de significados que ha ido negociando y construyendo desde el inicio de su relación. La pérdida del hijo o la hija deseada después de un embarazo sin complicaciones supone un impacto significativo en el mundo de la pareja que origina cambios en valores y creencias, en el clima emocional y en los rituales consensuados.

Tras la pérdida, la pareja inicia un proceso de reconstrucción de narrativa compartida con características muy específicas, las cuales han sido descritas en este estudio. Es necesario subrayar la relevancia de plantear y diseñar tratamientos psicoterapéuticos que consideren los matices específicos de este tipo de duelo a fin de evitar procesos de duelo patológico. Esto ayudaría a la confirmación y validación de estos duelos, que a menudo ha quedado “olvidados” porque el hijo o la hija no tuvieron una presencia física de vida.

Por otra parte, teniendo en cuenta las posibles diferencias de expresión y manejo del duelo entre cónyuges, resulta importante realizar un abordaje con los dos miembros de la pareja, y también con los demás hijos si los hay, para mejorar el acompañamiento a estas familias y atender las dinámicas relacionales, incluso con el niño o niña no nacida, que forma parte del sistema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, M. (2009). Rituales para la pérdida. Celebración, sanación y crecimiento. En M. Claramunt, M. Álvarez, R. Jové y E. Santos. *La cuna vacía: El doloroso proceso de perder un embarazo* (pp. 83-155). Madrid: La Esfera de los Libros.
- Beutel, M., Willner, H., Deckardt, R., Von Rad, M. & Weiner, H. (1996). Similarities and differences

- in couples' grief reactions following a miscarriage: results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(3), 245-253.
- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua: cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona: Gedisa.
- Callister, L. (2006). Perinatal Loss. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20, 227-234.
- Campos, C. y Linares, J. (2002). *Sobrevivir a la pareja: problemas y soluciones*. Barcelona: Planeta.
- Capitulo, K. (2005). Perinatal Bereavement. *Journal of Maternal Child Nursing*, 30(6), 389-396.
- Claramunt, M. (2009). Sobre la vivencia del aborto en primera persona. En M. Claramunt, M. Álvarez, R. Jové y E. Santos. *La cuna vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo* (pp. 21-81). Madrid: La Esfera de los Libros.
- Claramunt, M., Álvarez, M., Jové, R. y Santos, E. (2009). *La cuna vacía: el doloroso proceso de perder un embarazo*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Doñate, A. y Pozo, P. (2010). *Cuando la cigüeña se pierde: guía para padres que han sufrido la interrupción del embarazo*. Barcelona: Grupo Océano.
- Franché, R. (2001). Psychologic and obstetric predictors of couples' grief during pregnancy after miscarriage or perinatal death. *Obstetrics & Gynecology*, 97, 597-602.
- Kersting, A. & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14, 187-194.
- Linares, J. (2012). *Terapia familiar ultramoderna*. Barcelona: Herder.
- Meza, M. y Vargas, M. (2011). Pérdidas perinatales: abordaje psicológico. *Nestle Nutrition Advance Nursing Information*, 13 (1), 1-6.
- Mota, C., Aldana, E., Gómez, M., Sánchez, M. y González, G. (2008). Impacto emocional en las parejas a quienes se informa que su feto tiene defectos congénitos. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76 (10), 604-609.
- Neimeyer, R. (2000). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Oviedo, S., Urdaneta, E., Parra, F. y Marquina, M. (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76, 215-219.
- Sánchez-Pichardo, M. (2007). Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales. *Perinatol Reprod Hum*, 21, 147-150.
- Santos, E. (2009). Intervención médica, diagnóstico y tratamiento médico. En M. Claramunt, M. Álvarez, R. Jové y E. Santos. *La cuna vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo* (pp. 233-302). Madrid: La Esfera de los Libros.
- Swanson, K., Karmali, Z., Powell, S. & Pulvermakher, F. (2003). Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: Women's perceptions. *Psychosomatic Medicine*, 65, 902-910.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Worden, J. (2002). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Las narrativas de jóvenes usuarios de drogas sobre el vínculo entre su conducta sexual y los riesgos para VIH

The narratives of young drug users about the relation between their sexual behaviors and HIV risks¹

Martha Gabriela Villalobos de la Mora²

² Instituto TZapopan, Jalisco, México. Consejo Estatal para la Prevención del Sida en Jalisco, México (COESIDA).

Historia editorial

Recibido: 02-04-2015

Primera revisión: 17-03-2015

Aceptado: 21-04-2015

Palabras clave

jóvenes, narrativas, drogas, conductas sexuales, VIH.

Resumen

La presente investigación busca comprender las prácticas sexuales de riesgo para VIH de los jóvenes usuarios de drogas no inyectables, teniendo como objetivo conocer los discursos y contextos significativos que usan los jóvenes para explicar su consumo de drogas y su relación con su vida sexual y riesgos de VIH. Con este fin, se llevaron a cabo cinco grupos focales con un total de 31 usuarios de drogas que estaban en tratamiento en Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ)³ México. Los resultados mostraron que las conductas sexuales sin protección de estos jóvenes se dan en escenarios discursivos de reconocimiento y valoración de los amigos que legitiman la autonomía, libertad y autodestrucción conectadas íntimamente a la historia y dinámica familiar del joven. El contexto familiar fue fundamental en la construcción de las narrativas de estos jóvenes sobre su consumo y conductas sexuales de riesgo, que además forman parte de un contexto social favorecedor e interactúan con otros contextos significativos como los iguales. Las drogas y sus efectos, no son el origen de las prácticas sexuales de riesgo para VIH, son una construcción socio-emocional, que encuentran sentido y explicación en las narrativas que los jóvenes se han apropiado en “primera persona” sobre los sistemas sociales de pertenencia más significativos donde han participado.

Abstract

This research seeks to understand the HIV sexual risk behaviors among young non-injected drug users and its objective is to know the significant discourses and contexts that young people use to explain their drug consumption and the relation with their sexual behaviors and HIV risk. In order to reach this goal, we performed five focus groups with 31 drug users who were being treated in Centros de Integración Juvenil, A.C. Mexico. The results showed that unprotected sexual behaviors in these young occur in discourse scenarios of recognition and appreciation of friends who legitimate the autonomy, freedom and self-destruction intimately connected to the family history and dynamic of the young. The family context was basic in the construction of narratives of these young people about drug consumption and sexual risk behaviors, but these narratives are favored by the social context and interact with other meaningful contexts such as the peer group. The drugs and their effects are not the direct cause of the HIV sexual risk behaviors, they are a socio-emotional construction that finds meaning in the narratives that the youth have appropriated in “first person” about the most significant social systems of belonging in which they have participated.

Keywords

young, narratives, drugs, sexual behaviors, HIV.

² Trabajo de investigación presentado en las X Jornadas Internacionales RELATES, realizadas del 18 al 21 de junio del 2014, en Jalisco, México, y para obtener el título de Máster en Terapia Familiar Sistémica, en la Universidad Autónoma de Barcelona, España, el 12 de junio del 2014.

³Centros de Integración Juvenil (CIJ) es una asociación civil que tiene como objetivo atender el consumo de drogas entre los jóvenes en México. Agradezco a CIJ el apoyo brindado para la realización de este estudio.

El abuso de las drogas ha estado vinculado de modo estrecho y a la vez confuso al VIH-SIDA desde el comienzo de la epidemia. El uso de drogas inyectadas está muy bien identificado con riesgos para VIH, sin embargo el papel que se le atribuye al abuso de drogas no inyectables en la propagación del VIH al incrementar la probabilidad de tener relaciones sexuales de riesgo, no es tan reconocido (National Institute of Drug Abuse [NIDA], 2006).

En Jalisco, México, de 10,211 pacientes que acudieron a tratamientos por adicciones, apenas el 3.7% son usuarios de drogas inyectadas, el resto consume drogas no inyectables (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en Jalisco [SISVEA], 2010).

En Jalisco, 1,443 jóvenes entre 15 y 25 años viven con VIH y el 92% se infectó por vía sexual (Secretaría de Salud Jalisco [SSJ], 2013). El 61.4% de los jóvenes mexicanos iniciaron su vida sexual antes de cumplir la mayoría de edad, sólo el 55.6% utilizó condón en su primera relación sexual (Instituto Mexicano de la Juventud [IMJUVE], 2011) y el 41% tuvo relaciones sexuales bajo el efecto de alguna droga o alcohol (Valle et al., 2011).

Por lo hasta aquí mencionado, es que surgió el interés por profundizar en los riesgos de VIH por vía sexual en este sector mayoritario y vulnerable en Jalisco, los jóvenes que usan drogas no inyectadas.

Rodríguez et al. (2006), revisaron las investigaciones realizadas de 1998 al 2003, sobre la relación de drogas no inyectables y conductas sexuales de riesgo para VIH, los resultados no son concluyentes pero aseguran que la relación no es simple ni causal.

Para Espada et al. (2008), el autoconcepto es un predictor de las conductas sexuales de riesgo para VIH estando bajo el influjo de las drogas, mientras que para Van Empelen et al. (2001) es la auto-eficacia.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA y la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUSIDA y ONUDD, 2007), identificaron tres formas principales en las que se presenta esta relación de drogas no inyectables y VIH: 1) cultura de la diversión, 2) discurso legitimador de prácticas sexuales estigmatizadas, y 3) sexo por intercambio (dinero o droga). Pérez et al. (2013), señalan que se puede adjudicar a la droga la función de evitar el rechazo, reducir el miedo o la vergüenza, o poder facilitar el contacto con los otros.

La investigación contemporánea enfatiza la importancia de los factores sociales (normas y valores) que influyen los comportamientos de riesgo para VIH en usuarios de drogas (Rhodes y Quirk, 1998). Fonseca (2009) encontró que los valores morales tienen un papel central, por encima del saber científico, y Flores y De Alba (2006), señalan que estos valores interfieren con la libertad sexual. Flores y Leyva (2003) descubrieron que para los jóvenes la posibilidad de adquirir el VIH depende la mitad de ellos y la otra mitad no (del contexto).

Los seres humanos formamos parte de una trama interpersonal: nuestra red social. Esta red contribuye a generar nuestras prácticas sociales y nuestra visión del mundo e incluye a los individuos con los que interactuamos: la familia, amistades, relaciones laborales o escolares y relaciones comunitarias y de servicio (Sluzki, 1998). Conocer la red social, permite entender mejor quiénes participan en la construcción de la realidad de los individuos, pues de acuerdo al construccionismo social los individuos construyen el mundo en colaboración, en su relación con otros (Gergen, 1985). Toda la realidad es una construcción sociodiscursiva, se construye en los usos del lenguaje (Medina, 2011).

El discurso o narrativa al que se hace referencia, no se reduce a su forma lingüística, subjetiva o cognitiva, sino a una interacción social con significado (Medina, 2007). Los relatos o narraciones que viven las personas determinan su interacción, la evolución de sus vidas y de sus relaciones (White y Epston, 1993).

Los seres humanos tenemos una riqueza de experiencias vividas, pero sólo una parte de éstas puede relatarse, dejando fuera las que no encajan con los discursos dominantes y saturados, y que

son una fuente de riqueza como relatos alternativos (White y Epston, 1993). Las narrativas saturadas, son realidades impuestas y que organizan al individuo (Medina, 2011).

En la presente investigación se muestra el interés por comprender las prácticas sexuales de riesgo para VIH de los jóvenes usuarios de drogas, explorando cuál es la narrativa saturada a través de la cual estos jóvenes se explican sus prácticas sexuales de riesgo para VIH y quiénes participan en la construcción de esta narrativa. Como posibles respuestas a estas preguntas se plantearon cuatro hipótesis guías, que tienen de base los siguientes argumentos teóricos:

Hipótesis 1. “Para los usuarios de drogas predomina el discurso de sentirse reconocido o valorado por sus iguales en las relaciones sexuales, que los riesgos para VIH”. Recordemos que gran parte de la vida social de los jóvenes transcurre en el ámbito de los grupos de amigos. Para Moreira et al. (2010) la influencia que el grupo de pares amigos puede tener en las conductas de los jóvenes, sobre todo en conductas desviadas, se presenta cuando no disponen de una buena relación con los padres y cuando se han establecido lazos afectivos con los pares.

Hipótesis 2 y 3. “Para los usuarios de drogas predomina el discurso de sentir su autonomía y libertad (en *diferenciación a su familia*) al experimentar una sexualidad sin restricciones, que los riesgos para VIH” y “para los usuarios de drogas los efectos de las drogas legitiman sus comportamientos sexuales (*diferenciándolos de su familia*) aunque sean de riesgo para VIH”. Cuando un adolescente empieza a experimentar su propia sexualidad, es un paso en su proceso de diferenciación con la familia (Combrinck-Graham, 1991), al igual que la adicción, se relaciona con el proceso del crecimiento, experimentación, autoafirmación, desarrollo de relaciones íntimas fuera de la familia y el abandono del hogar (Stanton et al., 1994). Una de las tareas más importantes de las familias con hijos jóvenes es soltarles las amarras para su emancipación del hogar (Haley, 2003). Cuando la familia se muestra poco flexible en este proceso entonces el joven mostrará una serie de estrategias intentando superar estos retos (Medina, 2011).

Hipótesis 4. “Para los usuarios de drogas las relaciones sexuales sin protección vividas bajo el influjo de una droga forman parte de un discurso dominante de autodestrucción (*como posible síntoma relacional familiar*)”. Para Medina (2011), la rebeldía del joven es como una resistencia que surge en medio de relaciones de poder. El problema de utilizar como resistencia un síntoma, es que éste se salga de control del joven, ocasionando efectos contrarios al objetivo de resistencia. El síntoma puede llegar incluso a integrarse en la biología actuando independientemente de la voluntad del joven, amenazando su salud y su vida. Para Stanton et al. (1994), la adicción forma parte de “un continuo de autodestrucción” que es instigado o no resistido por la familia. Linares (2012) habla de la importancia que tiene la nutrición relacional, esa experiencia de ser completamente amado, como parte del proceso madurativo en el niño y el joven, sin embargo, los diversos bloqueos parciales, producto de la interferencia de un poder igualmente complejo, podrían generar alteraciones o trastornos.

Por lo anterior se planteó como objetivo de este estudio, conocer los discursos y contextos significativos que usan los jóvenes para explicar su consumo de drogas y su relación con su vida sexual y riesgos de adquirir VIH. Para examinar las hipótesis ya mencionadas y alcanzar este objetivo se realizó una investigación empírica, no experimental, descriptiva (Ato et al., 2013); se hizo uso de la investigación cualitativa y de la técnica de grupos focales.

2. MÉTODO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizó bajo la metodología cualitativa, la cual busca definir la “realidad” a través de las interpretaciones de los participantes respecto de sus propias realidades, (Taylor y Bogdan, 1996). Se retoma la perspectiva fenomenológica, con la premisa de que las explicaciones de las personas evidencian la existencia del mundo, no como lo piensa sino como lo vive dentro de sus propios contextos (Álvarez-Gayou, 2004).

Por su alcance, el presente es un estudio exploratorio y descriptivo ya que su interés se centra en comprender un fenómeno sobre el cual no hay hallazgos concluyentes y detallar algunas de sus dimensiones (Hernández et al., 2010).

La técnica utilizada para la recolección de los datos fueron los grupos focales, que privilegia el habla con el propósito de propiciar una conversación acerca de un tema u objeto de investigación para captar la forma de pensar, sentir y vivir de los individuos (Álvarez-Gayou, 2004).

PARTICIPANTES

Los participantes fueron 31 jóvenes entre 18 y 30 años, 5 mujeres y el resto varones, los cuales reportaron consumo de cocaína, alcohol, marihuana, cristal y piedra principalmente, y uno reportó heroína inyectada. 19 eran solteros, 7 vivían en unión libre, 3 casados y 2 divorciados. La mayoría era de Jalisco, México, a excepción de tres que venían de estados vecinos.

Estos jóvenes se contactaron a través de Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ), Unidad de Hospitalización Zapopan Jalisco, donde hay un promedio de 30 jóvenes en internamiento recibiendo tratamiento para su adicción a las drogas. Los únicos criterios para su selección eran que fueran mayores de edad y no excedieran los 30 años. Su participación sería voluntaria y garantizando la confidencialidad y anonimato de la información proporcionada.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

Para llevar a cabo los grupos focales se elaboró una guía de preguntas, que contenía los puntos sustantivos de la investigación y los temas claves de interés.

Se hizo uso de una grabadora para facilitar la recolección de información.

Se contó con consentimiento informado que fue firmado por cada participante.

PROCEDIMIENTO

Para la realización del estudio se siguieron los siguientes pasos:

1. Contactar con la institución (CIJ) y establecer acuerdos.
2. Conformar los grupos focales. Se conformaron cinco grupos focales con un promedio de seis participantes por grupo. Cuando la información en los grupos empezó a ser repetitiva se detuvo la organización de nuevos grupos (Álvarez-Gayou, 2004).
3. Implementación de los grupos focales. Los grupos se realizaron en las instalaciones de la Unidad de Hospitalización en Zapopan Jalisco de CIJ. Se les explicaba el motivo de su presencia, firmaban el consentimiento informado y se explicaba la dinámica para trabajar. Los grupos focales se realizaron en el periodo de septiembre a diciembre del 2013 y cada uno tuvo una duración de alrededor de 2 horas.
4. Recolección de información. Las entrevistas fueron grabadas en audio (previa autorización del grupo) para facilitar su posterior transcripción.
5. Análisis de la información. La transcripción de las conversaciones grabadas se realizó en una matriz básica, donde se hizo el vaciado textual de la conversación y una columna con observaciones.

Posteriormente se hizo un análisis de las narraciones, para lo cual se construyó una matriz de análisis, en la cual se definieron categorías básicas que permitieran extraer la información de las transcripciones, clasificándola en cada cuadrante. La matriz tenía dos entradas: en la columna izquierda estaban los temas que tocaba cada una de las hipótesis del estudio y en la fila superior los componentes de la red social propuestos por Sluzki (1998), agregando dos elementos más, consigo mismo, drogas y relaciones sexuales, que emergieron del contacto con los datos.

A continuación se presentan los resultados obtenidos. En el texto se harán algunas citas tomadas de las transcripciones de los grupos, con la finalidad de incorporar la voz de los participantes.

RECONOCIMIENTO Y VALORACIÓN

Se encontró que en torno al consumo de drogas se empieza a construir en estos jóvenes una identidad y estilo de vida. En el discurso de los participantes se identificó un mayor reconocimiento y valoración de sí mismos a partir de su consumo de drogas y lo expresan así: “mi autoestima es muy alta y la droga me ha ayudado mucho a ser así”, “entre más muchachas cojo más grande soy”.

Los participantes narraron historias con sus familias donde hubo carencias afectivas, descuidos, abandono y desprotección, uno de los jóvenes compartió: “mi papá dijo, tú eres el menso, tú eres el güey, tú eres esto, tú eres lo otro”.

En sus relatos comparten que se fueron integrando a grupos de amigos donde el consumo de alcohol y drogas, la vida sexual sin protección e incluso la delincuencia, eran parte de su vida, y lo que les pareció atractivo de éstos fue lo diferente que eran a sus familias y que gozaban de pronta aceptación: “para hacer la aceptación, me hice más drogadicto y así para pertenecer en la asociación, para ser aceptado no y así como que buscar la compañía o la atención”.

Los jóvenes atribuyen a la droga un mejor desempeño sexual, lo cual les da un status como buenos amantes y son asediados, uno de los varones señalaba: “después de tener una relación drogado y sin condón, todo el tiempo me están buscando”.

La droga y las relaciones sexuales, son para estos jóvenes un camino en la búsqueda de cariño, compañía y visibilización.

EMANCIPACIÓN Y DIFERENCIACIÓN

Se definen a sí mismos como personas rebeldes e ingobernables, con dificultades con la autoridad y para acatar reglas, buscando su libertad, con la necesidad de demostrar constantemente que son dueños de sus vidas, y uno de ellos así lo expresó: “no quiero saber nada que tenga que ver con la civilización, nada que tenga que ver con lo que es la arquitectura, yo quiero que me lleve el viento”.

En relación con sus familias se encontraron narraciones de estos jóvenes buscando redefinir su relación con los padres, esforzándose por diferenciarse y separarse de ellos, un participante así lo expresó: “Dios es el arquero, los padres son el arco y los hijos son las flechas, que son lanzadas hacia la incertidumbre del día de mañana... y tú como padre no, tú como arco no tienes la capacidad ni tienes el derecho de ir por esas flechas, solamente el arquero, solamente el arquero tienen el poder de decisión”.

Las drogas y la sexualidad son temas llenos de prohibiciones y reglas. Se vuelven temas en pugna con sus familias, donde mantienen una demanda de atención y una exigencia de libertad, y así lo expresó uno de los jóvenes: “mi drogadicción fue porque no tuve la autoridad y quien me pusiera límites en casa... tratando de darles en la madre según yo, a mis papás por haberse separado...yo decía pues no tengo límites así como que pónganmelos y a ver si se los respeto”.

Sus intentos por tener una pareja y formar su familia, se ven afectados por su consumo y su vida sexual, a tal grado que sus relaciones fuera de la familia fracasan, lo mismo ocurre en el ámbito escolar y laboral.

Estos jóvenes ven en los amigos una posibilidad de experimentar conductas diferentes a lo que vivían en sus familias, y aunque encuentran en estos amigos una complicidad y camaradería, hablaron de no generar fuertes lazos afectivos.

Afirman que la droga los hace sentirse libres y seguros: “Empecé a consumir drogas por creermelo como ingobernable, creía que yo podía hacer y deshacer en el momento que yo quisiera”.

Al definirse a sí mismos como rebeldes, reconocen que no tiene una buena relación con las normas ni con el sistema social. Hablaron de un gusto por romper reglas y experimentar la adrenalina que esto les genera, y ubican a la droga y las prácticas sexuales prohibidas como una oportunidad de vivirlo.

Estos jóvenes tienen muy claras las normas sociales que definen lo permitido y lo prohibido y apartarse de estas normas los lleva a experimentar culpa y vergüenza, uno de ellos así hablaba de sus comportamientos sexuales: “es algo triste, sucio, vergonzoso, aberrante”.

Los participantes describen a la familia como la encargada de transmitirles las normas sociales, es la que maneja los discursos de cómo, con quién y para qué debe ser vivida la sexualidad, con base en la religión, la moral, la cultura y el género. Manifiestan el querer librarse de los patrones familiares que se siguen por costumbre: “ellos –los padres- vienen de estándares sociales... sí pero ahora yo siento que voy a romper con ese patrón”.

Con sus amigos comparten esta postura de ir en contra de las normas que rigen a la sociedad. Entre sus pares los discursos que empiezan a posicionarse son en oposición a los oficiales, por tanto sus parámetros son distintos.

Describen que cuando están bajo los efectos de una sustancia adictiva, actúan por instinto y no razonan, lo que les permite experimentar el placer sin límites, es como si la droga mantuviera a las normas maniatadas para que fluyan sus deseos: “la única ventaja que yo le vería al hacerlo bajo el influjo de alguna sustancia es el ánimo de poder hacer alguna locura”. Sin drogas se definen como tímidos, cohibidos y selectivos en su vida sexual.

Argumentan que no son conscientes de lo que hacen cuando están drogados, aunque algunos discreparon aceptando que no se pierde la conciencia por completo.

PAUTAS DE AUTODESPROTECCIÓN

En la historia de estos jóvenes se identificaron evidencias de riesgos para su salud o su vida: consumo de drogas, sobredosis, relaciones sexuales sin protección, presencia de ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), intentos de suicidio, etc. A pesar de reconocer el riesgo de sus conductas deciden vivirlas, algunos para dañarse y otros no tienen esta intención sino buscan el placer, el gusto por vivir un riesgo o escaparse de la realidad, el daño es una consecuencia.

Algunos ubican a la familia como el espacio donde se fue gestando su adicción a las drogas y su vida sexual “desordenada”, debido a una serie de vivencias como desprotección, falta de afecto, abusos y maltratos por parte de su familia. Incluso describen pautas en sus familias que facilitaron su consumo de drogas o las relaciones sexuales de riesgo, al darles dinero y libertad difícil de manejar a una corta edad, mostrándose tolerantes con su consumo y prácticas sexuales, uno de ellos decía: “Desde hace mucho tiempo que mis padres sabían qué tenían y lo aceptaban”.

Fueron los amigos con los que iniciaron su consumo de drogas y las relaciones sexuales; los discursos que les ofrecían sobre estas prácticas era de algo divertido y placentero, una de ellas decía: “Se veía divertido, se veía más divertido que el estar sobrio”.

En sus contextos se ubicaron circunstancias que favorecen sus riesgos: en sus sitios de reunión se consumen drogas y hay encuentros sexuales en condiciones de premura, inmediatez, clandestinidad e intoxicación.

Cada uno de estos jóvenes ha ido estableciendo un vínculo con una sustancia adictiva, con base a una serie de necesidades y a efectos que le atribuyen en su historia con ésta, al grado que llegan a considerarla su mejor compañía y su vida.

Consideran que sus relaciones sexuales drogados son puramente carnales y por placer, mientras que sobrios se involucran más afectivamente (lo cual evitan).

Le atribuyen a las drogas el hecho de no usar condones, pues sus efectos combinados con los efectos de la experiencia sexual hacen que se priorice el placer, además las drogas dan una falsa idea de seguridad y no les permite pensar.

4. DISCUSIÓN

Al inicio del estudio, se plantearon cuatro hipótesis que pretendían dar respuesta a la pregunta ¿cómo se explica el uso de drogas sus riesgos para VIH y quiénes participan en la construcción de esta narrativa?, por lo que a continuación se analizará lo que los resultados aportaron al respecto.

En relación al tema del reconocimiento y la valoración por parte de los amigos, se identificó en la historia de estos jóvenes relatos de carencias afectivas, descuidos, abandono y desprotección por parte de sus familias, en palabras de Linares (2012) diríamos que hubo una serie de interferencias en su nutrición relacional. Esto permite entender mejor los intentos que realizan por resolver estas carencias en torno al reconocimiento y la valoración.

Los amigos constituyen una posibilidad, sobre todo cuando se atraviesa por un movimiento de emancipación familiar. Los amigos que han elegido, son jóvenes usuarios de drogas con prácticas sexuales riesgosas, que les resultan atractivos por ser tan opuestos a sus familias, por ser un grupo con exigencias menores a sus familias y por las historias que construyen con ellos sobre la droga y el sexo como fuentes de seguridad, poder, placer e independencia, empiezan a experimentar resultados inmediatos de reconocimiento, valoración y afecto. Esta conexión con estos grupos, con las drogas y el sexo, se facilita cuando la relación con los padres no ha sido buena (Moreira et al., 2010) y cuando se combina con un contexto social que facilita el acceso a estos grupos y a estas prácticas.

Una de las funciones de desarrollo en la etapa de los jóvenes es la individuación y diferenciación (Haley, 2003), función que en estos jóvenes en particular ha resultado un proceso confuso en sus familias, por lo que han tenido que desplegar una serie de recursos en búsqueda de la tan valorada autonomía y libertad. Esto incluso ha marcado su identidad, definiéndose a sí mismos como rebeldes e ingobernables. Medina (2011) habla de esta rebeldía como una forma de resistencia frente a esta disputa por el control. La adicción a la droga y el sexo desprotegido, son parte de esta resistencia, son intentos de los jóvenes por mostrar que son ellos quienes deciden en sus vidas. Stanton et al. (1994), señalan que la droga se relaciona con el proceso de crecimiento, de experimentación, autoafirmación, relaciones fuera de la familia y abandono del hogar, pero también advierten que esto puede prolongarse si la diferenciación no se resuelve, como es el caso de muchos de estos jóvenes, que ya casi alcanzan la adultez y aún se encuentran disputando esta lucha.

Su consumo y sus prácticas sexuales de riesgo, aunque parecieran permitirles experimentar autonomía y libertad, terminan por tener un efecto contrario actuando independientemente de la voluntad del joven (Medina, 2011) y llevándolo a una serie de fracasos (en los estudios, trabajo, parejas y autocuidado) que atraerán la atención y protección de los padres.

El tema de la sexualidad parece ser un aspecto en sus vidas propicio para una disputa por el control en medio de esta búsqueda de su independencia, ya que está enmarcado por una serie de normas y reglas sociales que intentan regular su vivencia, transmitidas principalmente por la familia. Y aunque ellos reconocen su gusto por romper las reglas e ir en contra de las normas, también es cierto que muchas normas las tienen incorporadas en su narrativa, a tal grado que ir en contra de éstas llega a provocarles culpa y vergüenza. Fonseca (2009), señalaba que los valores morales en los jóvenes tienen un papel central por encima del saber científico, interfieren con su libertad sexual y los lleva a responder defensivamente.

Lo anterior, coloca al joven en medio de dos fuerzas: por un lado, su actitud rebelde, donde la pauta es ir en contra de los parámetros sociales y, por el otro, un discurso con poder que le marca lo que es normal y natural con respecto a la sexualidad. En la resolución de este conflicto de discursos, parece jugar un papel importante la droga, a la que le atribuyen efectos como facilitadora para vivir locuras, actuar por instinto, no pensar y hasta perder la conciencia, por lo tanto contar con un discurso que posibilita tener prácticas sexuales sin restricciones. Esto coincide con lo encontrado por ONUSIDA y ONUDD (2007), que señalan que la droga funciona para legitimar sus prácticas sexuales estigmatizadas, que pueden “negarse”, “no aceptarse” o “no recordarse” debido a sus efectos, y

lo señalado por Pérez et al. (2013), quienes adjudican a la droga la función de reducir el miedo o la vergüenza.

Los efectos de la droga parecen eximir de toda responsabilidad al joven por las decisiones tomadas en su vida sexual, pues lo plantean fuera de su control, presos de sus efectos. Ya Flores y Leyva (2003), hablaban de una sobrevaloración en el joven de aspectos fuera de su control.

Se ha hablado de la adicción y el sexo sin protección, como un síntoma a través del cual el joven expresa su resistencia (Medina, 2011), ante una situación familiar caracterizada por descuidos y falta de reconocimiento, rigidez en alentar su desarrollo y propiciar su independencia, una educación sexual carente de mensajes claros y positivos y una mirada tolerante ante sus riesgos. El problema de utilizar como resistencia un síntoma, es que se salga de su control, al integrarse a su biología actuando independientemente de su voluntad y amenazando su salud y su vida (Medina, 2011). Los jóvenes saben que las drogas y las relaciones sexuales desprotegidas dañan su salud y arriesgan su vida, sin embargo su consumo cubre otros propósitos que no son el de dañarse, el daño ha sido una consecuencia en la medida que fueron perdiendo el control sobre su actuar, pero finalmente estas conductas son parte de un continuo de autodestrucción o un suicidio crónico, bajo una complicidad de las familia (Stanton et al., 1994).

El tema del placer, fue un aspecto que no estaba considerado como hipótesis de este estudio, sin embargo fue un tema muy recurrente. Para estos jóvenes el placer es un punto central en la elección de conductas: consumen drogas y tienen sexo sin protección por placer.

Sin embargo, el tema del placer tiene varios matices en sus discursos. Por un lado, es un concepto estigmatizado socialmente (malo, prohibido, pecaminoso, sucio), por tanto un blanco y aliciente de su rebeldía y curiosidad. Lo encuentran peleado con su discurso del amor, se establecen relaciones sexuales por amor o por placer, siendo el placer lo que más priorizan y el involucramiento afectivo lo que más evitan o se les dificulta. Tampoco ven compatible el autocuidado con el placer, pues lo relacionan con restricciones o reglas, por esto el condón no es una opción, menos cuando su uso se asocia a la disminución del placer. Ven ligado el placer a los riesgos, incluso los riesgos constituyen una fuente de placer por la adrenalina que esto les genera. Y finalmente, identifican al placer como una experiencia que los rescata de sus vivencias negativas que no les gusta experimentar, como el dolor, la tristeza, el vacío, la confusión, la inseguridad y la angustia.

Lo hasta aquí discutido en torno a los resultados encontrados y lo que aportan a las diferentes hipótesis propuestas e incluso más allá de éstas, llevan a plantear algunas conclusiones finales sobre el objetivo de esta investigación.

5. CONCLUSIONES

1. Las hipótesis planteadas al inicio del estudio forman parte de los discursos saturados a través de los cuales estos jóvenes usuarios de drogas se explican sus conductas sexuales sin protección, son vividos como verdades con un gran poder sobre ellos y fuera de su dominio, lo cual explica sus dificultades para apropiarse del problema.
2. Las hipótesis de este estudio no pueden verse como discursos separados o fragmentados, señalando a alguna como más significativa que otra, porque todas forman parte de una totalidad en la experiencia de estos jóvenes, son narrativas que se conectan y entre las que se observó mucha congruencia.
3. Las hipótesis planteadas tienen un elemento en común que las une y que las sostiene, y es que todas comparten como antecedente características afines en la historia y dinámica familiar del joven: descuidos, desprotección, lucha de poder por el control, dificultades en la emancipación y conflicto con las normas.
4. La familia es uno de los componentes de la red social de estos jóvenes que más participación ha tenido en la construcción de sus narrativas en torno a su consumo y a sus con-

ductas sexuales de riesgo, pues aunque estas prácticas se dan en escenarios discursivos de reconocimiento y valoración de los amigos que legitiman la autonomía, libertad y autodestrucción, están conectadas a la historia y dinámica familiar del joven; incluso la elección de este grupo de amigos (rechazando otras opciones) encaja en el discurso dominante familiar. Sin olvidar que sus familias forman parte de contextos más amplios, son voceras de normas sociales e interactúan con otros componentes de la red social del joven que han favorecido estas narrativas, como lo son sus iguales.

5. En este estudio se contó sólo con las narrativas de los jóvenes, la narrativa del “sí mismo”, el cual está íntimamente ligado a su adicción y a sus prácticas sexuales de riesgo, pero indudablemente esta narrativa del sí mismo se nutre del contexto en el que participa la persona, de los diferentes escenarios narrativos del sí mismo, algunos con más poder.
6. A pesar de que no era la finalidad del estudio, en medio de la conversación llegaron a cuestionarse ellos mismos sus discursos e identificaron excepciones en su actuar, lo que White y Epston (1993) llamarían discursos alternativos. Esto parece ser una evidencia de la posibilidad en estos jóvenes de co-construir en su interactuar con otros, historias más vivibles que les permita alcanzar su bienestar (Medina, 2011).
7. Después de los resultados de este estudio, sería un error considerar a las drogas y sus efectos como la causa de las prácticas sexuales de riesgo para VIH en estos jóvenes, esto es sin duda parte de una construcción socio-emocional, producto de la relación que cada uno de ellos establece con la droga en un contexto en particular, pues finalmente el vínculo que hace con la droga dice más del joven y de su contexto social que de la droga en sí.
8. Los resultados obtenidos no son generalizables a otros grupos, pues habrá que considerar el nivel cultural, económico y de clase de estos jóvenes para contextualizar lo encontrado.
9. Propongo para futuras investigaciones, hacer un comparativo de las narraciones de jóvenes usuarios de drogas y de jóvenes que no consumen estas sustancias en torno al tema de las relaciones sexuales sin protección, o con grupos de otro nivel socio-económico o clase social para ver las implicaciones del contexto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez- Gayou, J. L. (2004). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Ato, M., López, J. J. y Benavente, A. (2013, octubre). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología* [en línea], 29(3), 1038-1059. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043> [2015, 27 de enero].
- Combrinck-Graham, L. (1991). La sexualidad del adolescente en la espiral vital de la familia. En C. Jaes Falicov (Comp.), *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida* (pp. 167-198). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Espada, J., Antón, F. y Torregrosa, M. (2008). Autoconcepto y búsqueda de sensaciones como predictores de las conductas sexuales bajo los efectos de las drogas en universitarios. *Salud y Drogas*, 8(2), 137-155.
- Flores, F. y De Alba, M. (2006) El SIDA y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales. *Salud Mental*, 29(3), 51-59
- Flores, F y Leyva, R. (2003) Representación social del SIDA en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45(5), 624-631.
- Fonseca, A. P. (2009). *Representaciones sociales del VIH/SIDA en jóvenes con y sin VIH en la ciudad de Bogotá D. C.: aportes para la comprensión de sus significados y prácticas*. Trabajo de grado, Maestría en Psicología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

- Gergen, K. (marzo, 1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- Haley, J. (2003). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires – Madrid: Amorrortu
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE). (2011). *Encuesta Nacional de la Juventud 2010*, [en línea]. México. Disponible en: http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_-_Resultados_Generales_18nov11.pdf [2012, 7 de junio].
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. España: Herder.
- Medina, R. (2007). Nuevas tendencias narrativas en terapia familiar: de la epistemología al cambio. En R. Medina, R. Castro, C. Bonilla, E. Vargas, R. Domínguez y R. Preciado (Coords.), *Temas selectos en terapia familiar: investigación y práctica clínica en nuestro contexto* (pp. 17-40). México: Universidad De Guadalajara
- Medina, R. (2011). *Cambios modestos, grandes revoluciones: terapia familiar crítica*. México: E Libro Red Américas.
- Moreira, V., Sánchez, A. y Mirón, L. (2010, noviembre). El grupo de amigos en la adolescencia. *Boletín de Psicología* [en línea], No 100. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/Previos/N100-1pdf> [2013, 9 de agosto].
- National Institute of Drug Abuse (NIDA). (2006). *How does drug abuse affect the HIV epidemic?*, [en línea]. U.S: National Institutes of Health. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/publications/hivaids/how-does-drug-abuse-affect-hiv-epidemic> [2012, 18 de junio]
- Pérez, F., Mestre, M. y Del Río F. J. (2013). Cómo afectan las diferentes sustancias a la sexualidad. *Revista Adicción y Ciencia* [en línea], No1. Disponible en: <http://www.adiccionyciencia.info/perezdelrio3.html> [2013, 16 de enero].
- Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA) y Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONNUD). (2007). *A lo que venga...!! Alcohol, drogas y vulnerabilidad sexual en el actual Perú*. Perú: Autor.
- Rhodes, T. y Quirk, A. (1998). Drug users' sexual relationships and the social organization of risk: the sexual relationship as a site of risk management. *Soc. Sci. Med*, 46(2), 157-169.
- Rodríguez, A., Hernán, M., Cabrera, A., Romo, N., García, J. M. y Gutiérrez, J. L. (2006). ¿Tienen adolescentes y jóvenes que consumen drogas no inyectadas mayor probabilidad de transmisión sexual? *Adicciones*. 18(1), 61-72.
- Secretaría de Salud Jalisco (SSJ). Departamento de Epidemiología. (2013). *Panorama Epidemiológico de VIH/SIDA en Jalisco*. Actualizado hasta la semana epidemiológica N° 46 del 2013. Jalisco, México: SSJ y COESIDA.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en Jalisco (SISVEA). (2010). *Resultados SISVEA 2010 Jalisco*. Jalisco, México: SSJ y CECAJ
- Sluzki, C. E. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. España: Gedisa.
- Stanton, M. D, Todd, T. C, Heard, D. B, Kirschner, S., Kleinman, J. I., Mowatt, D. T... Van Deusen, J. M. (1994). Un modelo conceptual. En M. D. Stanton, T. Todd y cols, *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas* (pp. 25-42). España: Gedisa.
- Taylor, S. J y Bogdan R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós.
- Valle, M., Benavides, R., Álvarez, A., y Peña, J. (2011). Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Revista de Enfermería del Inst Mex Seguro Soc*. 19(3), 133-136.
- Van Empelen, P., Schaalma, H., Kok, G. y Jansen, M. (2001). Predicting condom use with casual and steady sex partners among drug user. *Health Education Research*, 16(3), 293-305
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós

Tras las huellas *borderline*: rastreando el apego de personas con trastorno límite de personalidad

Looking for signs of borderline disorder: tracking attachment in people with borderline personality

Inés Prades Causera¹, María Romero Peris²

¹Psicóloga clínica en Unidad de Conductas Adictivas de Guillén de Castro

²Psicóloga y máster en Terapia Familiar por la Universidad Autónoma de Barcelona

Historia editorial

Recibido: 10-03-2015

Primera revisión: 17-03-2015

Aceptado: 22-04-2015

Palabras clave

trastorno límite de personalidad, apego ambivalente, apego desorganizado, resiliencia, perspectiva sistémica.

Resumen

En este artículo hemos pretendido hacer un acercamiento al trastorno límite de personalidad (TLP) desde una perspectiva relacional. Entendiendo el apego como “bisagra entre el pensamiento individual y relacional”, exploramos las relaciones del apego ambivalente y desorganizado con el TLP. A partir de la hipótesis de que los estilos de apego desorganizados implicarían patrones más desajustados que los ambivalentes, realizamos análisis cuantitativos para su prueba. Las narrativas en referencia a los vínculos y experiencias de infancia por medio de la entrevista de apego para adultos en personas con TLP han sido analizadas en términos cualitativos. Los resultados llevan a concluir que proveer una base segura es algo que puede contribuir a que un TLP funcione a un nivel más integrado. Valoramos aspectos de resiliencia en la comprensión e intervención del funcionamiento *borderline*.

Abstract

In this article, we have tried to get an insight into borderline personality disorder (BPD) from a relational perspective. Understanding attachment “as the hinge between individual and relational thinking”, we have explored the relationship of ambivalent and disorganized attachment with BPD. Assuming that styles of disorganized attachment involve more poorly adjusted patterns than ambivalent ones, we have carried out quantitative analysis to put it to the test. On the other hand, we have carried out closeness to the narrative with reference to bonds and childhood experiences through AA1 with people with BPD. Narratives, which have been analyzed at a qualitative level. From the results, it has been concluded that providing a secure base is something that can help BPD to function at a more integrated level. We value taking into account aspects of resilience in understanding and intervention of borderline functioning.

Keywords

borderline personality disorder, ambivalent attachment, disorganized attachment, resilience, systemic perspective.

Mucho se ha investigado en los últimos tiempos sobre el trastorno límite de personalidad (TLP); sin embargo sigue siendo un océano en el que quedan rutas inexploradas y por navegar. Este trastorno está presente en dos por ciento de la población en general, predominantemente en mujeres, con una estimación por sexos de 3:1 (APA, 2002a, p. 58), y es frecuente su comorbilidad con otros trastornos del eje I y II.

De acuerdo con Maturana (1991), el niño en su desarrollo requiere como elemento esencial la permanencia y continuidad de la relación amorosa entre él, su madre y demás miembros de la familia. Eso es esencial para el desarrollo fisiológico del niño, de su cuerpo, sus capacidades sensoriales, y su conciencia individual y social. Los vínculos afectivos en la infancia constituyen una de las fuentes principales de la que parte la nutrición emocional y, con base en ellos, se crean diferentes estilos de apego que influyen en el individuo en desarrollo y en su estilo relacional en el futuro. Una persona con TLP ha tenido su propio ambiente de crianza y ha conformado sus estilos de apego. Desde este apego, con la base segura o insegura que aporta, se pueden entender algunas de las características funcionales y relacionales de las personas con un TLP, de ahí que lo situemos como foco de nuestra atención.

La teoría del apego tiene su origen en Bowlby (1993), quien señala que, en el curso de desarrollo sano, la conducta de apego conduce al establecimiento de vínculos afectivos, o apegos, entre el niño y el progenitor primero, y luego entre adultos. A su criterio, las perturbaciones severas en los vínculos madre-bebé son precursores de la presencia de psicopatologías importantes en los años posteriores del desarrollo.

Ainsworth (1978, 1991) determinó tres patrones conductuales representativos de los distintos tipos de apego establecidos: seguro, inseguro-evitativo e inseguro-ambivalente. Posteriormente, Main y Solomon (1986) propusieron un cuarto tipo denominado inseguro desorganizado.

Las personas con apego seguro tienen mayor capacidad de respuesta ante imprevistos y habilidad para manejar estresores eficazmente. Suelen ser personas amistosas, que comparten y expresan de manera abierta sus sentimientos (Main, Kaplan y Cassidy, 1985, citados en Gómez, 2012, p. 43). Los padres de los adultos con apego seguro son descritos como más cálidos y responsivos (Malatesta *et al.*, 1989 y Tronick, 1989, citados en Mosquera y González, 2013, p. 4).

Las personas con apego ambivalente manifiestan una necesidad de cercanía, temor a ser abandonados, inseguridad y escasa autonomía. Sus recuerdos del pasado incluyen rechazos o interferencias de sus padres y reflejan resentimiento ante experiencias pasadas de apego (Benony, Peny, Gianoli, Hernández y Larome, 2001, citados en Gómez, 2012, p. 43). La disponibilidad paterna es endeble y desarrollan ansiedad e incertidumbre acerca de cuándo pueden o no depender de sus padres, porque no están seguros de lo que pueden esperar.

Las personas con apego desorganizado muestran ser incapaces de mantener una estrategia de apego coherente. Tienden a ser conflictivas, inciertas, complicadas, impulsivas y con dificultades para afrontar los problemas de manera efectiva. Suelen ser víctimas de *bullying* y maltrato (Benony, Peny, Gianoli, Hernández y Larome, 2001, citados en Gómez, 2012, p. 43). La actuación parental es estresante e incoherente, con situaciones de maltrato, negligencia, abuso, etcétera, que propician la generación de modelos mentales en conflicto, puesto que la figura de apego es, a la vez, fuente de protección y amenaza.

Algunos datos ponen de relieve la transmisión intergeneracional del tipo de apego entre padres e hijos. Aunque los modelos representacionales del tipo de apego parecen mostrar bastante estabilidad, ciertos acontecimientos pueden provocar su cambio (Egeland, Jacobvitz y Sroufe, 1988, citados en Oliva, 2004, p. 70).

Al abordar la historia del TLP, Stern, en 1938, utilizó el término *borderline* para diferenciar a estos pacientes. En los años cincuenta, esta patología fue estudiada desde la perspectiva psicodinámica y se le consideró una entidad psicopatológica autónoma. Kernberg, en 1975, asoció el término

borderline al concepto de “organización de la personalidad” (Campo y D’Ascenzo, 2010, p. 24-25). Mahler (citado en Fossa, 2010, pp. 43-44) sitúa la etiopatogenia de la organización limítrofe de personalidad en una fijación durante la fase de separación-individuación (subfase reaceramiento), que se caracteriza por el seguimiento de la madre y la huida de ella.

Desde el modelo sistémico, Linares (1996) postula que las personas límite se construyen con base en identidades macizas y narrativas rígidas. Según el autor, las disfunciones relacionales en el TLP se codifican como triangulación y privación. Respecto a la primera, la triangulación equívoca, es una situación relacional en que los padres, separados entre sí, descuidan la crianza del hijo en la interesada creencia de que es el otro quien se encarga de ella. En la privación, los padres, bien avenidos entre ellos, se muestran incapaces de atender las necesidades nutricias del hijo, al que perciben como molesto y con defectos.

Cancrini (2007) formula la personalidad en términos de “funcionamiento”, en la cual existe un umbral de funcionamiento patológico que se activa de modo diferente en las personas, incluso en la misma persona, según determinadas circunstancias (dependencia, abusos, maltrato, etapas del ciclo vital). Sitúa el origen del TLP entre los quince y dieciocho meses cuando se da la crisis de reaceramiento (descrita por Mahler, 1975). La tarea evolutiva que el niño encuentra en esta fase está ligada a la integración de las representaciones buenas y malas sobre el sí mismo y el objeto. La aparición de los comportamientos sintomáticos que señalan una dificultad en algunos niños no significa que éstos no puedan ser reabsorbidos posteriormente, pero es en esta etapa cuando el niño aprende a funcionar a un nivel borderline.

Para el desarrollo de un funcionamiento de personalidad patológico, es necesario que se dé la condición de “infancia infeliz”. Las experiencias traumáticas importantes vividas en la infancia o la adolescencia marcan la configuración psíquica del menor, que retrocede, reaccionando o adaptándose a ella, a niveles de funcionamiento mental borderline.

Cancrini y La Rosa (1991) incluyen a las personas con TLP en un tipo de desvinculación de la personalidad denominado de “compromiso”, que se forja a través de las características inconscientes de un proyecto arraigado en el inconsciente de uno de los padres, en el cual el hijo se mueve por la vida como un delegado de los padres.

Para Selvini (2010), el trastorno border se encuentra dentro de un apego desorganizado-ambivalente, y provendría de un niño que ha sido espantado y excitado, tratado para ser a la vez culpable y víctima, y en la imposibilidad de integrar coherentemente las diversas identidades o vivencias. Las relaciones fundamentales han sido paritarias e inestables y la estructura familiar cambiante e inconsistente; así, pueden darse experiencias traumáticas y fenómenos disociativos.

Diversas investigaciones destacan la aparición de traumas, abusos u otros factores estresantes durante la infancia de estas personas. Se han identificado experiencias de separación, pérdida y muerte con alta frecuencia en las historias de individuos con TLP. Walsh (1977) concluye que 57% de los casos con TLP creían que estaban demasiado involucrados con uno de sus padres; Johnson y cols. (2002) mostraron que la baja implicación emocional de los padres hacia los niños iba en detrimento de su capacidad para socializar con eficacia; y Zanarini y sus colaboradores descubrieron que 91% de las personas con TLP señalaron algún tipo de abuso sexual (autores citados en Bateman y Fonagy, 2005, p. 51).

Battle y cols. (2004), en una investigación sobre abuso y TLP en la infancia, concluyeron que el TLP fue el diagnóstico más asociado con una infancia de malos tratos, aunque menos de 10% de los niños con abuso sexual en la infancia serán diagnosticados con TLP de adultos. Esto apuntaría a pensar que el abuso sexual y físico *per se* no parecen ser factores que determinen las consecuencias negativas de tales eventos; más bien, son las respuestas de los padres y cuidadores a la divulgación del abuso las que mediatizan los efectos de éste (Horwits, Widom, McLaughlin y White, 2001, citados en Campo y D’Ascenzo, 2010, p. 26).

Sobre apego y TLP, Fonagy y sus colaboradores (1996) encontraron que 92% de los pacientes con TLP presentaban apego inseguro (valorado con la entrevista de apego para adultos), del tipo am-

bivalente y desorganizado. Diferentes autores han relacionado el apego desorganizado con el TLP, y explican cómo se relaciona con la falta de esquemas integrados del Yo (Barone, 2003; Lyons-Ruth, Yellin, Melnick et al, 2005; Liotti, 2004; Blizard, 2003; Fonagy, Gegerly, & Jurist, 2002; Schore, 2001).

Otras investigaciones refieren una alta frecuencia de disociación entre pacientes con TLP (Galletly, 1997; Paris y Zweig-Frank, 1997; Chu y Dill, 1990). Los trastornos disociativos se han relacionado con numerosos estudios al apego desorganizado (Liotti, 2009, citado en Mosquera y González, 2013, p. 11).

2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

Nuestro objetivo es conocer mejor algunas características de las relaciones tempranas significativas que están a la base de un determinado estilo de apego, y cómo éste se enlaza al funcionamiento de personas borderline y el posterior desarrollo de vínculos afectivos a lo largo de su vida. En este sentido, pretendimos explorar los tipos de apego en adultos con diagnóstico de TLP, en especial los estilos ambivalentes y desorganizados, y como éstos tienen que ver con ciertas características sintomáticas. El apego desorganizado y el trauma en la infancia se han ligado a los trastornos disociativos, y tratamos de rastrear esta relación. Por último, analizamos las historias de infancia relatadas por personas con TLP para extraer particularidades relevantes en el ámbito personal, familiar y relacional.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra del estudio estuvo formada por 31 personas (9 varones y 22 mujeres), de edades entre veinte y sesenta años y con diagnóstico clínico de TLP (DSM-IV TR). Los criterios de exclusión fueron: personas con deterioro cognitivo o daño cerebral orgánico, retraso mental, y comorbilidad con otros trastornos de personalidad y psicosis. Los participantes eran pacientes de distintas USM, UCA y otros dispositivos relacionados con la patología referida en la comunidad valenciana.

La hipótesis inicial fue que las personas con TLP y un apego ambivalente o desorganizado manifestarían mayor gravedad sintomática. Asimismo, consideramos que los apegos desorganizados comportarían mayor desajuste y gravedad; por ello, formulamos la hipótesis de que las personas que presentasen un apego desorganizado tendrían mayores puntuaciones en gravedad sintomática que los ambivalentes. Otra hipótesis fue que los apegos desorganizados tendrían más presencia de experiencias disociativas.

Los instrumentos utilizados fueron:

- Versión reducida del cuestionario CAMIR para la evaluación del apego, CAMIR-R (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011). Es un instrumento de evaluación de apego. Contiene 32 ítems con una escala Likert de 5 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 5 = totalmente de acuerdo). Las dimensiones referidas a las representaciones de apego incluyen los cuatro prototipos de apego: seguro, evitativo, ambivalente y desorganizado.
- Inventario breve de síntomas, BSI (Derogatis y Melisaratos, 1983). Es una medida de autoinforme de 53 ítems para evaluar el estado psicopatológico. En este estudio utilizamos una versión adaptada de escala Likert con 4 puntos (0 = ningún malestar y 3 = malestar extremo) y la medida del índice global de gravedad (Global Severity Index, GSI).
- Escala de experiencias disociativas, DES II (Carlson y Putnam, 1993). Es un cuestionario para valorar sintomatología disociativa y su frecuencia. Consta de 28 ítems con formato de 11 puntos que representan decenas en porcentajes (0% = nunca y 100% = siempre).

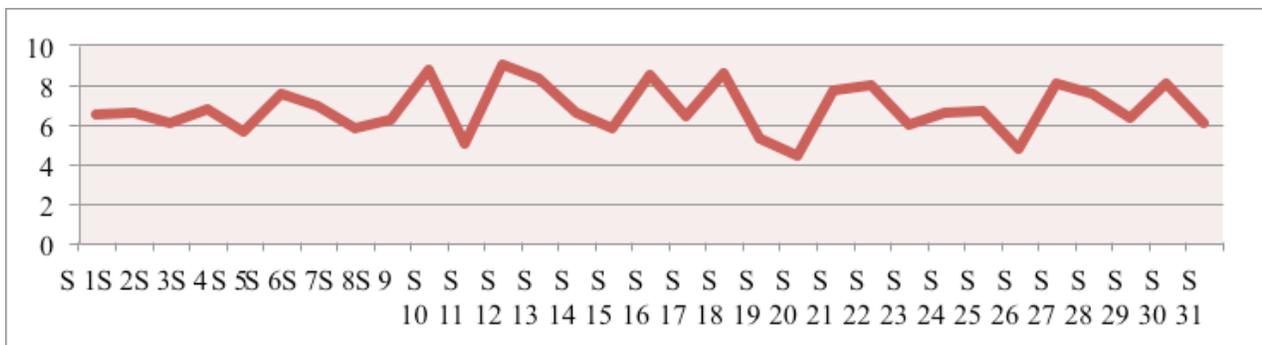
En este caso, aplicamos la puntuación global y el factor 1 (que recoge las experiencias de contenido más patológico).

- Entrevista de apego para adultos, AAI (George, Kaplan y Main, 1996). Es una entrevista semiestructurada con 18 preguntas. Valora la manera en que una persona organiza su coherencia narrativa como indicador de la seguridad-inseguridad de sus relaciones de apego. Permite extraer las categorías de apego: seguro, evitativo, ambivalente y desorganizado.

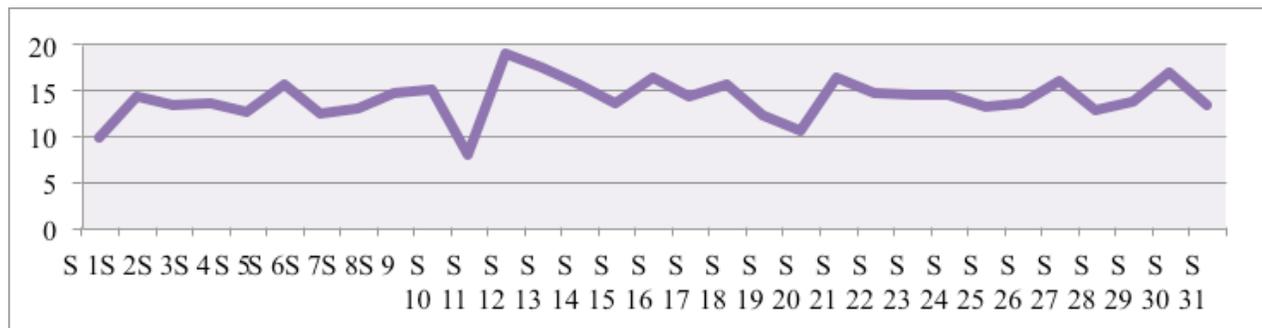
4. RESULTADOS

ANÁLISIS CUANTITATIVO CON EL CAMIR-R, EL BSI Y EL DES II

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico SPSS 15.0. Los resultados en el CAMIR-R concluyen que la mayoría de participantes obtuvieron bajas puntuaciones en el factor 1 (seguridad), indicativas de una base no segura de apego. Las puntuaciones de las personas en los tipos de apego ambivalente y desorganizado fueron considerablemente elevadas y, en su mayoría, por encima de la media, como muestran las gráficas 1 y 2.



Gráfica 1. Media apego ambivalente



Gráfica 2. Media apego desorganizado

Además, encontramos altas puntuaciones en el factor 7 (traumatismo infantil), lo que indica que eventos de violencia, amenazas de separación y ruptura de lazos familiares, entre otros, estuvieron presentes en la infancia.

Para la comprobación de hipótesis, llevamos a cabo análisis correlacionales. Realizamos una correlación de Pearson entre el apego ambivalente (CAMIR-R) y el BSI (GSI) para determinar si a mayor puntuación en apego ambivalente se daba mayor puntuación en gravedad sintomática en las personas con TLP. La correlación aportó un valor de $r = 0,088$ ($N = 31$), que aunque va en la línea de lo planteado, no resultó estadísticamente significativo. Hallamos una correlación entre el apego desorganizado (CAMIR-R) y el BSI (GSI). El valor de la correlación fue $r = 0,392$, que resultó en una relación positiva y estadísticamente significativa ($*0,05$); es decir, a mayor apego desorganizado, mayor gravedad sintomática.

Otra correlación fue entre el factor 7 del CAMIR-R y el BSI para comprobar si a mayor nivel de trauma infantil se daban mayores puntuaciones en gravedad sintomáticas; obtuvimos un $r = 0,482$, con una relación positiva y estadísticamente significativa ($*0,01$). Para valorar la relación entre apego desorganizado y experiencias disociativas, analizamos correlaciones entre apego desorganizado y el DES II, y tuvimos una relación no estadísticamente significativa con la puntuación total del DES ($r = 0,323$), pero sí con el factor 1 del DES ($r = 0,439$) a un nivel de significación de $*0,05$. Este factor está considerado el de mayor contenido patológico.

Efectuamos análisis de comparación de medias para las hipótesis que postulamos por medio de pruebas T Student, y comparamos: el grupo de apego desorganizado y el ambivalente en el cuestionario del BSI; el grupo de apego desorganizado y el ambivalente en la escala DES II; y ambos grupos en el factor 7 del CAMIR-R (trauma infantil), y ninguno aportó comparaciones significativas.

Respecto a los análisis estadísticos extraídos, nos encontramos con limitaciones metodológicas en la comparativa de muestras. El tamaño de la muestra era pequeño, las muestras no estaban equiparadas y se dio una alta variabilidad intragrupo. Estos aspectos limitaron los resultados de las pruebas T y su representatividad.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS AAI

Categorización de los tipos de apego

Obtuvimos 22 personas con estilo de apego ambivalente y seis con desorganizado.

Análisis de adjetivos descritos para la relación con los padres en la infancia

Encontramos relatos con visiones de los padres polarizadas. Lo observamos en algunas historias de maltrato en las cuales la visión polarizada de las figuras era congruente con lo vivido, pero también lo identificamos en una historia de abuso sexual, en la que el abusador era el idealizado frente a la madre demonizada, y en historias de fusión con alguno de los progenitores.

Otros relatos describían una visión idealizada de los vínculos en la infancia que contrastaba con las descripciones de la historia real. Una visión idealizada coincidía con personas que disociaban el afecto negativo.

Algunas descripciones estaban cargadas de connotaciones negativas para ambos padres. Este tipo de narrativas se repetían en historias en las que aparecían padres con problemas de alcohol y madres impulsivas, castigadoras. Otras se daban en mujeres que habían sido abusadas sexualmente por el padre y culpabilizadas por la madre.

Historias carenciales

Nos narraron historias carenciales como abandonos, progenitores con enfermedad mental, en los cuales predominaban los problemas de adicciones, abuso sexual, rechazo por parte de ambos o de alguno de los progenitores, infraimplicación emocional y negligencia. En contraste con algunos estudios que destacan la aparición de pérdidas no resueltas de los progenitores en las personas con TLP, observamos únicamente un caso de pérdida en la infancia. En la gran mayoría de las historias había una invalidación de los progenitores por descalificación o falta de reconocimiento y valoración.

Redundancias a nivel emocional, cognitivo y pragmático

Muchas de las personas tenían dificultades para tolerar las emociones desagradables; algunas se blindaban a la emoción por no soportar el malestar asociado a maltrato o abandonos y negaban dicho malestar; a otras les costaba contener la emoción y lo expresaban de forma desbordada.

Resultó una constante en las entrevistas el sentimiento de falta de comprensión por parte de los padres en la infancia. Nos contaron historias en las que los patients identificados narraron la incertidumbre de no ser hijos de sus padres, el sentimiento de inadecuación de haber sido engendrados o el deseo de no serlo, o la aspiración temprana de formar una familia e irse de casa.

Desvinculación

En la mayoría de las personas observamos un grado de autonomía muy bajo. Muchas hacen retornos al hogar de la familia de origen (“desvinculación aparente” descrita por Cancrini); otras eligen hogares próximos a los de la familia de origen; y algunas siguen viviendo con los padres.

Experiencias de estancamiento

Una mayoría de estas personas dijeron haberse quedado “estancadas” en experiencias vividas en la infancia. También, en algunas familias se vivía manteniendo una imagen de “puertas para fuera” y una aparente normalidad, pero en realidad no permitían la expresión de las vivencias de los miembros de la familia.

Otras situaciones revelan la falta de reconocimiento e invalidación junto con un alto nivel de exigencia y dureza de los castigos, lo que ha contribuido al estancamiento en el desarrollo de estas personas.

En los casos de abuso sexual (aspecto de vulnerabilidad a una detección del desarrollo), advertimos, por parte de la familia, un ocultamiento del hecho y, en algunos casos, una culpabilización sobre la víctima.

Repetición de patrones y transmisión intergeneracional del trauma y apego

Encontramos historias de maltrato recibido u observado por el progenitor de manera repetida, bien porque se convertían en objeto de maltrato en nuevas relaciones o porque maltrataban ellos, así como historias de acoso escolar y laboral y elección de parejas maltratadoras.

En cuanto a la idea de la transmisión del trauma, muchas de las personas volcaban las necesidades y carencias afectivas en las relaciones con sus hijos o con sus parejas, y muchas de las que eran madres tuvieron o tenían problemas en el vínculo con los hijos.

Dinámicas relacionales: nutrición relacional, conyugalidad, parentalidad y rol asignado al Paciente identificado (PI)

Algunas narraciones refieren falta de protección y seguridad. En oposición, otras hablan de exceso de protección. En algunos casos, la sobreprotección estaba acompañada de un exceso de recelo, un alto criticismo e intrusismo por parte de los padres. Muchos de ellos mantenían un vínculo fusionado con un progenitor. En cuanto a la normativa y límites, había familias con límites inconsistentes y en otras éstos eran excesivamente rígidos.

Al analizar la conyugalidad y la parentalidad, localizamos algunas triangulaciones denominadas por Linares (2007), como “equivocas” y deprivaciones afectivas, unidas a una conyugalidad aparentemente conservada en la que los hijos se rebelaban contra la falta de afecto o rechazo.

Entre los principales roles que jugaban en sus familias de origen, destacan los de víctimas, enfermos, ovejas negra, rebeldes, salvadores, cuidadores y algún superviviente. Las personas con roles fortalecedores tenían mejor evolución que los victimizantes. Los roles desempeñados eran variados en la misma persona y, en muchos casos, el rol internalizado fluctuaba entre dos polos opuestos y de modo no integrado, lo que mostró una ambivalencia antagónica (víctima/agresor).

Resiliencia

Aparecieron figuras protectoras en la infancia y la adultez. Surgieron casos con un cambio de postura de los padres hacia el hijo, influyendo sobre éste de forma circular, y en otros con cambios en el rol desempeñado por la persona; narrativas que resaltaban los apoyos de la fratría; relatos en los que afloraba el sentido del humor al describir algunos recuerdos dolorosos, así como la capacidad personal de expresar emociones negativas junto con la revisión de los acontecimientos vividos como aspecto que ayuda a elaborar e integrar la experiencia.

Cancrini subraya: “Detrás de cada trastorno de personalidad hay un niño infeliz [...] éstos van a ser realmente infelices sólo si viven situaciones violentas y crueles sintiéndose indefensos y solos” (2007, p72). En las historias narradas hemos recogido esta desprotección y soledad. Según este autor, éstas serían las historias que llevan a que germine y pueda cristalizar un trastorno de personalidad.

Nuestro trabajo es concluyente en el sentido de que encontramos una falta de base segura de apego, tanto catalogada por la AAI como por las puntuaciones del factor 1 del CAMIR-R. Consideramos que esta base insegura tiene su cuna en las experiencias traumatizantes y carenciales vividas en la infancia, ya que las figuras paternas son decisivas en la construcción de las experiencias relacionales de “amor” en los niños; de ahí la importancia de las experiencias tempranas en el desarrollo del apego y las relaciones.

Dentro de la base insegura, nuestro estudio se ha centrado en el estilo de apego ambivalente y desorganizado. Localizamos autores que relacionan ambos con el TLP, y el desorganizado es el que parece tener mayor capacidad de predecir un trastorno posterior. Selvini (2010) destaca desde el modelo sistémico que lo esperable en el TLP sería encontrar un apego ambivalente/desorganizado y postula los rasgos desorganizados como característicos del funcionamiento del borderline. Con la AAI, catalogamos a 22 personas con apego ambivalente y seis, con desorganizado; con el CAMIR-R, obtuvimos puntuaciones elevadas para ambos apegos, lo que confirma lo descrito.

Entre nuestras hipótesis, esperábamos mayor desajuste y gravedad sintomática en los apegos desorganizados frente a los ambivalentes. Los resultados no son concluyentes en cuanto a sostener mayor desajuste del grupo desorganizado, aunque el resultado correlacional es sugerente. Quizá superar las limitaciones metodológicas en la comparación de muestras podría arrojar nuevos resultados.

Además de la correlación significativa entre apego desorganizado y gravedad sintomática, hallamos una correlación positiva y significativa entre el trauma y la gravedad sintomática. Nuevamente, nos resulta un dato a considerar. Aunque no podemos extraer conclusiones de predictibilidad, sí se estima una asociación. Este resultado puede entenderse con base en lo explicado por Main y Hesse (1992): “En tanto el niño ha vivido experiencias más traumáticas el progenitor es fuente de alarma y confusión para el niño, colocándole en una paradoja” (p. 102). El sistema biológico de apego del niño está programado para buscar proximidad y recurrir al progenitor en momentos de malestar para ser protegido, pero el niño queda atrapado en una paradoja, porque escapar de lo que nos genera miedo también es un mecanismo biológico. El niño no puede escapar de esta situación, queda apresado por un “miedo irresoluble”. El sistema de apego se vuelve desorganizado, ya que ésta es la única adaptación posible.

Diferentes investigaciones revelan una alta frecuencia de disociación entre los pacientes con TLP. Algunas concluyen que el abuso sexual, el trauma en la infancia y la automutilación se relacionan con las experiencias disociativas. Según Liotti, muchos estudios de trastornos disociativos tienen que ver con el apego desorganizado, y los traumas subsecuentes muestran con este patrón de apego un efecto acumulativo que implica mayores tasas de disociación. En nuestro estudio concluimos una relación positiva y significativa entre el apego desorganizado y la presencia de experiencias disociativas medidas con el factor 1 (DES II), que satura en los ítems de patología más grave.

Entre las conclusiones de las entrevistas, un aspecto redundante es que varias de las personas tienen dificultades para adentrarse en partes de sus historias, que algunos normalizan y otros niegan o idealizan. Entendemos que estos mecanismos para tolerar el malestar asociado les pueden haber ayudado a sobrellevar y soportar momentos de sus vidas e historias. Muchas reacciones desadaptadas que asumen estas partes disociadas deberían ser vistas como intentos de manejar experiencias intolerables, como recuerdos traumáticos de la infancia.

Hubo narraciones con una elevada cantidad de experiencias traumatizantes de sus infancias

(abusos sexuales y físicos, abandonos paternos, padres con enfermedades mentales, principalmente alcoholismo, maltrato, etcétera), que sientan las bases para el posible desarrollo en la adultez de un trastorno de personalidad. Según Cancrini (2007), todos podemos funcionar a nivel borderline, pero la duración e intensidad de experiencias que impiden al niño establecer una relación segura con el objeto amado hacen que éste actúe de forma crítica en un nivel borderline.

También encontramos historias que no refieren estas experiencias traumáticas, aunque un factor que aparece en ellas es el entorno invalidante, como Linehan (1993), describe: “Las características de este entorno consisten en que niega o responde de modo no adecuado a las experiencias privadas de los sujetos”. Todas las personas señalaron haberse sentido no comprendidas por los padres en la infancia en mayor o menor medida. En unos casos, la invalidación y descalificación era alarmante y continuada, y se sumaba a otras carencias; en otros, la falta de valoración era más sutil e iba unida a una sobreprotección.

Otras redundancias fueron las narrativas de estancamiento, las dificultades para la desvinculación y las limitaciones en autonomía y autogestión. La falta de autonomía puede entenderse como una forma para mantener cerca la figura de apego. Al igual que la inmadurez del niño aumenta la conducta de cuidados de la madre, la incompetencia de la madre acrecienta la atención del niño a la madre; en una reversibilidad de roles, el niño puede adoptar una estrategia para conseguir su atención: exhibir dependencia. Esta táctica, que puede resultar adaptativa en la infancia para conseguir proximidad con la figura de apego, podría impedir al niño desarrollar sus tareas evolutivas.

Descubrimos patrones de maltrato relacional en la familia de origen que se repiten en otras relaciones, así como la transmisión entre generaciones de dichas pautas. Como indica Bowlby (1988), los modelos de trabajo interno del propio yo y otros modelos proporcionan prototipos para las relaciones posteriores. Estos modelos serían relativamente estables a lo largo del ciclo vital. Si una persona tuvo experiencias negativas con sus figuras de apego, tenderá a no esperar nada positivo ni estable de las relaciones que establezca de adulta, y esperará rechazos o falta de empatía.

Finalmente, hablaremos de los aspectos protectores. Observamos en las historias aspectos resilientes que contribuyen a un mejor ajuste y desarrollo. Para Cancrini:

La imposibilidad de tender un puente entre su experiencia y la de otra persona es el secreto de las infancias infelices destinadas a dejar una marca en la configuración de la personalidad. Pero, afortunadamente pueden intervenir factores de resiliencia en la vida de una persona que cambian el curso de un destino dramático, activan conductas, recursos personales y ecosistémicos inesperados (1997).

Aunque los modelos representacionales del tipo de apego parecen mostrar estabilidad, descubrimos entre las narrativas que ciertos acontecimientos provocan cambios.

Por muy duras que sean las historias vividas y muchas de las narradas lo son, hay aspectos que consiguen restaurar y proteger de los daños sufridos y ayudan al mejor funcionamiento de las personas. Proveer una base segura es algo que se puede aportar tanto en la infancia (cuando sería deseable) como restaurar en la adultez. Tener vínculos afectivos disponibles, protectores y contenedores puede ayudar al niño a superar historias de trauma y otras adversidades sufridas, pues previene de llegar a cristalizar un funcionamiento borderline. De igual modo, en personas con diagnóstico de TLP hay aspectos que pueden contribuir a reducir su nivel de funcionamiento borderline y ayudarles a funcionar en un nivel más integrado; entre los delimitados en el trabajo están: disponer de figuras resilientes; restablecer un rol más funcional en el sistema familiar; revisar y elaborar desde la comprensión las historias vividas; utilizar el humor, entre otros. Es importante tenerlos en cuenta en la intervención tanto durante la infancia en diversos contextos (familiar, educativo, servicios sociales) como en la adultez en el tratamiento de personas con TLP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. D. S. (1978). Toward a general theory of infantile attachment. A comparative review of aspects of the social bond. *Behavioral and brain sciences*, 1, 436-438.
- Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachment and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). New York: Routledge
- American Psychiatric Association (APA) (2002b). *Guía clínica para el tratamiento del trastorno límite de personalidad*. Barcelona: Ars Médica.
- American Psychiatric Association (APA) (2002a). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CAMIR (CAMIR-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494.
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. *Attach Hum Dev*, 5(1), 64- 77.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2005). *Psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad. Un tratamiento basado en la mentalización*. Guadalajara: Universidad (Asociación Psicoanalítica Mejicana).
- Battle, C.L.; Shea, M.T.; Johnson, D.M.; Yen, S.; Zlotnick, C.; Zanarini, M.C.; Sanislow, C.A.; Skodol, A.E.; Gunderson, J.G.; Grilo, C.M.; McGlashan, T.H. & Morey, L.C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*. 18, 193-211.
- Blizard, R. A. (2003). Disorganized attachment, development of dissociated self-states and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4(3), 27- 50.
- Bowlby, J (1988). *Una Base Segura: Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego*. Barcelona: Paidós Ediciones.
- Bowlby, J. (1998). *El apego*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, L. (1993). *La pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Campo, C. y D´Ascenzo, I. (2010). El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica. *Revista Redes*, 2(24), 23-53.
- Cancrini, L. (2007). *Océano borderline, viajes por una patología inexplorada*. Barcelona: Paidós.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1996). *La caja de pandora. Manual de psiquiatría y psicopatología*. Barcelona: Paidós.
- Carlson, E.B., & Putnam, F.W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6(1), 16-27.
- Chu, .A., & Dill, D.L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 149,887-893.
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory. An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 596-605.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22-31.
- Fonagy, P.; Gergely, G. & Jurist E. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fossa, P. (2010). Organización limítrofe de personalidad. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (1), 32-52.
- Galletly, C. (1997). Borderline-dissociation comorbidity. *Am J Psychiatry*, 15, 1629.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult attachment interview*. Berkeley: University of California.
- Gómez, E. (2012). Evaluación del apego en estudiantes universitarios. *Revista Horizonte Médico*,

- 12 (3), 42-46.
- Linares, J. (1996). Identidad y narrativa. *La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18 (3), 381-399.
- Linares, J.L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18 (3), 381-399.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Mahler, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Marymar.
- Main M, & Hesse E. (1992). Frightening, frightened, dissociated, or disorganized behavior on the part of the parent: A coding system for parent–infant interactions. Berkeley: University of California.
- Main, M. & Solomon, J. (1986) Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds), *Affective development in infancy*, (pp. 95-124). Norwood, New Jersey: Ablex.
- Maturana, H. (1991). *El sentido de lo humano*. Chile: Dolmen.
- Mosquera, D. y González, A. (2013). Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3 (3), 1-33.
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1), 65-81.
- Paris, J., & H. Zweig-Frank (1997). Dissociation in patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 154, 137-8.
- Selvini, M. (2010). Once tipos de personalidad. Integración de la personalidad en el pensamiento sistémico complejo. *Revista Redes*, 2 (24), 53-78.

Factors involved in mate choice of young Mexicans

Regina Soto Ferraris¹

¹Instituto Tzapopan.

Historia editorial

Recibido: 31-08-2015

Primera revisión: 05-09-2015

Aceptado: 13-10-2015

Palabras clave

elección del cónyuge, pareja matrimonial, factores de atracción, personas casadas.

Resumen

La elección de pareja ha sido estudiada desde la perspectiva biológica, el psicoanálisis y la psicología social. Los resultados de estas investigaciones proponen la existencia de factores y condiciones biológicas, intrapsíquicas, emocionales, relacionales y sociales que influyen en la elección y mantenimiento de la relación de pareja. A partir de esto, en el artículo que aquí presentamos, desde una visión teórica de corte sistémico relacional, analizamos los relatos de nueve parejas mexicanas para indagar los criterios que siguieron para elegir a la pareja con la que contrajeron matrimonio y el establecimiento del contrato matrimonial.

Para llevar a cabo el estudio, realizamos entrevistas semiestructuradas. En la literatura sobre el tema se plantea que para los hombres resulta más importante el atractivo físico y la capacidad intelectual a la hora de elegir a su pareja, mientras que para las mujeres son más relevantes en su elección las cualidades emocionales e intelectuales. Entre nuestros principales resultados, se advierte que en las parejas actuales existe un mayor equilibrio en la incidencia de los factores considerados como criterios para la elección de su pareja. Asimismo, el contrato de pareja y el proyecto de vida no son temas que se hablen abiertamente en los relatos de los entrevistados. Confirmamos que los mitos y las presiones sociales tienen un papel relevante en la elección y la permanencia en la relación con pareja.

Abstract

Mate selection has been studied from several positions, including biological, psychological, and anthropological perspectives. Now, analysis shows how emotional, biological, intrapsychic and social conditions exist and influence couple selection and their long-term commitment. Along this article, we analyze nine Mexican couples statements in which, through a systemic relational perspective, we find the criteria they followed to choose his couple and their marriage contract agreement. For developing our article, we choose working with semistructured interviews. According to research, the most important criteria for men are the physical, intellectual, and emotional attraction. Differing from women, who prefer the emotional and intellectual qualities. Among the main results, we discovered that, regardless of their importance, life projects and marriage contract are not openly discussed between couples. Likewise, we can confirm how myths and social pressures play an important role in the decision of marriage.

Keywords

mate choice, marriage, couple, attractiveness.

La formación de la pareja ha sido un tema de interés para la cultura y para la psicología. En torno a éste se ha construido parte de la producción cultural de las sociedades y también ha conitado la atención de la psicología. Entre los sistemas relacionales que puede formar un individuo, la pareja es uno de los más pequeños, pero, al mismo tiempo, es en él donde se puede generar una de las relaciones más íntimas e intensas que el ser humano puede tener. “De todas las experiencias humanas, la más extraña y también la más gratificante es sin duda el descubrimiento de la díada, el dejar caer las barreras frente a ese otro que ya no forma parte de los otros” (Caillé, 1992, p. 17).

El nacimiento de esta “extraña” relación ha motivado una importante cantidad de estudios cuyos propósitos se orientan a conocer y comprender diferentes momentos en la trayectoria de la experiencia del emparejamiento humano. Algunos abordan el nacimiento del vínculo amoroso a partir de la exploración de los factores que motivan la elección del compañero. Otros se enfocan en comprender los componentes que hacen posible el mantenimiento del vínculo y el compromiso.

En el contexto de estas cuestiones, los resultados que aquí presentamos responden a las preguntas que guiaron esta investigación: ¿con qué criterios eligen los hombres y las mujeres a sus parejas? ¿Qué aspectos sociales y culturales influyen en la elección de pareja? ¿Cómo se construyen las relaciones y qué tanto se habla de contratos, expectativas y proyectos a futuro?

Además, buscamos, en los relatos de las nueve parejas entrevistadas, identificar las semejanzas y diferencias en los criterios seguidos, por hombres y mujeres, para elegir a la pareja con quien contrajeron matrimonio y los acuerdos o la manera en que establecieron el contrato matrimonial.

DEFINICIONES Y ESTUDIOS PREVIOS

La elección de pareja es una decisión que influye en la forma de vida futura, en este caso la conyugal, así como en la persona con quien se desea compartir la existencia; dar espacio a la intimidad; construir proyectos a futuro; dar y recibir afecto; aprender a negociar nuestros intereses tomando en cuenta también los del otro. De esta elección, pueden desprenderse aciertos o errores que nos llevan a vivir satisfacción o sufrimiento en la convivencia con el otro. Caillé se pregunta de manera particular: “¿Qué circunstancias convencieron a los interesados, acertada o erróneamente, de que estaba justificada la creación de una nueva institución, de que su encuentro era excepcional hasta ese extremo?” (1992, p. 48). Para Caillé, en su ya clásica obra, estas “circunstancias” que hacen que dos personas formen una pareja son el “mito fundador” de ésta. El modelo o absoluto relacional de la pareja se compondrá de este mito fundador, el cual, a su vez, generará un nivel de ritual, y éste influirá recursivamente sobre el propio mito (Caillé, 1992).

En este artículo, partimos de la noción de pareja que proponen Campo y Linares, que a la letra dice:

... dos personas procedentes de familias distintas, generalmente de diferente género, que deciden vincularse afectivamente para compartir un proyecto común, lo que incluye apoyarse y ofrecerse cosas importantes mutuamente, en un espacio propio que excluye a otros pero que interactúa con el entorno social (2002, p. 11).

Asimismo, por elección de pareja, debe entenderse como la búsqueda de una pareja duradera o cónyuge, a diferencia de una pareja ocasional. Como señalamos en los párrafos precedentes, elegir pareja “es una decisión de importancia capital, de carácter supuestamente voluntario, que puede complementar o alterar la constitución de la personalidad y proporcionar oportunidades para la plenitud del sí mismo antes de la formación de una nueva generación” (Lidz, 2013, p. 491).

En la literatura sobre el tema, identificamos numerosos estudios que han intentado dar respuesta a estos cuestionamientos. Estos trabajos se han realizado desde distintas perspectivas, pero, en su conjunto, pueden resumirse en tres propuestas principales: la biológica (Andreade, 2004, Ber-

sheid y Walster, 1974, Buss, 1999, Miller y Rivenbak, 1970, Rivera, Díaz-Loving y Flores, 1987, Ostrowsky, 2005, citados en Valdez, González y Sánchez, 2005); la psicoanalítica (Alejo, 2011, Bowlby, 1996, citados en Puget y Berenstein, 1992; Dicks, 1967, Lemaire, 1979, Laing, 1961, Willi, 1971 y 1987, Catherall, 1992, en Espina, 1996) y la psicosocial (Espina, 1996).

La perspectiva biológica destaca los aspectos de la elección de pareja relacionados con la búsqueda del “macho alfa” por parte de la mujer; demanda que el hombre (“o macho”) garantice el acceso a los medios de supervivencia y de estatus. Por su parte, el hombre buscará una mujer con características favorables para la fertilidad, la procreación y el cuidado de los hijos. Hay aspectos básicos de esta postura basados en las teorías evolutivas y etológicas que sería difícil contradecir. Sin embargo, esta explicación no es por completo satisfactoria, puesto que la elección de pareja en el ser humano se encuentra mediada también por factores socioculturales que no considera el paradigma biológico (Buss, 2007, 2005; Casullo, 2003).

Desde la teoría psicoanalítica, se proponen explicaciones cimentadas en un conjunto de hipótesis de carácter intrapsíquico planteadas a la luz de la teoría de las relaciones objetales: el narcisismo, el complejo de Edipo y la teoría del apego (Alejo, 2011 y Bowlby, 1996, citados en Puget y Berenstein, 1992). Se han destacado innumerables aportaciones (Laing, 1961, Dicks, 1967, Willi, 1971 y 1987, Lemaire, 1979, Catherall, 1992, citados en Espina, 1996) que, en su conjunto, parten de los procesos inconscientes que determinan la formación de la personalidad y el modo en que los individuos se relacionan con los otros a través de la identificación y proyección de distintos aspectos de su relación original con los padres.

Asimismo, algunas de las teorías más representativas de la psicología social norteamericana han abordado el tema de manera específica; destacan entre ellas la teoría del equilibrio cognitivo de Heider (1958, en Espina, 1996), la teoría del intercambio social (Homans, 1961, Thibaut y Kelly, 1959, y Blau, 1954, citados en Domínguez, 1978), la teoría de la equidad de Wlaster et al. (1978), la teoría de las necesidades complementarias de Winch (1958, en Valdez, González y Sánchez, 2005), la teoría del filtro de Kerkoff y Davis (1962, en Espina, 1996), la teoría de la formación premarital diádica de Lewis (1973, en Valdez, González y Sánchez, 2005), la propuesta teórica de las atracciones alternativas de Levinger (1996, en Torres y Ojeda, 2009), la teoría triádica de la inteligencia humana de Sternberg (1990), entre otras.

Recientemente, el estudio de los factores que intervienen en la formación de las parejas y su mantenimiento atrajo el interés de los terapeutas familiares de perspectiva sistémico relacional (Campo y Linares, 2002; Bolinches, 2007; Boszormenyi y Spark, 2008; Bowen, 1991). En particular, Campo y Linares (2002) plantean que en una relación de pareja se encuentran los componentes cognitivos, referentes a la valoración y el reconocimiento; los emocionales, ligados al estado afectivo y las pasiones; y los pragmáticos, referidos al deseo, el sexo y la gestión cotidiana. Bolinches (2007) propone tomar en consideración cuatro aspectos necesarios para la estabilidad de las parejas: la sexualidad, la compatibilidad de caracteres, los valores y el proyecto de vida.

Estas teorías ofrecen, en su conjunto, diversas hipótesis, algunas de las cuales vienen acompañadas de material empírico, que explican los factores que intervienen en la elección, el mantenimiento del compromiso en las relaciones de pareja y el grado de satisfacción que la vida conyugal provee.

En general, la literatura brinda una amplia riqueza de indicadores para estudiar el fenómeno; no obstante, esta diversidad también es muestra de una debilidad conceptual que dificulta la investigación y representa un arduo trabajo al elegir las variables que deben ser puestas en observación cuando tratamos de abordar el tema. Por ello, para atajar el problema, hemos optado por seleccionar algunos indicadores, principalmente propuestos por los teóricos de la perspectiva sistémica relacional, y otros enfoques, para explorar en los discursos de las parejas que entrevistamos los criterios que motivaron su mutua elección y los elementos que los mantienen unidos.

Atracción física	Rasgos y características corporales del otro que provocan atracción o rechazo (Campo y Linares, 2002).
Atracción intelectual	Capacidades y recursos cognitivos, usando “cognitivos” en el sentido abarcador de “todos los procesos mentales conscientes o no” (Duhl, 1975, en Sager, 2009, p. 31).
Atracción emocional	Reacciones emocionales y formas del sentir que resultan atractivas, compatibles y seguras para nuestras formas de sentir y emocionar. Conceptos como apego, relaciones primarias con el núcleo familiar y nutrición relacional (Boszormenyi y Spark, 2008; Bowen, 1991; Linares, 2012).
Compatibilidad cultural y experiencia vivida	Aquellas áreas de la vida cotidiana relacionadas con educación, valores, hábitos, estilos de vida, religión, ideología, nacionalidad, lengua, trabajo, higiene, alimentación y ocio (Bolinches, 2007).
Formulación de proyecto de vida	Con esta categoría nos referimos al plan convergente a futuro construido por ambos miembros de la pareja; esto permitirá a los futuros cónyuges formular y establecer un compromiso (Campo y Linares, 2002).
Modelo de pareja de la familia de origen	El paradigma relacional de la pareja de los padres, que puede influir a los hijos en la elección de su pareja y su manera de interactuar con ella (Bowen, 1991).
Relación con la futura familia política	Las interacciones del futuro cónyuge con la familia de origen de la pareja y que puede influir en la elección (Lidz, 2013).
Mitos sociales	Son “una narración que presupone un argumento y que emerge como responsable y sostén de una o varias verdades que son entendidas como esenciales o perennes” (Cerdeña, 2006, p.39).
Circunstancias externas	Situaciones extraordinarias o inesperadas que pueden llegar a precipitar la decisión de contraer matrimonio con la pareja, pueden ser: embarazo, defunciones, cambio de ciudad de residencia por parte de uno o ambos miembros de la pareja, fin de la etapa universitaria, así como necesidad de independizarse o salir del hogar de la familia de origen (Campo y Linares, 2002).
Percepción de satisfacción	Se incluyen las áreas pragmáticas (roles, labores domésticas, rituales, ocio, acuerdos sobre la generación y distribución de recursos), emocionales (nutrición relacional, compatibilidad de caracteres, reconocimiento, valoración y apoyo) y cognitivas (valores, creencias y mitologías) (Caillé, 1992).

Tabla 1: Factores que intervienen en la elección de pareja. (Fuente: elaboración propia).

2. MÉTODO

DISEÑO

Este estudio se realizó desde una perspectiva de investigación cualitativa, a partir del supuesto de que los esquemas culturales que configuran y determinan las elecciones de pareja de los parti-

participantes sólo pueden ser reconstruidos con relatos personales, recogidos en entrevistas, ya que, a través de éstos, el sujeto da cuenta de los acontecimientos, actos, reglas, valores y creencias que, desde su perspectiva, configuran los criterios mediante los cuales toman decisiones relevantes para su vida; en este caso, la elección de la pareja sentimental y su consecuente establecimiento de la relación conyugal.

Fase de investigación

La investigación de enfoque cualitativo se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas con el propósito de que los sujetos en estudio produjeran narraciones sobre acontecimientos específicos y momentos significativos que dispusieron la elección de sus parejas respectivas. Mediante la entrevista, indagamos la historia de la pareja, aspectos que tomaron en cuenta para hacer su elección, así como los acuerdos o el contrato de pareja que pactaron al inicio o durante el tiempo que tienen de relación.

Participantes

La muestra fue conformada por parejas heterosexuales, convocadas a partir del criterio de tiempo de relación y con acuerdo expreso de los participantes; esto es, se trató de una muestra dirigida de voluntarios con las características definidas de manera previa. Las nueve parejas entrevistadas tenían un tiempo de conocerse que va de los cuatro a los doce años, así como un periodo de casados y de convivencia de uno a cuatro años.

La edad de las mujeres entrevistadas va de los veintiséis a los treinta años, y la de los hombres, de los veintisiete a los treinta y cinco. De los 18 entrevistados, 17 son de nacionalidad mexicana y un masculino de nacionalidad española. Todos son residentes de las ciudades de Guadalajara y Ocotlán, en Jalisco, y de Irapuato, Guanajuato, de la república mexicana. La escolaridad del total de los entrevistados es de quince años, terminaron la licenciatura y pertenecen a un contexto socioeconómico medio.

Instrumentos

Para la recogida de datos, utilizamos una guía de entrevista de elaboración propia diseñada específicamente para este estudio, cuyos ejes de exploración son los que presentamos en la tabla.

Procedimiento

El procedimiento consistió en la aplicación de las entrevistas mediante una cita programada por separado para cada miembro de la pareja. Las sesiones fueron grabadas en audio formato MP3 con autorización de los participantes y luego analizadas a partir de la identificación de las respuestas proporcionadas para cada uno de los criterios que exploramos.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ELECCIÓN DE PAREJA

Atracción física

Éste es uno de los factores, que desde distintas perspectivas, ha sido considerado como central para la elección de pareja. La información que nos brindaron los encuestados mostró que para la mayoría de los participantes este elemento tuvo un papel relevante. Respecto a las diferencias por género, en los relatos encontramos que la totalidad de la muestra masculina destacó la atracción física como algo que creyeron importante cuando eligieron a su pareja.

Lo anterior confirma los hallazgos de otros estudios sobre el tema (Casullo, 2003; Maté y Acarín, 2011; Montejano y Núñez, 2011; Portales, Gil y Beltrami, 2009; Valdez, González y Sánchez, 2005). Al preguntarles a los participantes qué fue lo que los llevó a elegir a esa persona como pareja,

Obviamente lo físico (entrevista-pareja 1-H).

Siempre lo he dicho, para que puedas estar con alguien te tiene que gustar físicamente, a mí físicamente X me gusta (E-pareja 3-H).

Para empezar, te tiene que gustar, si no te gusta al rato vas a querer cambiar (E-pareja 8-H).

Primero la atracción física, es lo primero que detona que tú quieras empezar algo (E-pareja 6-H).

En esta categoría se incluyen rasgos que Buss observó en su estudio sobre las preferencias acerca de la elección de parejas en 37 países de diferentes regiones culturales; en él, los hombres mostraron mayor preferencia por atributos que tienen que ver con la fertilidad y la capacidad reproductiva, asociados con la juventud, el grosor de labios, el ancho de caderas y la simetría facial. En cambio, las mujeres se inclinaron por el estatus social, la adquisición de recursos y la capacidad de compartirlos (Buss, 2005 y 2007).

Atracción intelectual

Ésta se refiere a las capacidades y recursos cognitivos; usamos “cognitivos” en el sentido abarcador de “todos los procesos mentales conscientes o no” (Duhl, 1975, en Sager, 2009, p. 31). La atracción intelectual fue señalada como relevante por casi la totalidad de los participantes. No obstante, encontramos que las mujeres son quienes le otorgan mayor valor a las cualidades intelectuales que posee la persona que eligieron como pareja:

Algo en lo que yo me he fijado es que debes sentir admiración por la otra persona, y en lugar de estar jalando un bulto, como que pues cada quien ir en su camino, pero juntos, o sea, como que tenga ganas de aprender cosas nuevas, no sólo profesionalmente, sino como persona, que quiera superarse humanamente (E-pareja 1-M).

Su manera realista de ver las cosas, que tiene buen sentido del humor, que conmigo es muy paciente, su forma de ser es maduro, estable (E-pareja 6-M).

De igual modo, una gran parte de la muestra masculina lo menciona como factor de elección. Esto lo apreciamos en los comentarios expresados: “Es muy centrada, objetiva y la verdad no hay más que pueda pedir” (E-pareja 4-H); “Era inteligente, eso es muy raro en una mujer” (E-pareja 5-H).

Atracción emocional

Como criterio de elección de pareja, esta atracción ha sido también revelada en los estudios sobre el tema (Maté y Acarín, 2011; Valdez, González y Sánchez, 2005). Como atracción emocional entendemos aquellas reacciones emocionales y formas del sentir que resultan atractivas, compatibles y seguras para nuestros modos de sentir y emocionar. Conceptos como apego, relaciones primarias con el núcleo familiar y nutrición relacional (Boszormenyi y Spark, 2008; Bowen, 1991; Linares, 2012) aparecen en este apartado.

La mayoría de nuestros entrevistados consideraron este factor de elección de sus parejas como relevante. Casi todos los hombres con quienes dialogamos aludieron al menos una vez a él en sus discursos; al respecto comentaron:

Sentí un buen clic entre ella y yo, nos llevábamos muy bien, compaginábamos bien nuestras formas de ser, fueron una serie de cosas que hicieron que poco a poco yo fuera sintiendo que ella era la persona indicada con la que yo estaba viviendo bien (E-pareja 6-H).

Vi cómo me hacía sentir, me hacía estar bien. Me sentía bien a su lado, casi todos los momentos me encontraba a gusto con ella, lo demás es irse conociendo más, pero básicamente eso (E-pareja 2-H).

Asimismo, todas las mujeres entrevistadas hablaron del aspecto emocional como un ingrediente valioso para elegir y permanecer con su pareja actual. Así lo expresaron: “El ver qué tan bien nos entendíamos, lo que él representaba para mí como apoyo, o lo que yo representaba para él como apoyo” (E-pareja 6-M); “Que él me diera la confianza y el poder de confiar en alguien eso influyó al noventa por ciento” (E-pareja 4-M).

Compatibilidad cultural y experiencia vivida

Definimos la compatibilidad cultural como el conjunto de similitudes y diferencias de las experiencias vitales que pueden llegar a ser compartidas, entendidas y aceptadas por el otro; experiencias infantiles de crianza y ambiente familiar, así como otras concernientes al ocio, el aspecto profesional, cultural y personal (viajes, lenguas, relaciones anteriores) que podrían resultar significativas y que han sido señaladas como factores clave en algunos estudios sobre la elección de pareja (Centers, 1975, citado en Valdez, González y Sánchez, 2005; Bolinches, 2007).

El discurso de los entrevistados muestra que la compatibilidad en esta categoría es un componente que ejerce influencia en la elección y la permanencia con la pareja:

Ya había conocido cómo era con su familia, con sus amigos, hasta en la escuela, en el trabajo, viajando, durmiendo juntos, compartiendo un cuarto y viendo todo lo que es él, y en todos los aspectos sigue siendo la misma persona, no es como un camaleón que se adapta cada situación, ya que había visto todas sus caras, ahí fue cuando dije sí quiero estar con él, cumple con todo lo que yo busco (E-pareja 1-M).

Es una persona muy trabajadora y responsable, tiene los mismos intereses que yo, los valores, la educación muy parecida y nivel económico y todo eso se me hace importante (E-pareja 4-M). Que siempre estuvo a mi lado, estuvo conmigo en mi duelo cuando se murió mi papá, me ayudó a superarlo y pude ver su lado sensible, y que siempre trataba de sacarme la sonrisa (E-pareja 4-H).

Es una niña bien, de buena familia, con educación, bonita, y de buenos sentimientos, pues qué más podía pedir” (E-pareja 3-M).

En las amistades, sus amigas son el mismo perfil tanto de su lado como del mío. La forma en que vivimos es parecida, vamos a misa, nos gusta ir de vacaciones, siempre escogemos lo mismo, desde dónde ir a comer, qué hacer en la noche y cosas así (E-pareja 4-H).

A pesar de que uno de los participantes es de origen español, muestra referentes culturales y mitos sociales similares a los demás participantes.

Formulación de proyecto de vida

Todas las parejas entrevistadas hablan de un proyecto de vida. Casi todas consideran a los hijos una parte fundamental del proyecto de pareja y, en el mismo sentido, la llegada de los hijos va acompañada de una búsqueda de estabilidad económica o la adquisición de una casa propia. Al preguntar sobre el proyecto de pareja, las mujeres expresaron lo siguiente:

Formar una familia, educar a nuestros hijos, que crezcan y seguir viviendo nosotros dos juntos, trabajar para tener un futuro como pareja (E-pareja 6-M).

Seguir entendiéndonos y establecernos aún más económica y emocionalmente, yo sé que no va llegar lo perfecto, pero igual más centrados para posteriormente tener familia, hijos, todavía no sabemos como en cuánto tiempo, pero queremos viajar, queremos terminar de hacer nuestra casa bien y ya después tener un trabajo más estable (E-pareja 3-M).

Por parte de los hombres, escuchamos argumentos como:

No pienso tan a largo plazo. Seguir adelante, afianzar la economía, buscar un buen trabajo,

estable y a raíz de eso empezar a pensar en proyectos pequeños, buscar una casa pequeña, si queremos hijos, pues una casa más grande, ubicada cerca de escuelas. Si tenemos hijos pensar siempre en ello (E-pareja 5-H).

Ya lo llevo a cabo, formar una familia, tener hijos, máximo dos, y no tenemos algo así como una maqueta ni perseguimos un objetivo, sino ser felices y permanecer juntos a lo largo de nuestras vidas (E-pareja 6-H).

Estar juntos hasta la muerte agarrados de la mano. Independientemente de formar familia, de tener nuestra casita. Es sobre todo estar juntos, en las buenas y en las malas (E-pareja 7-H).

Compatibilidad y satisfacción sexual

Con este elemento nos referimos al plan convergente a futuro construido por ambos miembros de la pareja; esto permitirá a los futuros cónyuges formular y establecer un compromiso (Campo y Linares, 2002). En este campo entra la decisión de tener o no hijos, la compatibilidad de la vida de la pareja con el desarrollo personal y profesional de cada uno, así como qué proyectos individuales y de pareja son prioritarios a corto, mediano y largo plazo.

El tema de la sexualidad fue el que menos comentarios incitó entre los entrevistados. Sólo algunos de ellos destacan la sexualidad como parte de su elección de pareja, y en su mayoría son las mujeres: “Sexualmente [...] yo si estoy satisfecha” (E-pareja 1-M); “Me encanta como hace el amor y me encanta que me bese y toda esa parte pasional” (E-pareja 3-M); “... Y en lo íntimo congeniamos perfectamente” (E-pareja 7-M). Por su parte, uno de los entrevistados relató:

Llegó un tiempo que con X fue poco realmente. Yo siempre me imaginaba, porque todo mundo lo decía, que el primer año de casados pues era cuando más sexo tenías. Y llegó un punto donde decía, OK entiendo que ya somos papás y que cambia y así, pero me gustaría que fuera más. No entiendo porque ella no es así pero si me gustaría más (E-pareja 1-H).

Modelo de pareja de la familia de origen

Muchas de las personas entrevistadas aseguraron que el modelo de pareja que observaron en su familia de origen fue un elemento clave para su elección o la manera en que se desenvuelven con su pareja, ya sea mediante la repetición o la aversión, la continuidad o la discontinuidad (Puget y Berenstein, 1992) del modelo vivido y aprendido. Campo y Linares (2002) subrayan que son referencia obligada, para las nuevas parejas, los modelos de pareja de sus abuelos, padres o personas significativas. Cuando indagamos sobre este tema, los relatos confirman una alusión fuerte a los modelos de las familias de origen de cada miembro de la pareja:

De cierta manera, buscaba lo mismo, alguien con quien pueda yo hacer equipo, que busque los mismos ideales y que en base a lo que yo sabía de la familia de él, yo sabía que él buscaba algo así parecido como yo, y que la familia es una prioridad (E-pareja 6-M).

Cuando mis papás se peleaban, se dejaban de hablar y a mí eso me molestaba mucho, y ahora en mi relación cuando nos peleamos, de repente me ponía igual que mi mamá, y me molestaba más sabiendo que me molestaba que mi mamá lo hacía y yo lo estaba repitiendo, creo que “X” es lo opuesto, él quiere hablar siempre, y eso me gusta. Y he tratado de trabajar en eso, para no repetir lo mismo que hacían mis papás (E-pareja 8-M).

En esta categoría, los hombres opinaron así:

Dicen que uno busca en su novia lo que ve en su madre, y sí es cierto. Uno ve y hace lo que ve en su casa. Sí influye, mi mamá nunca trabajó, siempre dedicada a su esposo, a sus hijos, muy buena hermana, muy buena hija, y vi que eso era exitoso, que se la lleva bien con todos, y veo que hay equilibrio y creo que buscas algo similar en tu pareja, que haya tranquilidad, equilibrio. Lo buscas a veces sin darte cuenta (E-pareja 4-H).

Fuera de ciertos detalles, yo como veo a mis papás me gustaría que fuera mi matrimonio. Y sí

creo que lo que aprendes en la casa, así vas a acabar siendo (E-pareja 7-H).

Sí, porque mis papás tienen una pésima comunicación y aunque alguna de las partes puede ceder, nunca ceden al mismo momento. Entonces yo quería buscar a una persona razonable que esté dispuesta a ceder (E-pareja 5-H).

Relación con la futura familia política

Al preguntarle a los entrevistados si alguien de su familia había influido de manera directa o indirecta en su elección de pareja, observamos que el consentimiento de la familia propia y política tiene un papel significativo, como lo señala Lidz (2013). Al respecto, las mujeres entrevistadas dijeron:

Sí, mis padres, directísima, una porque lo aceptaron y para mí era súper importante que mis papás quisieran al hombre con el que yo fuera a estar, yo me sentía feliz con él y luego pues que mis papás lo quisieran, está todo perfecto (E-pareja 3-M).

Mi mamá, mis hermanos que estaban muy al pendiente y lo aman y me decían que ya (E-pareja 5-M).

Su familia influyó en mi elección, me recibieron muy bien, si no me hubiera llevado con ellos no me hubiera casado (E-pareja 8-M).

Por su parte, los hombres opinaron: “Aparte, su familia me cayó perfecto, tiene una familia ejemplar [...] son muy unidos, algo que en mi casa no es y me gustó mucho su entorno, como se rodeaba, como la familia se mantenía integrada y todo eso me gusta” (E-pareja 3-H).

Mitos sociales

Los mitos sociales como fuente de influencia para la elección y permanencia de las parejas han sido ampliamente abordados por los estudiosos del tema. Se trata de ideas, representaciones y construcciones sociales que se convierten en argumentos e imperativos para decidir o actuar respecto a situaciones importantes de la vida (Cerdeña, 2006). Para Bernad (2004), por ejemplo, algunas de las principales categorías o etiquetas con que se tilda a los solteros son las siguientes: apego a sus padres, egoísmo, mayor riqueza, mayor felicidad, mayor libertad y tiempo de ocio, inmadurez, indecisos, rebelde, empobrecido, necesitado de otros, que sufre de soledad, promiscuo, hedonista, minusválido, vagabundo. De este modo, la soltería, en ciertos contextos, deja de ser una aspiración o una alternativa de vida en razón de su mala fama.

En los discursos de nuestros entrevistados pudimos reconocer mitos sociales como protagonistas también de su elección; los más frecuentes fueron aquellos que tienen que ver con la edad, la fertilidad, el tránsito “natural” de la salida de universidad hacia la vida marital, así como la única salida del hogar paterno socialmente aceptada. Al respecto, las mujeres señalaron:

Sentía que era el camino a seguir. Era el siguiente paso, sentía que era lo correcto y que teníamos que dar ese paso para poder seguir juntos y formar una familia y crecer juntos (E-pareja 6-M).

Y en su casa pegaron el grito en el cielo de cómo íbamos a vivir juntos sin estar casados y tuvimos un poco de presión por parte de su familia y la mía (E-pareja 5-M).

La decisión es más de los hombres a final de cuentas, pero yo creo que él se sentía más preparado tanto económicamente como la relación más sólida, también su edad yo creo que a él le influyó (E-pareja 4-M).

Los hombres, por su parte, compartieron:

Mira, yo tenía veintiocho años cuando le di el anillo, veintinueve ya. Yo no quería ser padre grande. [...] ya estaba trabajando, yo ya me sentía solvente como para poder casarme o al menos para iniciar. Creo que las edades ya eran buenas. Ya llevábamos dos años de novios y para casarnos serían tres, y creo que ya era el tiempo suficiente. Nos llevábamos muy buena edad con eso de que las mujeres maduran antes de los hombres, las edades son buenas (E-pareja 4-H).

Cuando se dio la oportunidad de casarme con una persona más fresca del ambiente que yo me movía, pues escalé, subí un escalón, no me mantuve [...] dije: Es una mejor opción de todas las que puedo tener acá (en mi ambiente) (E-pareja 3-H).

Circunstancias externas

Estas circunstancias, que se configuran como determinantes en la elección de pareja, son aquellas situaciones extraordinarias o inesperadas que pueden llegar a precipitar la decisión de contraer matrimonio con la pareja, como un embarazo, defunciones, cambio de ciudad de residencia por parte de uno o ambos miembros de la pareja, fin de la etapa universitaria, la necesidad de independizarse o salir del hogar de la familia de origen (Campo y Linares, 2002).

Varias personas entrevistadas confirmaron que se dieron condiciones extraordinarias que precipitaron la decisión de casarse. Esta circunstancia fue mencionada tanto por hombres como por mujeres. Algunos ejemplos en las mujeres son: “Yo no quería irme a vivir con él, porque sentía que si no me casaba, él me podía dejar si las cosas no funcionaban. Y pues nos queríamos ir a la maestría, entonces era la decisión de casarnos e irnos, o no casarnos y que se fuera él solo” (E-pareja 8-M); “Ya estábamos cansados de pedirle permiso a nuestros papás para salir o vernos, ya era momento” (E-pareja 5-M). Uno de los hombres comentó:

Cuando salió embarazada, yo feliz y obviamente en ese momento, cuando ya vi que venía en camino, lo primero que pensé fue: obviamente como pareja la quiero a ella, quiero compartir con ella toda mi vida y quiero darle una familia a mi bebé. No solo una casa donde se quieren los papás, pero no hay un compromiso bien establecido. Antes ya lo había decidido, pero podía cambiar (E-pareja 1-H).

Percepción de satisfacción

La percepción de satisfacción es un factor importante para la consolidación de las relaciones de pareja. Este elemento se desarrolla desde el inicio de la relación e incluso llega a ser determinante en la elección inicial de la pareja a partir de las expectativas y modelos que cada uno de los miembros pone en juego.

En la evaluación de este factor, exploramos la percepción de satisfacción respecto de las áreas que diversos autores han destacado como indicadores para conocer el funcionamiento y la satisfacción en las relaciones de pareja (Caillé, 1992; Puget y Berenstein, 1992; Campo y Linares, 2002; Bolinches, 2007; Sager, 2009). Estas áreas son: la pragmática (roles, labores domésticas, rituales, ocio, acuerdos sobre la generación y distribución de recursos), la emocional (nutrición relacional, compatibilidad de caracteres, reconocimiento, valoración y apoyo) y la cognitiva (valores, creencias, mitologías).

En los relatos de nuestros entrevistados advertimos expresiones que destacan la satisfacción con la manera en que se gestionan algunos aspectos pragmáticos. En una de las entrevista se declaró: “Otra cosa que me llevó a tomar la decisión es que me dejaba ser libre, si yo quiero meterme estudiar o irme de viaje, puedo seguir siendo yo, no tengo que dejar de ser yo para estar con él” (E-pareja 1-M). Por otra parte, algunos entrevistados expresaron su satisfacción por tener la oportunidad de contar con espacios y momentos solos e independientes de su relación de pareja, como apreciamos en los siguientes relatos:

... Y que respete también esos espacios míos, me gusta que yo puedo seguir saliendo con mis amigas y viendo mi familia, sin que haga un problema de todas las cosas (E-pareja 9-M).

Ella sale más que yo, y yo gozo quedándome en mi casa viendo tele, descansando, y a ella le gusta mucho salir con sus amigas. Mis gustos, los típicos de un hombre, los llevo a cabo y sin problemas. Y ella también. A la hora de ver películas, nos vamos turnando una romántica, una de balazos. A la hora de ver series, pues escogemos cosas que nos gusten a los dos. Ella no se fija, por ejemplo, en que marca era el coche, dice “no sé uno chiquito” y yo sé qué marca, qué

modelo, etcétera. O por ejemplo va a casa de alguien y dice “sí, estaba padre” y yo quiero saber cómo son los acabados y cosas así, yo me fijo mucho en los detalles, los analizo, y bueno así soy yo, pero esas diferencias hacen que nos complementemos (E-pareja 4-H).

La percepción de satisfacción en el área emocional que exploramos en los entrevistados se confirmó en la compatibilidad de caracteres, la nutrición emocional y la valoración que manifestaron en algunos de sus relatos, como por ejemplo:

Si soy feliz es porque ella cumple su tarea de chiquearme en cualquier aspecto. Yo creo que es muy detallista, hasta peca de detallista [...]. Me satisface en todos los aspectos [...]. En todos los aspectos llena los objetivos que yo tengo y lo que yo espero de ella (E-pareja 4-H).
Cuando hablamos, me tranquiliza, me hace reír, me da mucho cariño, abrazos. Me siento protegida con él. Siento que es un amor verdadero y eso me hace sentir contenta (E-pareja 9-M).

En lo referente al contrato de pareja, los participantes dicen estar satisfechos con la relación, aun cuando no existen acuerdos o un contrato explícito. Esto, en virtud de que más de la mitad de las parejas entrevistadas mencionaron no tener claridad en lo que deseaban de la relación y del otro, así como lo que el otro pensaba al respecto. Los relatos mostraron que la relación funciona mediante arreglos implícitos basados en los mitos sociales que definen los roles desde una cultura machista, la cual se confirma con la satisfacción de los dos miembros de la pareja en cuanto al modo en que estos acuerdos han configurado un estilo de vida en la pareja.

A continuación, compartimos algunos ejemplos de los diálogos mantenidos con los entrevistados sobre este tema:

Su carácter, su forma de ser, lo amiguera, me gusta mucho que es muy buena esposa, sobre todo que el rol de esposa lo ha tomado muy en serio, no es nada floja en el aspecto de que tengo que llegar a hacer el qué hacer [...]. Me trata muy bien como esposa en el aspecto de que me tiene de comer bien, la casa limpia, ve lo que hace falta en la casa para tenerlo. Me gusta mucho que es muy organizada, se preocupa porque la imagen de la casa esté bien. Me gusta mucho también que sea limpia. Es muy detallista y es muy sensible, lo cual me gusta, pero a la vez no tanto. Prácticamente, me gusta el rol de esposa que ha tomado, se lo tomó muy en serio.

Todo lo que hace, aun cuando sean unas quesadillas, lavar la ropa, todo lo hace con cariño. Siempre procura que como pareja estemos bien. Me gusta que me ayude a darme cuenta realmente que si no le pones amor y empeño, las cosas no salen bien. Ella es muy buena en eso, es lo que más admiro.

Obviamente como mujer, como pareja, en el tema íntimo. Es muy buena mamá. Me gusta mucho que siempre procura tener todo limpio, busca que todo esté limpio, iluminado reluciente, entonces a mí me gusta estar en mi casa porque siento ese calor de hogar. Como esposa en ese sentido de dar calor de hogar y en lo laboral, me gusta que sea como es en la chamba.

Ya viéndola como ama de casa, superbién, es una chamba, y sería más sustentada mi decisión hoy que hace tres años que decidí casarme.

Yo creo que en lo que a ella respecta de mujer, es muy mujer. No tiene ni idea de los deportes, no le gusta verlos, no le gusta ir. Es muy femenina, ella está muy en lo suyo y yo muy en lo mío.

4. COMENTARIOS FINALES

En este trabajo, exploramos algunos de los criterios y factores para la elección y la permanencia de parejas constituidas con una duración de uno a cuatro años de relación. Los resultados que obtuvimos mediante las encuestas con los miembros de las nueve parejas que conformaron la muestra del estudio nos proporcionaron información para concluir lo siguiente:

Nuestros resultados fueron similares a los encontrados en otros estudios. A pesar de la exis-

tencia de ideas que cuestionan las pautas tradicionales, las motivaciones presentes en la elección de pareja que pudimos constatar en el discurso de los entrevistados dan cuenta de un conjunto de premisas biológicas, psicosociales, familiares y socioculturales que influyen en el proceso del emparejamiento y la permanencia en las relaciones de pareja.

Como parte de las premisas biológicas, se han destacado factores que activan el apareamiento de la especie a partir del potencial físico y los imperativos genéticos de la conducta de los individuos como proveedores y protectores. Asimismo, los mitos sociales, los mandatos culturales sobre el matrimonio, el ciclo de vida y los modelos a seguir que proveen los padres ejercen influencia de manera decisoria en la elección de pareja y el compromiso matrimonial, y llegan a minimizar el margen de decisión personal.

De este modo, la elección y el compromiso con el cónyuge pueden basarse más en circunstancias externas que en ideales personales sobre el amor. Todas las parejas entrevistadas hacen de los mitos sociales parte de su elección de casarse; el matrimonio sigue viéndose como una opción obligada o como símbolo de madurez. Al mismo tiempo, sorprende ver el peso de las opiniones ajenas, ya sea de la propia familia o de los amigos, en la elección de la pareja.

Por último, consideramos que es importante que en una investigación futura sobre el tema se profundice y se exploren con más detalle los cambios en los patrones culturales para la elección de pareja que se han dado en razón de la transformación social y las prácticas amorosas de los jóvenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bernad, J. (2004). *La psicología del soltero: entre el mito y la realidad*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Bolinches, A. (2007). *Amor al segundo intento. Aprender a amar mejor*. México, DF, México: Grijalbo.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G. (2008). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo*. La diferenciación del sí mismo del sistema familiar. Barcelona, España: Paidós.
- Buss, D. (2005). *The handbook of evolutionary Psychology*. New Jersey, Estados Unidos: John Wiley and Sons, Inc.
- Buss, D. (2007). The evolution of human mating. *Acta Psychologica Sinica*, 39-3, 502-512.
- Caillé, P. (1992). *Uno más uno son tres. La pareja revelada a sí misma*. Barcelona, España: Paidós.
- Campo, C. y Linares, J. (2002). *Sobrevivir a la pareja. Problemas y soluciones*. Barcelona, España: Planeta.
- Casullo, M. (2003). Elección de pareja en adolescentes y adultos jóvenes. *Psicodebate: Psicología Cultura y Sociedad*, 4, 39-56
- Cerda, L. (2006). Identidad y sentido. Los mitos sociales y las configuraciones subjetivas. *Anales de la Educación Común*, 4, 36-43.
- Domínguez, J. (1978). La teoría del intercambio social desde la perspectiva de Blau. *Reis*, (4), 129. doi:10.2307/40182727
- Espina, A. (1996). La constitución de la pareja. En M. Millán. *Psicología de la familia. Un enfoque evolutivo y sistémico*. Valencia, España: Promolibro
- Lidz, T. (2013). *La persona. Su desarrollo a través del ciclo vital*. México, DF: Herder.
- Linares, J. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Maté, C. y Acarín, N. (2011). Encuesta sobre la elección de pareja a estudiantes de la Universitat Pompeu Fabra, Barcelona (20 a 27 años). *Summa Psicológica UST*, 8, 37-46.
- Montejano, M. y Núñez, P. (2011). *Factores que influyen en la elección de pareja para el matrimonio; tanto en hombres como en mujeres*. Tesis inédita de licenciatura, Universidad Michoacana

- de San Nicolás de Hidalgo, México.
- Portales, K., Gil, C. y Beltrami, M. (2009). Influencia de la simetría facial en la elección de pareja. *Revista de Psicología*, XVIII, 147-160.
- Puget, J. y Berenstein, I. (1992). *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Sager, C. (2009). *Contrato matrimonial y terapia de pareja*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Sternberg, R. (1990). *El triángulo del amor. Intimidad, amor y compromiso*. México DF: Paidós.
- Torres, T. y Ojeda, A. (2009). El compromiso y la estabilidad en la pareja: definición y dimensiones dentro de la población mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 17(1), 38-47. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133912613005>
- Valdez, J., González, N. y Sánchez, Z. (2005). Elección de pareja en universitarios mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10, 355-367.

Trastorno límite de personalidad: un informe de caso desde la visión sistémica con el enfoque de la nutrición relacional

Borderline personality disorder: A case report from the systemic vision with the approach to relational nutrition

Octavio César Carrillo Flores¹

¹Maestro en Terapia Familiar Sistémica. Instituto Tzapopan. Psicólogo especializado "A" en Centros de Integración Juvenil, AC, Unidad de Hospitalización Zapopan. Correo electrónico: octaviocesar@hotmail.com

Historia editorial

Recibido: 04-03-2015

Primera revisión: 04-04-2015

Aceptado: 21-04-2015

Palabras clave

trastorno límite de personalidad, estilo de vínculos interpersonales y de pareja, nutrición relacional, estilo terapéutico contemplativo-evolutivo.

Resumen

Presentamos el informe de un caso clínico que analiza la relación entre las características individuales, familiares, relacionales y sociales de una paciente con algunas de sus parejas (características de su relación con ellos), asociadas al diagnóstico y tratamiento desde la perspectiva de la nutrición relacional con un estilo terapéutico propio y la evolución del caso a poco más de un año. Hacemos un recorrido circular con la persona, su desarrollo, identidad (personalidad), algunas particularidades de su familia de origen, sus vínculos con parejas que reproducen un cierto patrón o pauta relacional a partir de una identidad (personalidad) similar, hasta llegar a sus circunstancias de conflicto y formas de afrontamiento, la intervención clínica y su posicionamiento como madre ante nuevas identidades (personalidad) en gestación o desarrollo: sus hijos, para así reiniciar el ciclo de la vida.

Abstract

Analysis at the clinical case report of the relationship between characteristics individual, family, social, and some of the characteristics of her couples (and the characteristics of her relationships with them), associated with diagnosis and treatment of a patient from the perspective of the relational nutrition and her own therapeutic style, is analyzed and presented progress of the case just over a year. Making a circular path with the person, her development, her identity (personality), some characteristics of their family of origin, their relational links with couples with a certain pattern or relational pattern from an identity (personality) similar; her circumstances of conflict and ways of coping, clinical intervention, and its positioning as a mother in front to new identities (personality) in gestation or development: their children, and to restart the cycle of life.

Keywords

borderline personality disorder, interpersonal style and couple linkages, relational nutrition, therapeutic style.

El informe que aquí presentamos fue realizado en Zapopan, Jalisco, México, el 1 de junio de 2013, en respuesta a una petición tanto familiar como legal sobre el diagnóstico y tratamiento de la paciente. Es importante aclarar que no sólo se le atendía en aspectos relacionados con conductas que perjudican su salud (adicciones) o la salud de sus hijos (separación), sino también en el tema de violencia familiar.

La Organización Mundial de la Salud, al referirse al tratamiento contra el consumo de alcohol o drogas y la comorbilidad asociada como parte de una atención primaria en salud, define ésta como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Rodríguez y Minoletti, 2013, p. XV) y considera la atención primaria en salud mental como “... un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Rodríguez y Minoletti, 2013, p. XV). Así, la atención a la salud mental adquiere una relevancia equivalente a la atención de la salud física.

Es importante un abordaje integral a partir de una comprensión compleja de los factores individuales (personalidad), familiares, relacionales, de pareja y sociales, a fin de alentar una mejora desde una intervención específica; en este caso, la perspectiva de la nutrición relacional del doctor Juan Luis Linares, con un estilo terapéutico propio: contemplativo-evolutivo. El estudio fue elaborado luego de casi tres meses y ocho sesiones combinadas de terapia familiar (con la madre, el padre y su hijo mayor) y terapia individual. Posteriormente, realizamos un seguimiento en agosto de 2014, en el que destacaron algunos elementos que señalaremos en el apartado final.

1. DESARROLLO

INFORME CLÍNICO (1 JUNIO 2013)

Paciente: SSB

Datos generales

Edad: veinticuatro años

Sexo: femenino

Escolaridad: bachillerato

Estado civil: soltera

Ocupación: desempleada

Estado mental

Paciente alerta, bien orientada, con lenguaje lógico y coherente, que muestra cierta labilidad afectiva asociada al proceso de reintegración a su familia y a las propias necesidades de la etapa en que se encuentra, al asumir una individuación responsable.

Antecedentes personales patológicos

Padecimientos respiratorios y enfermedades infecciosas en la infancia, tratadas y sin secuelas. Problemas de la conducta alimentaria manifestados desde la preadolescencia, alrededor de los diez años. Problemas de conducta en el ámbito escolar asociados a trastornos en el estado de ánimo con ideación suicida y fugas de casa en la adolescencia. A la edad de diecisiete años, inicio del consumo de sustancias psicoactivas: cannabis, cocaína, alucinógenos (“ácidos y hongos”) y anfetaminas (“tachas”).

Antecedentes de heredofamiliares

Por parte de la familia materna, existen antecedentes de diabetes e infartos. Se sospecha de “algun” trastorno psiquiátrico en la bisabuela materna, no diagnosticado ni atendido profesionalmente,

y manifestaciones en el abuelo materno de violencia y conductas “misóginas”. El tío materno, con antecedentes de crisis de ansiedad en tratamiento psiquiátrico, falleció por suicidio consumado, según el reporte legal emitido. La abuela materna padece problemas crónico-gastrointestinales. Los bisabuelos paternos murieron a consecuencia de la diabetes, y el abuelo paterno presenta problemas de hipertensión.

Tratamientos previos

Recibió atención psicológica particular durante la infancia y adolescencia por los problemas asociados a la conducta alimentaria y escolares, estado de ánimo e ideación suicida, además de las fugas de casa; no obstante, asistió a pocas sesiones.

A los veinte años, se integró a un programa de tratamiento para las adicciones en modalidad residencial profesional durante tres meses, y asistió dos meses a seguimiento en tratamiento ambulatorio.

A los veintiún años, estuvo en el programa de tratamiento y rehabilitación, en actividades diarias de hasta tres horas durante tres meses y en un “taller de encuentro” de fin de semana. Dejó el tratamiento debido a su relación con una nueva pareja sentimental (consumidor de drogas), con quien se fugó de casa para vivir juntos; se mantuvo en abstinencia del consumo de drogas y asumió mayor responsabilidad sobre la relación hasta que se embarazó de su segundo bebé; entonces, aumentaron los conflictos con su pareja y regresó a casa de sus padres. Recibió consulta psicológica particular en pocas sesiones.

Conformación familiar

SSB es la mayor de dos hijos: ella de veinticuatro años y un varón de veintidós. Entre ellos, su madre tuvo un aborto natural en el primer trimestre del embarazo. El padre tiene cuarenta y nueve años y su madre, cuarenta y ocho. La madre es arquitecta y el padre, comerciante. La paciente tiene dos hijos de dos parejas diferentes: el mayor de seis años y el menor, de nueve meses.

Motivo de consulta

La paciente solicitó tratamiento psicológico a causa de problemas de baja autoestima, asociados a un estado de ánimo depresivo y falta de motivación para cumplir sus metas de autorrealización; siente que su vida no tiene sentido, aunque la relación con sus hijos le brinda un cierto grado de aliento.

Reconoce conflictos en sus relaciones familiares y de pareja, y busca ayuda para tener una vida más responsable, independiente, satisfactoria y productiva, que le permita hacerse cargo de manera adecuada de sus necesidades y de sus hijos. El consumo de sustancias se encuentra en remisión desde hace tres años.

Es necesario mencionar que le han retirado la custodia de sus hijos durante algunos periodos; en el caso de su hijo mayor, éste quedó al cuidado de los padres de ella. Además, sufrió violencia familiar y agresión psicológica, física, sexual, económica, entre otras, por parte de sus parejas; ello afectó en mayor medida a su hijo de seis años, por lo cual los padres de la paciente le han brindado al niño atención profesional. Actualmente, el estado de salud física y emocional de la paciente es reportado como estable y adecuado.

Diagnóstico

Paciente que cubre el criterio para diagnóstico de personalidad límite, de acuerdo con el DSM IV, cuyas características se señalan en la tabla 1.

Un patrón general en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y efectividad, así como una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que son potencialmente dañinas para sí mismo (por ejemplo, gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ejemplo, episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla (muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad F60.3 (301.83). Fuente: DSM IV APA, 1995.

La paciente muestra labilidad psicoafectiva relacionada con historia de vida de interacciones o pautas relacionales con figuras de autoridad de forma ambivalente, de dependencia y desafío, apego y evitación, desarrolladas desde sus vínculos primarios con ambos padres; es más cercana a su padre y tiene conflictos con la madre, en virtud de la actitud de exigencia y cierta competencia, al ser la madre la “figura fuerte” tanto en la relación de pareja como en el sistema familiar. La madre desempeña un rol de proveedora y administradora, así como de supervisora de las actividades domésticas y de crianza dejadas mayormente al padre; lo anterior se ha acentuado en especial en los últimos años.

SSB refiere en su historia personal antecedentes de consumo de sustancias que tienen vínculo con sus relaciones de pareja, situación significativa al demandar afecto y aceptación de sus pares (parejas y personas con quienes convive para el consumo) y, al mismo tiempo, ser presa de manipulaciones, provocaciones e intimidaciones, ante las cuales cede, porque se le dificulta establecer límites a conductas que la lastiman; le falla la contención interna y requiere supervisión, vigilancia y contención externa de parte de su red de apoyo sociofamiliar.

En lo concerniente al autoconcepto, parece estar deteriorado al expresar manifestaciones de inseguridad, temor, dificultad para tomar decisiones, limitación para aprender de la experiencia, poca tolerancia a frustraciones y a la crítica; le cuesta trabajo manejar emociones adversas. Asimismo, experimenta un estado permanente de insatisfacción y vacío que repercute en alteraciones de su ánimo, que la conducen a una actitud depresiva y falta de motivación intrínseca para desarrollar actividades.

Recomendamos un trabajo integral, no sólo individual y psicológico, que le brinde a la paciente atención médico-psiquiátrica para estabilizarla mental y psicosocialmente; trabajar en sesiones individuales y de terapia en red (con la familia y algunas personas significativas cercanas a ella);

favorecer, a la vez, recursos intrapsíquicos, como el desarrollo, la recuperación o construcción de recursos externos de apoyo, supervisión, contención y estructura, que la ayuden a lograr cambios en su estilo de vida para que recupere su capacidad de hacerse cargo de sí misma y de sus hijos.

Tratamiento

En el área psicoafectiva, iniciamos un proceso terapéutico en sesiones tanto familiares como individuales; en él destacamos el trabajo con la figura materna, y luego involucramos al padre; estamos en vías de un trabajo conjunto con los integrantes de la familia y, en seguida, extenderemos la intervención a aspectos de la red social de apoyo y contención.

En lo individual, resalta la estabilidad que la paciente comienza a tener en aspectos emocionales y la claridad de pensamiento para ser reflexiva, con capacidad de análisis, introspección, autocrítica y juicio de realidad; puede distinguir entre situaciones que la benefician y las que no, así como contener el surgimiento de sintomatología asociada a los trastornos adictológico y de personalidad. Sin embargo, continúa siendo frágil emocionalmente, con labilidad o carencia de recursos y en proceso de reconstrucción del autoconcepto, rescate de sus capacidades, y reorganización o reorientación de objetivos y metas personales y familiares que le brinden satisfacciones respecto a la autorrealización, autonomía e independencia para sostener un trabajo y una estabilidad psicoafectiva suficiente y hacerse cargo por completo de sí misma y de sus hijos.

Mientras tanto, orientamos a la familia con la idea de que construya un ambiente de estructura afectiva que genere experiencias de nutrición relacional, concepto del doctor Juan Luis Linares (Linares y Campo, 2000), y que representa elementos como la valoración, el reconocimiento, la aceptación y el afecto, que alimentan el surgimiento de posibilidades y recursos a partir del acompañamiento, la supervisión y vigilancia con afecto estructurado, es decir, sin caer en la sobreprotección y el sentimiento de actos irresponsables y autodestructivos o que lastiman a otros.

Un asunto específico en el tratamiento de SSB ha sido el abordaje del conflicto asociado a las relaciones afectivas de pareja y el alentarla a que reconozca y distinga entre sus deseos y el deseo del otro, y que no supedite su conciencia o sus conductas a dicho deseo y del otro; que pueda superar necesidades dependientes de aprobación, aceptación y afecto por parte de ese otro para crear un criterio propio; y que no se deje llevar por posturas intimidatorias, agresivas, dominantes, de violencia directa o indirecta o manipulación. Así, ella podrá distinguir emociones que no sean de inseguridad o temor y formular sus propios juicios y decisiones con base en la idea y el deseo propio de no lastimar a otros o de no dañarse a sí misma. El consumo de drogas en personalidades como la de SSB significan un daño a sí misma ocasionado por la necesidad de aprobación, aceptación y afecto por parte de otro; en este punto, las sustancias psicoactivas se convierten en catalizadores de una motivación o de un sentido para la vida, en relación con el deseo del otro y no con el propio.

Es importante señalar que en el discurso de SSB resaltan algunos elementos de justificación tanto de la conducta violenta de sus parejas como su apego a la relación con ellos; en ocasiones, es notorio cómo se culpa de la violencia cometida por el otro y se responsabiliza por el cuidado de ese otro, percibido por ella, en momentos, como frágil, necesitado de atención y afecto, lastimado por su propia historia; por ello, queriendo compensarlo, ella asume, en algunas ocasiones, una posición de dirección del vínculo y lo lleva hacia donde ella cree que es más conveniente para ambos; esto es acorde con algunos estudios con perspectiva de género que refieren una interacción similar en parejas que han vivido situaciones de violencia (Vega, 1998; Torres y Hernández, 2009).

La paciente decide, a veces, dónde y cómo vivir (residencia, economía, trabajos, entre otros) para encontrar en ese “cierto control” una forma de autoafirmación y satisfacción de sus propias necesidades o deseos, incluidos los que tienen que ver con el consumo de sustancias o de afecto y valía. Por eso, la pérdida de ese “cierto control” de la relación se vuelve tan doloroso para ella, al sentirse traicionada por infidelidades o rechazada por el abandono de la pareja; surge, así, la ambivalencia del repudio y la necesidad de estar con sus parejas, con encuentros ocasionales para tener contacto físico-sexual; esto le provoca un sentimiento de vacío, insatisfacción y culpa por traicionar

sus propios criterios, pero, a la vez, se siente gratificada, aceptada, al ser tomada por el otro que no la rechaza y le consiente “caprichos” que ella piensa que nadie más le tolerará, nadie que no sea como ellos, nadie que sea “normal” y no tenga los problemas que ellos han tenido, pensamientos que son reforzados verbalmente por sus parejas. Esta situación nos lleva a lo que a continuación planteamos.

Epidemiológicamente, el consumo de sustancias distingue entre el uso en las mujeres de sustancias llamadas suaves (como las de prescripción médica) y el uso por parte de los hombres de las llamadas sustancias duras (como la cocaína) (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2012); por ello, cuando una mujer, como SSB, incurre en el consumo de sustancias duras se explica que son motivadas por las necesidades dependientes ya referidas y son depositadas en la pareja. Este consumo puede ocasionar la pérdida de una conciencia de los propios actos y atenuar aspectos de culpa sobre decisiones tomadas o conductas lesivas, sin dejar de tener un cierto grado de responsabilidad sobre el consumo y algunos de sus actos.

También se explica epidemiológicamente (APA, 1995) que el consumo de sustancias está más relacionado (prevalencia, síntomas y trastornos asociados) en las mujeres con un diagnóstico de personalidad límite, a diferencia de los hombres, en los que se presenta una prevalencia, síntomas y trastornos asociados con el diagnóstico de personalidad antisocial correlacionado con el consumo de sustancias psicoactivas.

En la experiencia de trabajo en el campo clínico de las adicciones, las relaciones más frecuentes entre parejas de consumidores de sustancias son entre un hombre con características de personalidad antisocial (ver tabla 2) y una mujer con características de personalidad límite; aquí, las características de personalidad de uno y otro se complementan, y se conforma una relación complementaria desde una visión teórica sistémica, que lleva a la mujer a incurrir en diferentes conductas autolesivas o delictivas, en las que son implicadas por su pareja; ellas buscan con estas conductas una aprobación, una aceptación y afecto de parte de sus parejas, quienes se convierten en una figura fuerte para ellas y representan protección, sentimiento de seguridad y apoyo que no encuentran en sí mismas.

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde los quince años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales respecto al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención. 2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer. 3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro. 4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones. 5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás. 6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o hacerse cargo de obligaciones económicas. 7. Falta de remordimientos, como lo revela la indiferencia o la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros. <p>B. El sujeto tiene al menos dieciocho años.</p> <p>C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de quince años.</p> <p>D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad F60.2 (301.83). Fuente: DSM IV, APA, 1995.

El tratamiento busca que este tipo de pacientes, mujeres, puedan restablecer en ellas un empoderamiento que les permita distinguirse o diferenciarse, o individualizarse, y reconocerse como

personas capaces y con fortalezas para desarrollar proyectos personales; que distingan entre situaciones que las lastiman o lastiman a otros y situaciones que construyen relaciones de crecimiento, nutrición y afecto.

Existen dos posibilidades de desarrollo muy generales de este tipo de cuadros clínicos: uno tiene que ver con la evolución en un tratamiento prolongado integral y el otro, con relaciones afectivas con personas de una red social o familiar más constructivas y empoderadoras, o en grupos de apoyo o relaciones de pareja con personalidades más “sanas” o constructivas.

Desde la perspectiva de la “nutrición relacional” del psiquiatra y terapeuta familiar sistémico (Linares y Campo, 2000), el doctor Juan Luis Linares refiere, retomando a los teóricos constructivistas Humberto Maturana y Francisco Varela, que los seres humanos somos primariamente amorosos y, en segundo lugar, maltratantes (Carreras y Linares, 2006), cuando las vías de la nutrición afectivo-relacional quedan bloqueadas por algunas circunstancias, en este caso, el consumo de sustancias psicoactivas y el alejamiento de la red familiar y social de apoyo constructivo y cuidados para acercarse a relaciones emocionales intensas con parejas consumidoras de sustancias psicoactivas y personalidad antisocial (de acuerdo con las narraciones que hace la paciente y su familia sobre la conducta de sus parejas y comparándola con los criterios señalados en el DSM IV, descritos en la tabla 2, para diagnosticar la personalidad antisocial como trastorno). Estas vías de nutrición psicoafectiva-relacional deberán ser desbloqueadas para generar cuatro elementos: valoración, reconocimiento, aceptación y amor.

Personalidades como las de SSB son proclives al consumo de sustancias y a relaciones de pareja con personas disfuncionales; esto se debe a que sus mismas características de personalidad (entre las que sobresale la inestabilidad, ambivalencia, sentimientos de vacío o insatisfacción con voracidad demandante de atención y afecto) hacen difícil que las personas convivan y comprendan a este tipo de mujeres; ello dificulta, a su vez, crear una estructura de tolerancia, aceptación y valoración. El consumo de sustancias genera en estas personas un cierto mecanismo de control que da una aparente estabilidad originada por la identificación con otros consumidores (con su consecuente contraposición a personas no consumidoras) y procesos de regulación, control o sometimiento a la presión del grupo o la pareja consumidora de sustancias; esto, incluso, encierra una cierta motivación para la acción que no se consigue de manera natural en otros momentos o relaciones, aunque con costos y consecuencias graves al presentarse procesos de deterioro físico, mental y socioafectivos severos.

2. DISCUSIÓN

SEGUIMIENTO A LA EVOLUCIÓN DEL CASO (AGOSTO DE 2014)

El tratamiento concluyó debido al cambio de residencia de la familia y las limitaciones económicas que hicieron difícil continuar el tratamiento profesional. El informe que aquí presentamos fue comentado con los padres de la paciente; esto les permitió tener mayor entendimiento y comprensión de la vida intrapsíquica de su hija y actuar al respecto.

Entre los avances de este proceso, se destacan las palabras y los actos de reconocimiento, afecto y motivación que brindaba la madre a SSB, además del amor y aceptación incondicional de su padre; esta combinación ayudó a restablecer la estabilidad emocional de la paciente, que pudo regresar a casa a vivir con la familia y organizarse junto con ellos para el cuidado de los hijos y el sostenimiento económico.

En lo personal, la paciente pudo cuestionar sus relaciones de pareja, convenientes e inconvenientes, y enfocarse a sus propias necesidades; recuperó la capacidad de autodeterminación para elegir terminar sus relaciones con personas que le presentaban más contras que pros; fue más selectiva en cuanto a sus contactos interpersonales y comenzó nuevas relaciones de pareja con hombres más funcionales que conocía en empleos que tomó de manera provisional.

Un año después, en agosto de 2014, el padre se acercó a nosotros para comentar los avances que han tenido en cuanto a los aspectos legales de la custodia de los hijos de SSB. Nos expresó que la paciente estuvo viviendo con ellos hasta hace pocas semanas, cuando se independizó y empezó a alquilar un espacio junto con un primo, con quien comparte gastos. Ella trabaja como subgerente en una empresa pequeña y tiene a su cuidado a su hijo menor; el hijo mayor permaneció en casa de los padres de SSB por acuerdo de todos, al confirmar que el niño se ha encariñado con sus abuelos y muestra un desarrollo normal y adecuado.

Al hablar con la paciente, nos refiere estar sintiendo de nuevo crisis de angustia precisamente porque comenzó a vivir de modo independiente y a obtener logros significativos en aspectos productivos y de estabilidad económica, que le implican, por otro lado, responsabilidad y autodeterminación. La alentamos a mantenerse en un camino que parece ser difícil para ella y a valorar más sus logros y a sí misma como “lo correcto” en este momento de su vida; ella respondió con un “sí, me tomaré mis cápsulas de me vale y seguiré adelante”, que significa que no le dará tanta importancia a las dificultades y pensará en los beneficios que está obteniendo.

Obviamente, quedan aún muchas circunstancias por vivir en la historia de SSB, que construirá su vida junto con las personas que encuentre en su camino. Vendrán situaciones adversas y favorables, así como personas, unas más convenientes, positivas o nutricias que otras. Con el tratamiento, buscamos que ella pudiera ahora vivir y escoger ya no guiada por las necesidades inconscientes o primarias insatisfechas (aceptación, valoración, reconocimiento y amor), sino con decisiones conscientes, elecciones que consideren la posibilidad de relaciones con personas y entornos que le brinden aceptación, valoración, reconocimiento y amor, al menos en forma temporal o lo más permanentemente posible según el grado o nivel del vínculo, la respuesta en el otro y las circunstancias.

Ahora que ella puede leer este escrito (de hecho, que pueden leerlo otras jóvenes que viven situaciones similares, o sus familias), sería conveniente que se percatará de que, al igual que todos los seres humanos, ella busca lo que ya ha tenido, tiene y tendrá, en sus años de bebé, niña, adolescente, adulta y adulta mayor: aceptación, valoración, reconocimiento y amor, en diferentes momentos, algunos demasiado breves o con muy poca intensidad como para que los pudiera percibir o valorar por sí misma.

3. CONCLUSIONES

Desde la postura que como terapeutas sistémicos mantenemos y de la que referimos en un artículo anterior (Carrillo, 2014), hay dos elementos que fueron importantes durante el proceso para la intervención con SSB: la aceptación y la integración.

La aceptación de lo que ella dice, piensa, siente y vive, de su perspectiva del mundo, sus problemas y sus relaciones implica entender y comprender, conocer y reconocer, aceptarse a sí misma, aceptar lo que le agrada y lo que no; con ello, aprende a aceptar la perspectiva de los otros, de sus padres, sus parejas, sus hijos y de otras personas a su alrededor. La cuestionamos sobre lo que no ha podido aceptar para invitarla a hacerlo; es el caso de su adicción como una enfermedad y los cuidados que ésta requiere; sus conductas autodestructivas como síntomas de un padecimiento por el cual es tratada y está aprendiendo a cuidarse, a vivir con él y a poner más atención a su vínculo con personas y circunstancias que le brinden un entorno más saludable, positivo o nutricional.

La integración es una consecuencia de la aceptación; es la integración de ambas partes, la que agrada y la que no, en una sola vida, aprendiendo a resaltar lo que le ayuda a crecer o construir y cuidándose de lo que la destruye o limita en su desarrollo hacia una vida que le sea más satisfactoria, aunque sólo sea transicional o por etapas hacia nuevas formas de crecimiento y bienestar constructivo. Se trata de aprender a vivir con sus síntomas, con sus propias emociones, pensamientos, conductas y actitudes que le causan conflicto, y comprenderlas como la otra parte de su ser, que conviven con emociones, pensamientos, conductas y actitudes que le producen entusiasmo o motivación.

En este caso, utilizamos el mecanismo de sublimación para transformar aquello que le crea conflicto en actos que sean socialmente más aceptables y en lo personal más tranquilizadores. Un ejemplo de ello lo encontramos en el manejo de su vida sexual y sus temores asociados a perder el control, desbordarse o lastimar y lastimarse; la alentamos a expresar sus emociones e ideas en formas de arte que le resultan agradables y socialmente aceptables. Le sorprendió saber que quien escribió el popular libro *Cincuenta sombras de Grey* es una mujer.

Respetamos aspectos de su vida que ella considera intocables por su vida sexual adulta, como su vínculo con sus hijos en la inocencia de la infancia y, en especial, con la ternura de su bebé; ello denota un alto nivel de sublime funcionalidad relacional con una personalidad en gestación.

FUTUROS DESAFÍOS

La intención de este trabajo no fue profundizar en la descripción del trastorno límite de la personalidad; para ello, recomendamos leer el artículo “El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica,” de Carmen Campo (Campo y Ascenzo, 2011); nuestro interés se centró en revisar cómo se relacionan aspectos de la vida intrapsíquica con el estilo de vínculos relacionales que establecen las personas con este trastorno y abordarlos desde la teoría del doctor Linares.

Para ser suficientemente justos y sistémicos, es necesario hacer una descripción del trabajo, desde el diagnóstico y el tratamiento hasta la reinserción social y el seguimiento que se hace en la clínica de adicciones con pacientes que presentan un trastorno de personalidad antisocial, a fin de comprender sus motivaciones intrapersonales y sus vínculos interpersonales; esto, como una tarea para un próximo artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, SA.
- Campo, C. y Ascenzo, I. (2011). El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica. *REDES*, (24), 23-52.
- Carreras, A. y Linares, J. (2006). Diálogos sobre personalidad, identidad y narrativa. *REDES*, (16), 83-95.
- Carrillo, O. (2014). Un estilo terapéutico sistémico (contemplativo-evolutivo) aplicado en adicciones: teorización y resultados. *REDES*, (29), 67-90.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz-Secretaría de Salud (2012). Encuesta Nacional de Adicciones. México: INPRFM.
- Linares, J. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- Rodríguez, J. y Minoletti, A. (2013). *Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. OPS, Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares núm. 25.
- Torres, B. y Hernández, E. (2009). Recuperando la imagen de sí misma: abordaje sistémico de las mujeres con interacciones difíciles. En R. Giraldo y M. González. *Violencia familiar* (pp. 52-68). Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Vega, J. (1998). El problema de las mujeres que sufren maltrato en la relación de pareja. *Revista de Investigación en Psicología*, 1(2), 75-98.

The model created by Edith Tilmans on the use of metaphors in the training of therapists

Silvia Erice

Historia editorial

Recibido: 10-03-2015

Primera revisión: 17-04-2015

Aceptado: 21-04-2015

Palabras clave

creación del espacio terapéutico, metáforas, el estilo del terapeuta, riesgos, *burn out* profesional.

Resumen

El modelo creado por Edith Tilmans-Ostyn sobre la utilización de las metáforas en la posformación de terapeutas con años de experiencia clínica es una metodología muy precisa, que consta de una serie de etapas correlativas en el tiempo y necesarias para que se desarrolle el proceso formativo. A partir de lo que cada uno induce en sus encuentros con los demás y usando la riqueza de las metáforas, el modelo formativo de Tilmans-Ostyn se centra en que los participantes logren un mejor conocimiento de sí mismos como terapeutas, descubran sus fragilidades y habilidades, y hagan posible la comprensión de lo que les hace facilitar, o al contrario, frenar el proceso de cambio en sus pacientes.

Abstract

This article aims to convey the model created by Edith Tilmans-Ostyn on the use of metaphors in further training of therapists with several years' clinical experience. The precise methodology entails a series of consecutive phases, which are needed to develop the training process. The Tilmans-Ostyn training model takes as a starting point how our relationships affect other people and uses metaphors by way of illustration, thereby furnishing trainees with a sharper awareness of themselves as therapists, identifying skills and weaknesses and helping them understand what eases and/or blocks the healing process in their patients.

Keywords

creating a therapy area, metaphors, the therapist's style, risks, professional burn out

He tenido la inmensa suerte y el privilegio de asistir, como observadora, a la formación que han realizado Edith Tilmans-Ostyn y Camille Labaki sobre, entre otros aspectos, la utilización de las metáforas en sus encuentros con los pacientes en la consulta, así como en la formación de terapeutas. En esta última se propone favorecer:

- El desarrollo del estilo personal del terapeuta en el acompañamiento de las familias, las parejas y los individuos.
- La creación del espacio terapéutico.
- La utilización del material metafórico y del lenguaje no verbal.
- El llegar al “niño en el adulto” con la ayuda de los niños de poca edad.
- La utilización de la fratría.
- El proceso de integración en el trabajo de la epistemología sistémica y psicoanalítica.

Me propongo transmitir la riqueza de esta metodología, ya que se ha escrito mucho sobre ella en otros idiomas (Tilmans-Ostyn & Vieytes, 1990; De Saint-Georges, 2004; Labaki & DucMarwood, 2012; Labaki, 2012), pero nunca en español. Espero con ello poder contribuir a su difusión. Estimo la formación enormemente rica, rigurosa, intensa emocionalmente y, por ello, facilitadora y motor del trabajo que se va a realizar en la formación o del trabajo terapéutico con los pacientes.

Es una manera novedosa de construir el sistema terapéutico o el sistema formativo. No se habla del síntoma en un primer momento; se detienen en la construcción del marco terapéutico o de la formación, y se hace especial hincapié en verificar la seguridad del paciente o participante, que se adentra en una aventura nueva, con el fin de conseguir su plena confianza y su propia responsabilidad en el proceso terapéutico o de formación.

Cuando se trata de la formación, el encuadre garantiza que lo que se va a hacer no es terapia, sino constantes referencias a lo que se realizaría en un marco terapéutico con las familias. Así, en la formación, los participantes viven una experiencia personal nueva, posibilitada en el seno del grupo de formación y guiada y sostenida por las formadoras. Se trabaja en el campo metafórico y se utilizan varitas mágicas, bolas de cristal; se hacen dibujos y se construyen cuentos y esculturas. Todo ello, garantizado por el encuadre creado, permitirá a los participantes ir más allá en la exploración y el conocimiento de sus recursos y sus carencias o dificultades. Descubrirán lo que sienten y suscitan en los demás en función de lo que proyectan. Posteriormente, en su trabajo profesional, podrán aplicar todo lo aprendido.

La formación se lleva a cabo en dos semanas, con un intervalo de tres meses entre ambas, a fin de que los participantes puedan poner en práctica en su trabajo clínico lo experimentado en la primera semana, y tendrán la oportunidad de llevar a la segunda las dudas, dificultades y nuevas preguntas que surjan en ese tiempo.

2. EL MÉTODO

PRESENTACIÓN

Tilmans-Ostyn, “observando cómo las antiguas heridas –producidas por una experiencia dolorosa en una relación de dependencia jerárquica– continúan su acción corrosiva en la actualidad, sin que las personas heridas consigan expresar a sus verdaderos destinatarios sus preguntas, sus reproches o cualquier otro sentimiento de enfado, rabia, impotencia o injusticia que todavía les habita” (Seron & Tilmans-Ostyn, 2007, p. 141), decidió trabajar esto tanto en el marco terapéutico como en la formación y supervisión.

Tilmans-Ostyn se detiene, el tiempo que haga falta, con los participantes y los pacientes en el marco terapéutico y trabaja las experiencias anteriores que tuvieron de formación o de terapia en

las cuales no pudieron decir nada a la persona que estaba en una posición jerárquicamente superior a ellos, situaciones en las que como un niño (y no como los adultos que son en este momento) se quedaron sin poder hablar de lo que apreciaron como bueno y positivo o de lo que vivieron como doloroso, desagradable e injusto:

El objetivo de este trabajo es, dice Edith Tilmans-Ostyn, que tanto los pacientes como los participantes en la formación puedan guiarnos en lo que es constructivo para ellos. Que nos enseñen de qué manera debemos actuar para que se sientan ayudados y respetados. Sin esto, corremos el riesgo de que abandonen el trabajo. Si perciben indicios en el terapeuta o formador que les recuerden experiencias anteriores que les han marcado atentando a la confianza en sí mismos, no podrán hacer nada con sus sentimientos paralizantes (Seron & Tilmans-Ostyn, 2007, p. 140).

Las formadoras inician la primera semana preguntando a los participantes sobre las experiencias de formación previas que han tenido: “¿Qué podemos aprender de ellas? ¿Se pudo dar un *feedback* al anterior formador? ¿Qué han aportado de bueno, de estimulante, de enriquecedor? ¿Qué ha podido haber de negativo, difícil, descalificador, deficiente, negligente, doloroso, injusto, inútil?”.

Muy a menudo, hay experiencias precedentes de formación en las que este *feedback* no se dio a la(s) persona(s) en una posición de superioridad jerárquica y en las que lo vivido se queda sin digerir, como una espina atravesada en la garganta. Por ello, las formadoras preguntan a cada uno de los participantes: “¿Qué no desean volver a vivir en esta nueva formación?”.

El grupo, en la formación, va a ser solicitado como un recurso más de apoyo para garantizar que no se reproduzcan de nuevo, en esta ocasión, las experiencias negativas vividas en el pasado. Para ello, las formadoras proponen la figura del “ángel de la guarda”. Cada participante, al hablar de sus experiencias precedentes de formación, va a elegir a una persona del grupo como su ángel de la guarda y le va a pedir que lo ayude en los momentos en que sienta que está entrando en las mismas zonas que le generaron y generan ansiedad; va a decirle cómo le gustaría que le ayudara. El ángel custodio podrá preguntar qué indicios en lo corporal, emocional y actitudinal de su protegido podrían indicarle que necesita su ayuda.

De esta forma, el ángel de la guarda va a evitar que esta persona caiga en las mismas trampas relacionales vividas en formaciones anteriores.

Cuando un participante asegura que no hubo *feedback*, Tilmans-Ostyn le propone, si corresponde a una “situación de laboratorio” –es decir, una relación que ya no es de dependencia y no puede tener consecuencias ni en el presente ni en el futuro de esta persona–, el siguiente ejercicio:

Se le dan tres hojas en blanco que se disponen una a lado de la otra:

- En la hoja de en medio deberá escribir el *borrador de una carta* en la que exprese todo aquello que le gustaría decirle a la persona con quien tuvo esa experiencia en el pasado.
- En la hoja de la izquierda va a ir redactando *las buenas razones para NO* decir lo expresado en el borrador. Todo lo que puede retenerle de escribir dicha carta a su destinatario.
- Por último, la tercera hoja es para *la carta limpia*. Esta hoja, ahora en blanco, indica que se podrá escribir un día una carta corregida y definitiva, en la cual las emociones y los afectos estarán controlados. La persona que la escriba decidirá si la envía o no, siempre que responda a una “situación de laboratorio”, como señalamos.

Posteriormente, se le pide al formando que lea el borrador y se trabaja sobre ello: “¿Qué le ha aportado el escribir este borrador? ¿Cómo se ha sentido haciendo este ejercicio? ¿Cómo se siente después de haber leído la carta en el grupo?”.

El propósito de escribir la carta es que la persona que lo haga pueda otorgarse el derecho de restaurar la historia vivida en ese vínculo y tener una experiencia reparadora; permite decir lo que vivió y sintió, tanto positivo como negativo, sin por ello correr el riesgo de perder el vínculo que la unía a aquella persona. Será una experiencia reparadora en la medida en que se logre comprender

qué impedía abordar las zonas que producían ansiedad en las relaciones anteriores. La finalidad no es cambiar al otro, sino experimentar con una relación pasada, que ya no tiene recaídas posibles sobre uno en el presente, otra forma de resolver las cosas y dar un feedback a quienes no la han respetado. Gracias a vivir esta experiencia “de laboratorio”, la manera de afrontar situaciones semejantes en relaciones posteriores podrá ser diferente.

En terapia, Tilmans-Ostyn garantiza que los pacientes no la van a abandonar como lo han hecho con terapeutas anteriores, porque podrán decir lo que sienten y no tolerar lo que no es tolerable para ellos. Es muy importante que los pacientes sepan hacia dónde van y hacia dónde no quieren ir, que puedan partir de ellos mismos, que sepan que tienen el control, que ellos llevan las riendas de sus vidas, que no nos dan, como terapeutas, “carta blanca”.

De esta manera, se rompe el círculo vicioso de hacer “más de lo mismo”, es decir, ponerse en situación de dependencia y no poder decir nada. Como asegura Claude Seron, “este trabajo permite, a través de sus etapas, el volver a confiar en uno mismo y movilizar mejor las capacidades de auto-protección” (2007, p. 142).

Todo este trabajo, laborioso, profundo, que desata emociones intensas, pretende dar garantías de seguridad y confianza en el sistema formativo para abordar todas aquellas cuestiones difíciles que preocupan, inquietan o angustian respecto al trabajo de cada uno como terapeuta.

ETAPAS DE LA PRIMERA FASE DE LA FORMACIÓN

Preparación de las metáforas en la formación

El grupo de participantes se divide en subgrupos de tres o cuatro personas. En éstos se presenta cada uno ante los demás: en cinco minutos tienen que decir cuáles creen que son sus cualidades y sus dificultades como terapeutas, en qué tipo de casos, con qué clase de familias o de patologías se sienten cómodos en el trabajo terapéutico y con cuáles, inseguros, incómodos y prefieren derivarlos a otros colegas.

Los otros miembros de ese subgrupo deben traducir esa información verbal y no verbal en una metáfora, la primera que se les ocurra, sin reflexionar. La metáfora no debe tratarse de personas, sino de personajes. Si a alguien le surgen dos imágenes y la primera no se recoge en la segunda, deben retener ambas. Luego, las escriben y las guardan, sin transmitir ninguna información para el trabajo posterior.

Todos los participantes del gran grupo realizarán, por turnos, los siguientes roles:

- Explorador de las imágenes, que puede ser ayudado en su tarea por un coexplorador y un supervisor.
- Dibujante, persona que elabora los dibujos de los tres niveles de la metáfora siguiendo el material confeccionado por el creador de ésta.
- Escritor de un cuento sobre lo que le inspiran las metáforas.
- El que formula las hipótesis sobre el pasado personal.
- El que plantea las hipótesis sobre el futuro profesional.
- El que hace las hipótesis sobre el burn out profesional.

La persona (A) sobre quien se hacen las metáforas queda en “estado de ensoñación” y sólo al final de todo el proceso dará su feedback al gran grupo.

A continuación, presentamos el esquema de Labaki y Duc Marwood (2012, p. 81) sobre las diferentes etapas de esta fase de la formación:

- Fase de creación

B y C: creadores de metáforas en forma de metáforas simples, en la segunda semana dibujos, cuentos o esculturas.

A: en posición de “ensoñación latente”

- Fase de exploración en tres etapas

- Construcción de hipótesis
- Feedback de A
- Reflexiones sobre las tareas de supervisión/intervisión en el grupo

Exploración de imágenes

En el gran grupo, una persona escoge a un miembro de uno de los subgrupos al que quiere “conocer de otra manera” y va a ser el explorador de sus imágenes: examinará las metáforas que han efectuado los dos miembros del grupo al que pertenece la persona que ha elegido (la persona A, que se encuentra en estado de “ensoñación”). El explorador, ayudado por su coexplorador y su supervisor, va a formular preguntas hasta poder ver la imagen dada con suficiente claridad y ajustada a la que propone el creador de la imagen. Las preguntas se hacen siempre sobre la imagen que se explora; nunca sobre la persona de quien se estudian las imágenes. No pueden ser preguntas que fueren la imagen del creador de ésta, porque podrían llevar a inventar algo que no se está viendo. Tampoco, el explorador puede hacer ninguna interpretación ni vincular la imagen metafórica con la realidad, porque rompería el clima de seguridad necesario para que el creador de imagen se sienta libre de expresar metafóricamente lo que la persona A le ha inspirado.

Tilmans-Ostyn lo expresa muy bien cuando comenta que

hay que permitir al creador de la imagen “mirar desde el palco”, sin obligarle a bajar más cerca y meterse en el escenario. Mirar desde el palco significa desde allí donde la persona está. Y por tanto la formulación de todas las preguntas pasa necesariamente por “¿hay en tu imagen alguna información que permita decir...?, ¿saber...? (Labaki & Duc Marwood, 2012, p. 83).

Es importante recoger lo que se dice, pero también las dudas y los signos no verbales del creador de imágenes:

Así la exploración de imágenes es algo más que la mera descripción de éstas. Se enriquece la imagen que el creador tenía con la exploración, como si tuviera vida propia, más allá del control del creador, evolucionando y haciéndose más rica, más compleja y profunda. Pero el creador de la imagen la sigue reconociendo como suya, porque ésta permanece fiel a la dinámica de la imagen original (Rober & Tilmans, 2012, p. 28).

Exploración del nivel dado

El explorador pide una descripción de la imagen que tiene la primera persona y luego va haciendo preguntas con el fin de ver con claridad la imagen. Formula preguntas sobre los colores, sonidos, olores, si hay o no movimientos, sobre la luz, la posición y el contexto. Antes de terminar la exploración, pregunta al creador de la imagen: “¿Crees que nos hemos hecho una idea suficientemente clara y ajustada de tu imagen?”.

Exploración del nivel deseado

El explorador ofrece una varita mágica y dice: “Con la utilización de esta varita mágica, ¿cómo sería una posible evolución positiva para tu imagen? ¿Cuáles son/serían los cambios positivos que podrías/puedes aportar a tu imagen gracias a la utilización de la varita mágica? ¿Qué cambios positivos podría aportar/aporta la utilización de la varita mágica a tu imagen?”.

Exploración del nivel temido

El explorador recoge la varita mágica y pregunta: “¿Cuáles son/ podrían ser los riesgos de esa evolución positiva aportada por la varita mágica?”. Si se necesita una varita mágica para que haya una evolución positiva es porque podría haber algo que frenara el buscar esa evolución. ¿Podrían existir riesgos o se podría perder algo al darse ese cambio introducido por la varita mágica?”.

Si en realidad el creador de la imagen no consigue decir ningún riesgo, las formadoras proponen dos o tres posibles riesgos para que esta persona se sienta involucrada emocionalmente en el proceso y esto le permita ver qué legitimaría que se quedara en el nivel dado y no fuera hacia el nivel deseado. Con ello, encontraría lo que fundamenta el no cambiar.

De igual modo, en una terapia, el terapeuta sostendría al paciente tanto en su deseo de cambio como en sus buenas razones para no cambiar.

Todo este proceso de exploración de la metáfora en los tres niveles se repite con la segunda imagen que evoca la persona A al otro creador de imagen.

Formulación de hipótesis sobre la persona A

En este momento entran en juego las personas que plantean las hipótesis sobre el pasado, el futuro profesional y los signos de burn out profesional. Éstas buscan los aspectos comunes surgidos en la exploración de las metáforas que ha evocado en sus dos compañeros la persona A. La elaboración de hipótesis se hará siempre sobre los rasgos comunes, porque es mucho más probable que “hablen” de la persona de quien se han hecho las metáforas que no de las proyecciones individuales de cada uno de los creadores de dichas metáforas:

- Los rasgos comunes en el *nivel dado* evocan lo que A muestra de sí mismo, lo que se puede observar directamente.
- Los rasgos comunes del *nivel deseado* aportados por la varita mágica refieren lo que ha podido faltar en el pasado, lo que no se pudo desarrollar, o lo que hubo y se perdió con el tiempo.
- Los rasgos comunes del *nivel temido* evocan los acontecimientos que pudieron suceder en las generaciones precedentes y frente a los cuales la familia construyó una defensa o un “modelo correctivo” (Byng-Hall, 1995) que ahora puede ser algo que frena o retiene más que algo que protege.

Teniendo en cuenta estos aspectos comunes de los tres niveles (dado, deseado y temido), se formulan hipótesis sobre el pasado personal, el futuro profesional y los signos físicos precursores de *burn out* profesional.

Hipótesis sobre el pasado personal

En el nivel dado

“¿Qué contexto familiar, qué medio cultural, qué puede haber vivido esta persona en su historia familiar? ¿Qué valores familiares ha podido recibir? ¿Qué lugar en la fratría ha sido el suyo? Estas imágenes ¿qué función suscitan que ha podido tener en su familia de origen? ¿Qué experiencias escolares ha podido tener?”

En el nivel deseado

“¿Qué habrá faltado, qué no se habrá desarrollado, qué no se tuvo en cuenta que ahora le deseamos con la varita mágica?”, o “¿qué habría habido y qué ha perdido a lo largo del camino y que ahora le deseamos que reencuentre?”

En el nivel temido

(Construido sobre los rasgos comunes de los riesgos surgidos en el nivel deseado)

“¿Qué tipo de catástrofes han podido conocer en las generaciones precedentes para introducir este modelo correctivo que induce el funcionamiento que encontramos ahora en el nivel dado? ¿Qué es el que se pone en primer plano para no volver a vivir lo mismo?” Ya no hablamos de lo que ha faltado, sino de los cambios y las soluciones descubiertas para resolver los problemas o para sobrevivir a esos momentos difíciles, a veces trágicos.

Formulación de hipótesis sobre el futuro profesional

Nos fijamos en el nivel dado: “¿Qué tipo de pacientes van a sentirse atraídos por un terapeuta que suscita este tipo de metáforas al inicio de la terapia o a lo largo de ésta? ¿Cómo va a facilitar un vínculo enriquecedor? ¿Qué tipo de pacientes van a sentirse demasiado diferentes de este terapeuta o no van a establecer un buen vínculo con él en el inicio de la relación terapéutica? ¿Qué personas, con qué tipo de patologías se sentirán más o menos cómodas con este terapeuta?”

Formulación de hipótesis sobre los signos físicos precursores del burn out profesional

Nos fijamos en el nivel dado. Si se repite constantemente la dinámica observada en los aspectos comunes de las dos imágenes del nivel dado. “¿Qué signos de agotamiento profesional podrían surgir? ¿Cómo se vería esto a nivel corporal?”

Feedback

Momento en que la persona (A) de la que se han explorado las imágenes que evocaba en sus dos compañeros devuelve las impresiones que ha tenido a lo largo de este trabajo. Suele ser un tiempo muy intenso emocionalmente, porque las hipótesis formuladas con base en los rasgos comunes hallados en las distintas metáforas siempre guardan mucha relación con la vida y los avatares de la historia transgeneracional de la familia de la persona explorada. Así, ésta podrá decir lo que le ha llamado la atención, sorprendido, emocionado y gustado, y lo que no, lo que la ha atemorizado (o cualquier otro sentimiento) de todo lo que se dijo a lo largo de la exploración y de las hipótesis sugeridas por las metáforas sobre ella.

También, podrá decir lo que no le corresponde, lo que cree que no es suyo y, por tanto, “tirarlo a la basura”. Esta expresión muy querida por Tilmans-Ostyn es otro aspecto fundamental de su modelo, una garantía más de la libertad que tiene el paciente o la persona en formación para decir: “Esto que habéis dicho sobre mí no lo asumo, no me pertenece”, a partir del vínculo de seguridad y confianza creado en todo el proceso.

La persona A con este trabajo podrá reconocer y descubrir lo que evoca en los demás y, en consecuencia, en sus pacientes. Le permitirá reconocer y descubrir tanto sus habilidades terapéuticas como aquellas zonas de dificultad que muestra. Si como terapeuta conoce lo que teme, lo que lo retiene de ir hacia un buen cambio, hacia una evolución positiva, podrá utilizarlo como herramienta en la relación terapéutica y ofrecer una oportunidad a los pacientes de identificarse con esa dificultad, expresarla y trabajarla o, al contrario, diferenciarse de lo que siente o teme.

Siempre este momento de la formación es muy rico para la persona explorada (también para el grupo y las formadoras), porque se cierra el círculo iniciado con su presentación con una nueva manera de comprender las habilidades y dificultades encontradas en la relación con sus pacientes y la lleva a “entenderse” de forma distinta como persona y terapeuta a la vez.

La persona que ha sido explorada pasa directamente después a ser exploradora de las imágenes de otro miembro del grupo –elegido por ella– para poder salir y distanciarse de las emociones, a menudo intensas, vividas por todo el trabajo que se ha realizado sobre ella. Esto le permite reintegrarse al grupo.

LA FORMACIÓN CON DOS FORMADORES

Tener la posibilidad de recibir esta formación coanimada por dos formadores aporta una riqueza extraordinaria a los participantes, quienes podrán ver las similitudes, los acuerdos y desacuerdos entre los formadores; esto, lejos de suponer un problema, diversifica los enfoques que se pueden dar de una misma realidad y amplifica las posibilidades de intervención. La exigencia básica es que los dos estén de acuerdo sobre las etapas a seguir y la estructura del conjunto de esta formación.

La coanimación implica que entre los formadores exista una buena relación de confianza que permita a cada uno expresar su modo de hacer y ver las cosas. Debe haber un gran respeto mutuo

102 que valide y legitime lo que cada uno hace. Debe existir la posibilidad de diferenciarse, sin que eso suponga un ataque o descalificación del otro.

Es una manera de mostrar cómo manejar explícitamente las diferencias entre los terapeutas frente a los pacientes o los participantes en la formación. Esta diferenciación y la complementariedad entre ambos formadores aportan riqueza a la formación. Las diferencias abren a diversas visiones, amplían el ángulo de mirada, enriquecen el trabajo, como lo hace la coterapia en las sesiones clínicas con pacientes.

La coanimación ayuda a abordar, recoger y señalar aspectos que a uno solo podrían escapársele. También, si uno avanza en la experiencia personal relacional de un formando, el otro puede velar por el resto del grupo.

Se trabaja con lo proyectivo, con la intuición, con lo que a cada uno le conmueve. Al ser dos los formadores, cada uno con su estilo, se verán conmovidos por cosas diferentes y, por tanto, irán a buscar significados en distintos lugares y ampliarán, así, la riqueza de la exploración.

Una de las diferencias más significativas que hemos podido observar entre el trabajo de Tilmans-Ostyn y el de Labaki es su manera de explorar las metáforas en el nivel deseado, la forma en que cuestionan los cambios deseados que aporta la utilización de la varita mágica y los riesgos que podrían derivarse de su utilización.

Tilmans-Ostyn hace la pregunta utilizando el condicional: “¿Qué cambios serían posibles, gracias a la utilización de la varita mágica, que aportarían una evolución positiva a tu imagen? ¿Cuáles serían los riesgos de este buen cambio? ¿Cuáles serían las razones para no utilizar la varita mágica?”. Abordando a cuáles serían los riesgos, ella busca abrir y ampliar lo que el paciente o el formando teme como catástrofes que podrían conllevar los buenos cambios.

Labaki, por su parte, formula la pregunta utilizando el presente: “¿Qué cambios positivos introduce la varita mágica en tu imagen? ¿Cuáles son los riesgos que aparecen al utilizar la varita mágica? ¿Cuáles son las buenas razones para no utilizar la varita mágica?”. Esta autora se ciñe a los riesgos reales, los que se ven, que aporta el cambio deseado. Piensa que cuando les damos a nuestros pacientes la varita mágica, en ese momento acaban de hacer una cosa positiva y que el condicional les arrebataría de golpe lo que consiguieron. Por eso, insiste en plantear sus preguntas así: “¿Cuáles son las buenas razones que tiene usted para no utilizar la varita mágica? ¿Cuál es el precio a pagar por ese cambio deseado? ¿Cuáles son los riesgos que aportan los cambios deseados?” Y no acepta los riesgos que pueda decir el paciente que no tengan que ver con los buenos cambios deseados.

Los dos modos de explorar las habilidades y dificultades que cada formando puede tener como terapeuta –en función de las capacidades y defensas que ha tenido que desarrollar para afrontar los avatares de su historia personal– son muy ricos e interesantes. El nivel de análisis intrapsíquico y relacional no va a ser el mismo, ya que cada formando hará suya el modo de exploración con el que se sienta más identificado.

Para nosotros, esta coanimación también significa un apoyo fundamental para llevar a cabo la especificidad de esta formación. Como hemos visto, se trabaja con material metafórico que es muy rico y llega a zonas no exploradas o no sospechadas ni por los participantes ni por los formadores. Por tanto, los formadores tienen que garantizar que lo acontecido no desborde el marco de la formación.

Pese a la participación activa de todos y la responsabilidad de cada uno en el proceso formativo completo, la seguridad que garantiza la posibilidad de exploración de las metáforas es dada por el encuadre y el lugar que ocupan los formadores y los participantes. Dentro del sistema formativo, podríamos decir que los formadores están en un lugar “parental” frente al grupo, el cual, en el momento de iniciar la exploración de las metáforas, ya ha experimentado que los formadores saben lo que hacen, que tienen experiencia y han dado garantías de poder sostener y contener las emociones que surgen en esta formación. Saben que pueden exponerse, porque se garantiza constantemente el equilibrio entre lo formativo y lo terapéutico.

Tilmans-Ostyn, en su libro *Los recursos de la fraternidad* (Tilmans-Ostyn & Meynckens-Fourez, 1999), habla del apoyo que supone la fraternidad en un proceso terapéutico. De la misma manera, podrá funcionar el grupo en el proceso formativo como una fraternidad, porque sus miembros se han conocido, han hablado de sus dificultades, sus miedos, saben que cada uno puede contar con su “ángel de la guarda” en caso de necesidad y saben que el grupo va a sostenerlos y permitirles avanzar con confianza. Ya han experimentado que los demás son sus “pares”, que están todos en la misma barca, que pasan por lo mismo que ellos y que, por tanto, entienden y aceptan lo que sucede y puede suceder durante la formación.

3. CONCLUSIÓN

La riqueza de esta formación no se basa sólo en la enseñanza de una herramienta terapéutica con base en una metodología muy precisa. Va mucho más allá: el grado de implicación y modelización de las formadoras es impresionante y crea un ambiente de respeto, trabajo y confianza digno de resaltar.

Toda la elaboración y puesta en marcha de las metáforas y el trabajo posterior de elaboración de hipótesis está constantemente sembrado, alimentado, nutrido, enriquecido por infinitas referencias teóricas y bibliográficas, así como por las experiencias vitales y terapéuticas vividas por las formadoras y los participantes.

A lo largo de la formación hay una clara evolución en la dinámica personal y la dinámica de grupo. Se va perfilando una relación de confianza debida tanto al clima de seguridad creado al inicio de la formación como al tiempo que se da para ir entrando y experimentando con las metáforas. Poco a poco, los participantes van saliendo de una actitud protectora y se adentran en niveles más profundos de exploración, descubren su capacidad de creatividad, afianzan su capacidad de intuición y validan lo que sienten (apoyados por el trabajo de todo el equipo y, sobre todo, por los comentarios de la persona de quien se han realizado las metáforas.)

Con ello, reforzarán sus habilidades terapéuticas y descubrirán cómo hacer de sus flaquezas una herramienta terapéutica:

Si un terapeuta identifica que siente internamente una dificultad con un paciente o con una familia y se permite considerarla como un reflejo de lo que ellos pueden estar sintiendo podrá valorarla como una señal. Si aprende a utilizar estas señales, permitirá a sus pacientes mostrar que tienen una dificultad semejante a la suya o, por el contrario, mostrar que su dificultad no es esa, y hacerle descubrir los recursos que tienen ese nivel (De Saint-Georges, 2004, p. 34).

No se trata de una mera proyección del terapeuta, sino de poner en la relación terapéutica algo de él que puede ayudar a evolucionar a sus pacientes, y siempre debe preguntar si lo que dice es algo significativo para ellos o si hay que “tirarlo a la basura”.

Los participantes salen enriquecidos de esta formación co-construida entre todo el grupo, removidos, asombrados y conociendo aspectos de sí mismos que van a poder incorporar a su estilo personal de terapeutas.

La formación se completa con una segunda semana en la cual se trabajan las metáforas relacionales que se utilizarán en el acompañamiento a parejas y cualquier relación de dependencia de larga duración. De nuevo, se recurrirá a la misma estructura, pero más compleja.

Los participantes se van con la siguiente consigna para la segunda semana de formación:

Seguramente vuestros compañeros de trabajo os van a preguntar sobre esta formación que habéis realizado. Os propongo que les pidáis que os observen en vuestro trabajo y os digan los cambios que perciben tanto en vuestras intervenciones terapéuticas como en los comentarios o intervenciones que hagáis en las reuniones de equipo. Trabajaremos sobre ello en la siguiente semana de la formación.

- Byng-Hall, J. (1995). *Rewriting family scripts. Improvisation and systems change*. Guilford Publications.
- De Saint-Georges, M. (2004). *L'Éveil de l'artiste dans le thérapeute: le modèle de formation développé par Edith Tilmans-Ostyn*. Bruxelles: De Boeck.
- Labaki, C. (2012). *L'utilisation des métaphores dans la rencontre thérapeutique, en thérapie individuelle et en thérapie de couples*. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(48), 135-148.
- Labaki C. & Duc Marwood, A. (2012). *Langages métaphoriques dans la rencontre en formation et en thérapie: sur les traces d'Édith Tilmans-Ostyn*. Toulouse: Editorial Érès.
- Rober, P. & Tilmans, K. (2012). La conversation intérieure du thérapeute et les métaphores: exercice de formation. *Genève Thérapie Familiale*, 33(1), 21-37.
- Seron, C. & Tilmans-Ostyn, E. (2007). *La relation thérapeutique comme laboratoire du don, pardon et de la réparation, dans Don, pardon et réparation. Comment résilier un contrat*. Paris: Editorial Fabert.
- Tilmans-Ostyn, E. & Meynckens-Fourez, M. (1999). *Les ressources de la fratrie*. Toulouse: Editorial Érès.
- Tilmans-Ostyn E. & Vieytes C. (1990). L'art de l'approche systémique: développement de l'utilisation du soi du thérapeute, une phase de formation de thérapie familiale. *Genève Thérapie Familiale*, 11(2), 127-138.

Narrative coordination: Expanding work with family through the family

Ricardo Ramos Gutiérrez¹, Laila Aljende, Celia García Vázquez

¹Médico Psiquiatra, adjunto del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Sant Pau, Barcelona, España.

Historia editorial

Recibido: 27-05-2015

Primera revisión: 12-06-2015

Aceptado: 28-08-2015

Palabras clave

coordinación interprofesional, trabajo en red, consenso, modelo narrativo temático, coordinación narrativa.

Resumen

Las familias multiproblemáticas, en cuanto multiasistidas, constituyen un desafío para los profesionales por la exigencia de aunar las diferentes intervenciones y los riesgos inherentes al fracaso en conseguirlo. En el ámbito de protección al menor, en especial, existe con mayor frecuencia una multiplicidad de servicios; por ello, se precisa de un nivel de coordinación entre éstos. La mayoría de las propuestas pasan por distintas formas de coordinación interprofesional o de trabajo en red para después intervenir sobre la familia. Con base en un modelo narrativo-temático, proponemos una coordinación narrativa a través de la propia familia. Las metáforas del director de orquesta y la jam session sirven para ejemplificar distintas concepciones del grado de autonomía que el profesional debe mantener en su trabajo, pese a la necesidad de colaboración y consenso.

Abstract

The multi-problem families, while multi-assisted, constitute a challenge for professionals because of the need to join the different interventions and, consequently, the inherent risks of failure to achieve it. Specifically in child protection field, often with a multiplicity of services involved, what makes coordination work a necessity. The majority of the proposals suggest some forms of inter-professional coordination or networking prior to the intervention with the family. We propose the Narrative Coordination, a form of coordination that is done through the family and it is based on the narrative-theme model, explained in the text. The orchestra conductor and jam session metaphors are used to illustrate different levels of autonomy that the professional should maintain in his work, despite the need for collaboration and consensus.

Keywords

interprofessional coordination, networking, consensus, narrative-theme model, narrative coordination.

Anfield Stadium es el campo donde juega el Liverpool Football Club, uno de los grandes equipos europeos, fundado en 1892. El estadio tiene capacidad para 42 000 espectadores y en el túnel de salida al césped está escrita la frase: “*You’ll never walk alone*” (nunca caminarás solo), que pertenece a una canción con el mismo nombre. Cuando la entonan a *capella* los 42 000 espectadores para animar a sus jugadores (y lo hacen a menudo), quienes la han escuchado aseguran que se siente algo electrizante y emocionante.

Los terapeutas podríamos parafrasear ese estribillo para dar cuenta de una situación que vivimos en nuestro trabajo diario. Para nosotros, la frase, que evoca algo más desesperante que otra cosa, sonaría así: “*You’ll never work alone*” (nunca trabajarás solo), y también seguido la podríamos entonar (o, tal vez, musitar).

Aunque los terapeutas pretendemos actuar como si la terapia, el proceso de cambio, comenzara justo cuando nosotros entramos en escena (y debiera concluir exitosamente con nuestra salida), la realidad es que los casos, más a medida que aumenta su gravedad, están atendidos, simultánea o secuencialmente, con nuestro beneplácito o sin él, por diversos profesionales, de diversos ámbitos y niveles (médicos, psiquiatras, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, técnicos de protección de menores...) que nos anteceden, nos acompañan y nos continúan, cada uno con sus visiones, estrategias, tiempos e intenciones.

De hecho, cuando identificamos un caso como complejo, solemos hacer referencia más al número de profesionales activamente involucrados que a la gravedad de los síntomas, y opinamos, *off the record*, que existen más dificultades para comunicarse y entenderse con los otros profesionales que con los propios miembros de la familia.

En un estudio llevado a cabo en una unidad de psicoterapia de un hospital de especialidades, al analizar treinta casos de familias multiproblemáticas, nos encontramos que el promedio de profesionales involucrados en el momento en que se producía la derivación a terapia familiar era de siete, y de ellos sólo tres estaban dispuestos a enviarnos un informe acerca de su intervención en el caso. Más de la mitad desestimaron remitirnos información de lo que ellos estaban realizando y del nivel de compatibilidad que consideraban que eso tuviera con la petición que alguien, de la misma red profesional en la cual ellos trabajaban y estaban inmersos, nos solicitaba a nosotros que hiciéramos (Ramos y Borrego, 2006; Ramos, Borrego y Sanz, 2006).

Esta situación tiene consecuencias que pagamos todos, pero en particular los consultantes. Colapinto (1996), en un trabajo que ya es un clásico, reflexiona sobre la transferencia de funciones desde la familia a la sociedad en aquellas familias identificadas como negligentes, a causa de la debilidad del proceso interno familiar, la tecnificación de las relaciones interpersonales y la valoración que se da al éxito personal sobre la mutua interdependencia. La familia, así, contribuye con los servicios sociales su propia dilución familiar, y queda en manos de los agentes sociales.

Colapinto acuña el término “familia diluida” para referirse no tanto a una estructura familiar ya desligada, sino a la interferencia que los profesionales pueden llegar a representar para la resolución de los conflictos entre los distintos miembros o necesidades de la familia. Los profesionales se convierten en voceros de cada uno de los miembros de la familia, y dirimen entre ellos los conflictos que los miembros de la familia deberían enfrentar y (mejor o peor) resolver; de esta forma, contribuyen a la fragmentación de la unidad familiar (Colapinto, 1996; Ramos, 2015).

Guiadas por los intereses individuales de los miembros de la familia que cada profesional representa o por los objetivos del servicio específico, las coordinaciones se asemejan a las discusiones de los dioses y diosas del Olimpo para defender los intereses de los humanos en la mitología griega. Los humanos, en este caso la familia, quedan relegados a la espera de la decisión que desde arriba mantienen los expertos, lo cual contribuye a la pérdida de poder para manejar y afrontar el conflicto, es decir, la propia dilución de la familia.

Igualmente, en el campo de la protección de los menores, que utilizaremos como base y ejem-

plo de esta reflexión, se ha podido establecer que, al aumentar los profesionales involucrados en un caso, disminuye la probabilidad de que un menor sometido a una medida de acogida (residencial o en familia ajena) vuelva a su casa con su propia familia (Martín, 2005).

Sin embargo, no se trata sólo de que la inclusión cuasiindiscriminada de profesionales pueda tener como consecuencia que se pervierta el objetivo, al menos el declarado, de su trabajo: la preservación de la familia y sus vínculos. Se puede llegar a traicionar su propia razón de ser: la protección del menor y de su vida. Los estudios de Munro (1999, 2005) sobre casos de maltrato que concluyeron, desgraciadamente, en el fallecimiento del menor, muestran que los indicadores de riesgo habían estado presentes y habían sido identificados, pero que falló la comunicación hacia las personas, quienes, después de aquilatar esa información, habrían podido hacer algo para evitar el desenlace.

La inclusión de profesionales de distintas instituciones, a veces imprescindible, encierra la necesidad de compatibilizar, o al menos sobrellevar, una pluralidad de mandatos institucionales (el bien superior del niño para los profesionales de protección, frente al bienestar del paciente identificado –con frecuencia, un progenitor– para los de salud mental, por ejemplo), marcos disciplinares (trabajadores sociales sistémicos, psiquiatras biologicistas y psicólogos cognitivos, por ejemplo) y rutinas de intervención (inclusión de la familia en la evaluación de los factores de riesgo del menor frente a la exclusión y confidencialidad en la atención individualizada, tanto de adultos como de menores, por ejemplo).

Resulta, por lo tanto, imperativo encontrar algún tipo de fórmula que permita cierto tipo de complementación entre las diversas intervenciones, bien en su naturaleza, en su secuencia, o en ambas. Para paliar la amenaza de fragmentación y dispersión que esas prácticas pueden conllevar, se ha recurrido a dos fetiches: el de la coordinación y el del trabajo en red.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de coordinación?

La colaboración interprofesional incluye un amplio espectro de prácticas que se pueden diferenciar, de entrada, partiendo del nivel en que situamos la reflexión: el nivel de la organización y el de las prácticas de los profesionales.

En cuanto a la organización, Walker (2006) distingue entre coordinación, cooperación y colaboración. El primero se refiere a las relaciones formales e institucionalizadas que existen en las redes y organizaciones cuando tratan de asegurar que sus actividades tomen en cuenta las de otras organizaciones; la segunda describe las relaciones informales y los intentos de establecer reciprocidad en ausencia de reglas. Coordinación y cooperación son procesos estáticos de las relaciones interorganizacionales, pero, a la vez, pueden ser los pasos previos a la tercera forma de colaboración interprofesional a la que la autora alude.

La colaboración, por su parte, se caracteriza como un proceso emergente en el cual se comparte poder y responsabilidad. Los profesionales comparten poder, aunque en medida desigual, para definir un problema e iniciar una acción para resolverlo, y todos tienen alguna responsabilidad en el resultado. La colaboración establece un “toma y daca” entre los profesionales que, se espera, aporte soluciones que ninguno de ellos, trabajando independientemente, podría conseguir. El que compartan el riesgo (que no puedan evadirlo) es un factor relevante, y este riesgo ha de ser alto.

Por su parte, Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne (2008) plantean que las diversas situaciones de colaboración interprofesional son demasiado diferentes para poder ser subsumidas por el genérico término de coordinación, y establece cinco niveles que indican una progresión en el grado de relación alcanzado por dos instituciones. Estos niveles son: comunicación (las personas de diferentes disciplinas hablan juntas sobre un tema); cooperación (se trabaja conjuntamente en un caso o aspectos concretos); coordinación (trabajo conjunto más formalizado, pero en el cual no se penaliza la descoordinación); coalición (los servicios o instituciones trabajan en conjunto, sacrifican parcialmente su autonomía y sancionan las desviaciones de lo acordado); e integración (los servicios e instituciones se fusionan para crear unos nuevos con identidad propia).

El grado de relación entre los servicios se establecería en función de varias dimensiones: formalización (grado de acuerdos formales alcanzados); intensidad (rango de actividades y recursos compartidos); reciprocidad (grado de poder ostentado por las partes como fruto de los acuerdos alcanzados); y estandarización (grado en que los intercambios están descritos y delimitados) (Ovretveit, 1996); por ejemplo, en la comunicación hay una formalización, intensidad y estandarización mínimas, y algo de reciprocidad, mientras que en la integración se daría el grado máximo de estas cuatro dimensiones.

En cuanto a las *prácticas de intervención* del profesional encuadrado en una institución, Ubieto (Abril & Ubieto, 2008; Ubieto, 2012) establece en un principio dos modalidades de la colaboración profesional y después propone una tercera. La primera, la coordinación, se refiere, como hemos dicho, a los acuerdos de colaboración entre servicios o instituciones, pero centrados en programas de actuación. Junto con ésta, se tendría el trabajo en red, que alude al trabajo de colaboración que dos o más profesionales convienen en la atención de un caso común; el eje del trabajo compartido es el caso.

Además de estas modalidades, Ubieto (fecha?) plantea el modelo interxarxes (interredes), que parte también de la centralidad del caso, pero que se inscribe en un plan más general que es el propio proyecto interxarxes. En él, los profesionales adscritos al proyecto, y que comparten un territorio, se reúnen para trabajar en torno a casos que cumplen ciertos requisitos (intervienen un mínimo de tres profesionales).

Las reuniones no son *ad hoc* (determinadas por la evolución del caso), sino regulares (establecimiento de espacios regulares de conversación, acordados por la dinámica del proyecto). No se trata de llegar a una negociación entre los profesionales para ver qué le corresponde hacer a cada uno con base en su posición y su estatus; más bien, es una conversación que permita construir el caso (sobre la idea de que el saber no es algo que el profesional ya atesora a priori, sino el fruto de una elaboración colectiva) y tratar de percibir su lógica interna (la lógica que ha presidido, hasta el momento, la trayectoria personal y asistencial del caso).

Se trata de ayudar a los profesionales involucrados a partir de un supuesto ético de participación y corresponsabilidad: pasar de la pregunta ¿esto me toca a mí? a ¿cómo puedo colaborar en este caso? Interxarxes realiza la función de mediación entre la problemática y los recursos disponibles, y ajusta las expectativas reales de intervención de los diferentes profesionales y servicios a las necesidades identificadas. Podríamos situar este ámbito de intervención como trabajo “con la red”.

En este apartado de la colaboración vista desde la perspectiva de la intervención del profesional, podemos citar el concepto de equipo virtual de Alegret (2010), que parte de la idea de que más que congeniar las distintas miradas que cada especialidad profesional puede supuestamente aportar sobre un caso, lo que interesa es determinar la función que se debe primar en cada etapa de la evolución y qué profesional hay al alcance que pueda contribuir a implementarla, sea cual sea su posición en la red y su involucramiento en el caso hasta ese momento.

Es posible diferenciar cuatro categorías de funciones básicas: reorganizativas (que velan por la autonomización de las personas y los sistemas); coercitivas (que evitan que sigan lesionándose derechos de las personas con menos poder); educativas (que aportan información a quienes están dispuestos a recibirla); y asistenciales (que suplen lo que falta a una persona o sistema). Nuestra propuesta se basa en que una parte importante del quehacer clínico es verse a uno mismo como puerta de entrada a un espacio virtual donde buscar o activar la función necesaria.

Ante un caso concreto, el profesional debe, como elemento constitutivo de su intervención, responderse preguntas como: ¿qué función es la prioritaria para el caso que yo/nosotros podemos ahora ofrecer/activar en la red? ¿Qué contactos son necesarios para ello? ¿Los hace la familia o los hago yo/nosotros? ¿Qué forma comunicativa es la mejor para que nos respondan positivamente?

Esta concepción del trabajo en red incluye de modo activo a actores que no se encontraban presentes; por ello, se descentraliza el momento y el lugar desde el cual el profesional interviene. Se busca construir una trama operativa para cada caso, según las necesidades, con conexiones interpro-

fesionales específicas para la situación que, como en un “caleidoscopio dinámico”, puede crear nuevas formas de colaboración. Podríamos situar este ámbito de intervención como trabajo “en la red”.

No podemos concluir esta breve reseña sin traer a colación el trabajo pionero de una autora del campo de la terapia familiar, Evan Imber-Black, aunque, más que establecer modalidades del trabajo en colaboración, se dedicó a plantear cómo considerar la complejidad de las relaciones familias-profesionales y cómo tratar de enmendar sus fallos.

Para Imber-Black (1988), las familias como sistemas independientes son un mito de las sociedades occidentales; todas las familias establecen vínculos con diferentes sistemas técnicos y profesionales a lo largo de su ciclo vital. Las relaciones de las familias con lo que ella llama los sistemas amplios (escuelas, centros de salud, etcétera) ayudan a que aquéllas se desarrollen y crezcan; sin embargo, en algunos casos, el vínculo se torna problemático. Los profesionales reciben el mandato social de dar apoyo a las familias y, a la vez, ejercer el control sobre ella; ese doble mandato provoca tensión y causa confusiones y malestar tanto en la familia como en los profesionales.

Cuando en una familia intervienen diferentes servicios, puede darse un conflicto entre uno de éstos y la familia, o entre los mismos servicios, porque se tengan objetivos, expectativas o pautas de funcionamiento distintos; ello afecta negativamente la propia capacidad de la familia para resolver problemas (por ejemplo, porque un profesional la esté sustituyendo en esta capacidad) y provoca malestar y desánimo en los profesionales. De acuerdo con Imber-Black, cuando un terapeuta entra a formar parte de este macrosistema, debe analizar las relaciones que se han establecido, lo que denomina “análisis eficaz del sistema signifiante”. A menudo, el contexto en que se inició la relación entre ellos nos da pistas para definir futuras líneas de intervención, que han de tener en cuenta los temas y las pautas propios de cada uno de los que se ponen de manifiesto en la relación.

El terapeuta familiar debe atender esta complejidad; para ello, la autora propone que actúe asumiendo diferentes posiciones: neutralidad, complementariedad, mediador, defensor o socio. Desde el momento de la derivación, el terapeuta se sitúa aceptando o no el planteamiento del problema, destacando la capacidad de la familia y traduciendo las diferentes reacciones. También resulta importante la competencia de cada sistema técnico y reconocer su participación en el cambio, al igual que el de la familia.

Hasta aquí, podríamos considerar que la propuesta de Imber-Black se coloca en el ámbito del trabajo “desde la red”: El terapeuta trata de ubicarse y acoplarse a la historia y el estado de la red para modular y desarrollar su trabajo. Sin embargo, la autora da un paso más. En determinadas circunstancias, y operando como consultor del terapeuta familiar inserto en el caso, propone la convocatoria de una reunión de la familia con los profesionales que la atienden y aceptan acudir para generar intervenciones que faciliten la comunicación, desbloqueen la situación y permitan la retirada de los profesionales ya innecesarios. Estaríamos en el nivel del trabajo “sobre la red”.

2. MODELO NARRATIVO-TEMÁTICO

La propuesta de colaboración que desarrollaremos aquí se sitúa en el nivel del “trabajo desde la red”, es decir, cómo incorporar en la práctica cotidiana la modulación de la influencia que nuestro trabajo debe tener en el de otros profesionales involucrados y el eco del trabajo de esos otros profesionales en el nuestro.

El ámbito clínico de intervención desde el cual realizaremos esta reflexión se refiere a las terapias de reunificación familiar. Entendemos por éstas las terapias familiares que se solicitan después de que uno o más miembros de la familia, en particular menores de edad, han sido apartados de ésta por mandato imperativo de los servicios de protección al menor, una vez que se ha llevado a cabo una investigación que confirma la sospecha de abuso/maltrato o, cuando menos, sostiene un riesgo considerado alto de que el abuso/maltrato se produzca o se repita. Tras el establecimiento de medidas correctoras (tratamiento del consumo de tóxicos, mejoría de las condiciones de trabajo o

110 vivienda...) se propone una terapia familiar con el objetivo de evaluar y procurar las condiciones que permitan el regreso de los menores con su familia.

Otros estudios han abordado las peculiaridades de este tipo de terapias (Ramos, 2014a). En todo caso, suele tratarse de familias multiproblemáticas que han sido y están siendo multiasistidas por profesionales de diversos ámbitos que no pueden, por sí mismos, desechar el temor a nuevos episodios de abuso o maltrato (eventualidad que, por otro lado, se produce en uno de cada tres casos).

Por último, nuestra propuesta se basa en un modelo sistémico de intervención que hemos llamado narrativo-temático (Ramos, 2001, 2007, 2008, 2015) y que a continuación resumiremos.

El modelo parte de la idea de que la entrevista psicoterapéutica (y la terapia considerada como una sucesión articulada de entrevistas) es una interacción comunicativa estructurada y estructurante, pero que debe mantenerse abierta a los acontecimientos (Pakman, 2011); se puede caracterizar como una narración conversacional que se entiende y organiza mejor en torno a dos dimensiones: la narrativa y la conversacional.

Dimensión narrativa

Como premisas de esta dimensión, podríamos establecer las siguientes:

- a. Las personas (así como parejas y familias) que nos consultan no tienen una historia, sino un pasado (en el curso del cual pueden haberle contado a otros profesionales algunos fragmentos de ese pasado). La historia personal no precede ni determina la historia que se contará. No hay más historia que la contada (hablada o escrita), y se relata siempre en el presente, por el presente y para el presente.
- b. El acto de contar (una parte) del pasado reclama confirmación (“créame a mí”). En el ámbito clínico se realiza en el contexto de una pugna presente en la cual no se ponen en juego múltiples historias, sino diferentes versiones del mismo (o similar) fragmento de historia.
- c. El relato de un fragmento del pasado en el contexto clínico es autojustificativo. Cada relato es el significante singular de un significado pragmático universal que se puede parafrasear como
... por todo lo que acabo de contarle es por lo que estoy (estamos) AQUÍ (contándoselo a quien hay que contárselo, porque si no fuera así, a Vd. le correspondía habérselo advertido) y ASÍ (tal como Vd. puede deducir a la luz de lo que le he/hemos estado contado) (Y ahora que se lo he/hemos contado, a Vd. le toca hacer algo al respecto).
- d. El relato es siempre co-construido. El entrevistador es responsable de permitir que se le cuente el relato que se le ha acabado de contar. A la retórica de la necesidad desde la cual nos relata el paciente (“... hice lo que tuve que hacer y pasó lo que tenía que pasar”), hay que oponer la retórica de la contingencia (“... le creo, pero qué lástima que a una/s persona/s como vamos sabiendo que Vd/s. es/son, no se le/s ocurriera entonces lo que vamos viendo que se le/s podría ocurrir de aquí en más, en el futuro”).
- e. La historia incompleta que siempre nos comparte el consultante con motivo de una situación incierta que está viviendo en su presente se puede prolongar y completar con lo que le está sucediendo durante el propio curso de la terapia. Es responsabilidad del terapeuta dotar de sentido las cosas significantes que ocurren durante la terapia y procurarles el mejor final posible, dadas las circunstancias.
- f. La historia que se produce y de la que se habla durante la terapia no es una historia acabada, sino en progreso. Para orientarse en ella, terapeuta y consultantes tienen los modelos básicos de historias que circulan en una cultura. En la cultura occidental se han identificado cuatro tipos de tramas narrativas básicas: la novela o romance, la tragedia, la comedia y la farsa (Fry, 1977; White, 1992).
- g. Cuando una historia particular se puede identificar como perteneciente a uno de esos prototipos básicos, el “lector” (el profesional) cree haber entendido el “verdadero significado” de la historia en curso. Y esa identificación tiene un valor predictivo: de los nuevos

acontecimientos que ocurran en la vida del paciente durante el curso de la terapia sólo se retendrán aquellos que se ajusten al tipo de trama que el profesional cree haber identificado (White, 2003).

- h. En el contexto clínico, en los casos graves, los lectores profesionales suelen identificar la historia del paciente/familia como perteneciente al ámbito de la tragedia, pero si el terapeuta identifica y promueve algún objetivo que a la familia le interese y le ayude a conseguir, la tragedia puede virar a novela-romance: una situación en la que en algo, tal vez no muy importante objetivamente, pero deseado y significativo, las personas no son arrastradas por la fuerza de lo que parece su destino inexorable (como podría ser incluso la aceptación voluntaria de la retirada o adopción de un menor para que el menor –y también sus padres– tenga una oportunidad futura).

Acorde con estas premisas, podríamos glosar la actividad del terapeuta desde la dimensión narrativa como la de promover, articular, testimoniar (dar fe) y documentar (hacer conocer) los acontecimientos que ocurren durante el transcurso de la terapia en la búsqueda del mejor final posible, dadas las circunstancias.

DIMENSIÓN CONVERSACIONAL

Como premisas de esta dimensión, podríamos señalar:

- a. Un sistema no es un grupo de personas con una historia y un futuro, sino una red conversacional que se erige en torno a la alarma suscitada por el comportamiento de uno o más miembros de un sistema natural ante uno o más miembros de sistemas técnicos (profesionales). A esta red conversacional se le llama sistema determinado por el problema (en adelante SDP) (Anderson y Goolishian, 1988).
- b. La entrevista terapéutica es una conversación más en el marco y en el flujo de las conversaciones que se producen en el SDP. Está informada por el eco de todas las conversaciones precedentes que se producen en esa red e informa y tiene más o menos eco en todas las sucesivas.
- c. Ni los hablantes ni los temas que se tratan en esas conversaciones son aleatorios. De acuerdo con los principios del análisis sociosemántico (Díaz, 1996), hay que considerar que la comunicación social se establece obedeciendo a una doble constricción: el contenido de la comunicación (el qué) y los sujetos de la comunicación (el quién).
- d. Por lo tanto, los significados sociales sólo existen incardinados en redes de relaciones sociales y las redes sociales sólo existen apuntaladas sobre un fondo de significados compartidos.
- e. En el SDP, los temas que la alarma suscita resuenan (enlazan) con otros temas, que los desarrollan o modulan, a través de las personas que los enarbolan y que se prestan a hablar de ellos, y las personas que se incorporan al SDP resuenan con otras personas por medio de los temas que comparten (y las posiciones que detentan respecto a esos temas) y se prestan a hablar con ellos.
- f. Podríamos decir que los temas generados en un SDP convocan la presencia de personas y que las personas que componen un SDP evocan la pertinencia de temas. Los temas que la dinámica específica de un SDP harían necesaria la presencia de ciertas personas, y no de otras, para hablar con propiedad de esos temas, y las personas que forman parte de un SDP en un momento dado harían pertinente hablar (y dar salida) a unos temas en vez de hablar de otros a los cuales no pueden dar una salida airosa.
- g. El terapeuta, definido como arquitecto del diálogo, tendría la responsabilidad de percibir y procurar quién tiene que hablar con quién, dónde, cuándo y acerca de qué.

Acorde con estas premisas, podríamos glosar la actividad del terapeuta en esta dimensión como el esfuerzo de emplazar a los miembros de la familia a que hablen entre ellos las cosas que

112 tienen que hablar y que han estado procurando hablar con otros, en particular con los profesionales, en este momento de sus vidas, en este punto de su trayectoria asistencial.

Coordinación narrativa

Esta coordinación implica una revisión del concepto y del proceso de consenso, que, se supone, es la base del trabajo en colaboración. En cuanto al concepto, proponemos que el consenso no es una especie de mínimo común denominador al que tendrían que llegar los profesionales que intervienen, asumiendo renunciando a su capacidad de intervención en aras de respetar los acuerdos. Más bien, lo entenderíamos como un control del disenso, como una tensión que lleva hasta el sentimiento compartido de “más nos vale” (Ramos, 1992) dinámica y cambiante, en el cual cada profesional acepta una limitación de la capacidad de intervención hasta que las circunstancias cambien.

Respecto al proceso, el consenso no se ve como un punto de partida, sino como un espacio de llegada.

El consenso no es la reducción primaria de opiniones independientes de varios individuos a una norma social (profesional en nuestro caso) establecida a priori, sino la “invención”, a través de un proceso compartido de una convergencia eficaz de esas opiniones independientes, convergencia que acaba generando consenso en el curso de la interacción a largo plazo (Díaz, 1996).

Esta idea del consenso y la forma de conseguirlo la creemos más adaptada a las condiciones de trabajo con los casos graves y multiasistidos, en los cuales la intervención se desarrolla en un contexto de incertidumbre, ambigüedad y complejidad, donde más que añorar acuerdos perdurables y revisables, las iniciativas de cada profesional deberían guiarse por una “improvisación disciplinada” (Madsen, 2014).

Una forma metafórica de representar la coordinación es la de una orquesta que debe acompañar un director (el coordinador en la propuesta de Ubieto; el consultor en la de Imber-Black...). La metáfora implica que se trata de diversos especialistas (maestros de distintos instrumentos) que desarrollan una partitura que comparten, en la cual cada uno tiene su papel, y que son aunados por la batuta de un director de orquesta (que puede ser también un instrumentista, como el pianista o el primer violinista).

Sin embargo, el concepto de “improvisación disciplinada” permite recurrir a otra metáfora, también musical: la de la *jam sesión*. En ella se trata de un grupo de solistas acompañados y cada uno interpreta su solo acompañándose y dándose paso improvisadamente con base en las posibilidades del desarrollo musical de un tema. Sobre un tema dado, cada solista comienza su improvisación que, en un momento dado, alienta la de otro a quien a veces acompaña desde un segundo plano, y otras le deja hacer.

Postulamos que el equivalente al tema musical que impactaría a los profesionales, y los impulsa a intervenir, es la percepción compartida, aunque sea de forma vaga, de la trama narrativa básica a través de la cual todos creen entender lo que le está pasando a la familia. Esa trama se construye a partir de lo que distintos profesionales saben acerca de los sucesos básicos del pasado de la familia, su situación actual y los acontecimientos que ahora vive. No todos los profesionales saben lo mismo, pero todos saben lo suficiente como para identificar el mismo tipo de trama.

Es una trama normalmente trágica, que “anuncia” un desenlace no querido, aunque ese desenlace temido puede variar de un contexto de intervención a otro; unos profesionales pueden temer por lo que le puede acabar ocurriendo a los hijos, otros a la pareja, un tercero a uno u otro de los cónyuges, pero todos coinciden de manera tácita y emocional en que habrá que hacer algo porque “esto no puede acabar bien”.

Es ese tema, “todos estamos de acuerdo en que hay que hacer algo”, el que hay que atacar como solistas, con todo lo que sabemos y podemos hacer, sin delegar en nadie, pero esperando (y tratando de propiciar) lo que nos pueden aportar todos. Mostrando con nuestro solo lo que sabemos

y pretendemos, y emplazando a los otros solistas a que intervengan y nos acompañen, además de permanecer atentos y a la espera de sus señales para acompañarlos.

Lo anterior, porque una trama trágica sólo puede cambiar cuando los acontecimientos que la desmienten y los logros de las intervenciones (propiciadas y conocidas por los profesionales) que permiten esperar un mejor desenlace son compartidos por, al menos, un mínimo de éstos. Una historia terapéutica que no llega más allá de la conversación que la alumbró, del despacho donde se concretó, del solo que la interpretó por primera vez, no tiene mucho recorrido.

Para facilitarla, más que hablar con otros profesionales de lo que estamos haciendo y nos proponemos hacer con la familia, a nuestra manera y a sus espaldas, debemos empujar y ayudar a ésta a que converse con otros profesionales sobre qué está haciendo con nosotros, cómo le va y qué le aportamos, al mismo tiempo que nos interesamos, siempre que haya oportunidad, de qué hablan con otros profesionales y cómo creen que podemos incorporar esas aportaciones en nuestro propio trabajo.

Los mejores intérpretes de sus avatares y sus progresos es la propia familia. A través de ella, con su propia voz y su presencia, hay que expandir las dificultades y los progresos que encuentran en sus vidas; nuestra labor es hallar y facilitarles los instrumentos para que puedan hacerlo.

Los instrumentos básicos son la transparencia y activación de la propia familia. Esta última debe saber, de manera previa o simultánea, lo que decimos de ella a otros profesionales y, lo antes posible, lo que éstos nos dicen de ella. La familia debe, siempre que se pueda, ser el vehículo privilegiado para que nuestra información llegue a los profesionales; que sea a través de la propia familia los profesionales obtengan nuestra información para que así puedan asimilarla y discutirla mejor.

De esa manera hacemos nuestro el aserto de Martín (2009), que critica, en el campo de la protección al menor, los excesos de la coordinación interprofesional y afirma que “con quien hay que coordinarse es con la familia”.

3. UN EJEMPLO CLÍNICO

Para tratar de concretar algunas de las ideas aquí desarrolladas, vamos a presentar un ejemplo de un instrumento de intervención que empleamos con cierta frecuencia en las terapias de reunificación familiar: la carta de presentación del equipo, la cual se le envía a la familia una vez que la primera visita se ha concertado, pero antes de que se realice (Ramos, 2014b). Intercalaremos en el texto de la carta algunas consideraciones ilustrativas.

Se trata de una pareja, él español, de unos veinticinco años, criado en instituciones y familias de acogida, con algunos momentos durante su adolescencia en que vivió en la calle; ella de veinte años, extracomunitaria, huérfana de madre y con un padre que era pequeño traficante de drogas. Tienen una hija menor de un año.

El problema por el que nos consultan, según escribe la propia familia como respuesta a la pregunta de nuestra ficha de solicitud que reza: “¿Cuál es el principal problema por el que piden una consulta de terapia familiar en este momento?” es: “Por recomendación de los servicios sociales y por el equipo técnico del centro de acogida donde se encuentra nuestra hija. Además de que entendemos que nos puede servir de ayuda a nuestra relación de pareja”. A la pregunta del dossier sobre si hay algo más que les preocupe, insisten: “Las diferencias que existen en nuestra relación de pareja”.

El informe de derivación del centro de acogida a que se refieren señala:

Por la presente solicitamos que realicen tratamiento de la familia compuesta por X e Y, cuya hija Z está tutelada por la Dirección General de Asistencia a la infancia e ingresado en nuestro centro. Nuestra propuesta para Z es la de acogimiento en la familia extensa, otorgando la guarda a sus tíos paternos A y B. Tanto X como Y están motivados para recibir ayuda terapéutica y poder, con el tiempo, recuperar la guarda de su hija.

Se adjunta, asimismo, una copia del plan de mejora que la familia firmó con el centro, que indica los horarios de visita a que los padres tienen derecho en la familia de acogida; se les recomienda la mejora de su situación laboral y de vivienda; se les indica que acudan a terapia familiar (TF) para mejorar su convivencia y desarrollar las habilidades parentales (haciendo constar que los padres se adelantaron a esta iniciativa y ya habían empezado los trámites para demandar la terapia); y se establece una vigencia máxima de un año de este acuerdo.

Con base en esta información, una vez que aceptan la fecha de visita que se les propone, se les envía la siguiente carta:

Apreciados X e Y:

Somos el Equipo de Terapia Familiar que les atenderemos en la visita que Vds. han aceptado con fecha [pocos días antes de Navidad]. Los motivos de escribirles son dos: el primero es que, debido a las fiestas de Navidad la visita siguiente se tendrá que retrasar, por lo que nos gustaría aprovechar todo lo posible esta primera visita; en este sentido queremos hacerles saber las cosas que nos gustaría hablar con Vds. en esa primera visita.

El segundo motivo de escribirles es, precisamente, el significado familiar que suelen tener esas fiestas. Si hubiéramos empezado la terapia unos meses antes tal vez nos habríamos podido plantear ayudarles a conseguir más tiempo para estar con su hija Z en esas fechas. Dado que esto ya no es posible nos gustaría hablar con Vds. sobre qué pueden hacer para que estos días les resulten menos penosos.

[Estos dos primeros párrafos apuntan a conseguir una alianza terapéutica precoz, al indicar a la familia que estamos de su lado, pero no de una forma genérica, sino en lo concreto –preocupándonos, por ejemplo, de que estas fechas les sean menos penosas–, y que compartimos sus objetivos generales: si hubiésemos podido habríamos abogado porque estuvieran, en estas fechas, más tiempo con su hija, como un primer paso hacia el objetivo de su recuperación, pero no desde una postura básicamente moral, sino práctica, porque les proponemos aprovechar el tiempo y trabajar con ellos. A eso se orientan los siguientes párrafos.]

Lo que quisiéramos hablar con Vds. es:

[Se va a tratar de ofrecer un temario que estructure y dé dirección a la visita.]

Primero, qué problemas de pareja tienen Vds. por cuales creen que podemos empezar a trabajar y qué repercusión creen que podrían tener la mejoría de estos problemas en su relación entre Vds. y en su relación con su hija Z.

[Este párrafo tiene el propósito de emplazarlos a que ellos sean la guía acerca de lo que hay que trabajar y sus repercusiones.]

Segundo, cómo fue que se escogió a los Srs. A y B (tíos paternos) como familia de acogida de Z, qué fue lo que les hizo confiar esta responsabilidad en ellos más que en otros familiares, y si creen Vds. que se podrá conseguir su acuerdo para participar también en la terapia.

[Este párrafo apunta a establecer dos objetivos: primero, que la elección de una familia de acogida, aunque fuera obligada, no les es ajena –qué les hizo confiarles a ellos esta responsabilidad–; segundo, plantear, desde el comienzo, que esta familia –en este caso resulta ser también familia biológica– puede tener un papel en la terapia.]

Tercero, qué imaginan que se espera de Vds. para poder recuperar a Z lo antes posible.

[Se pretende poner de manifiesto qué creen que se espera de ellos y actualizarlo, como se añade en el párrafo siguiente.]

Queremos pedirles que hablen de todos estos temas con las personas cuya opinión sea importante para Vds., tanto de la familia como profesionales que les hayan o les estén atendiendo, para ver si les pueden dar una opinión, una idea o una sugerencia que podamos tratar en esta primera sesión.

[Se tiene la intención de delimitar el sistema determinado por el problema; identificar a las personas que, en este momento de la evolución, están dispuestas a hablar del tema, y cuya opinión el terapeuta debe tener en cuenta; que sea la familia la que gestione estas conversaciones; que las reclame, que participe y nos transmita personalmente los resultados, con independencia de que los profesionales, a raíz de ello, renueven o mantengan la opinión o el informe que nos remitie-

ron –porque la opinión del profesional, cuando siente que su responsabilidad puede derivarse o compartirse, podría matizarse o cambiar.]

Por nuestra parte enviaremos copia de esta carta al [centro de acogida que los deriva] y al [servicios sociales que los atienden] para que estén atentos y se puedan prestar a tener una visita con Vds. antes de ese día 21-XII. Así podremos comentar con Vds. lo que estos compañeros les hayan dicho o aconsejado, porque preferimos que Vds. estén al corriente de las opiniones y preocupaciones que su situación ha generado.

[Se avisa a la familia que pretendemos activar la red, conocer el estado de activación de la red conversacional (Ramos, 2008), movilizar las conversaciones actualizadas sobre lo que ahora, a estas alturas del caso, les resulta pertinente a los profesionales involucrados, y que todos, familia y profesionales, sepan que perseguimos instaurar conversaciones “transparentes”, en las cuales todos puedan saber lo que hablamos con todos.]

En resumen, los elementos esenciales de la carta son:

- Ponerse al lado de la familia.
- Planteamiento y difusión de lo que nos proponemos trabajar (temas a tratar y sus repercusiones).
- Movilización del sistema natural (familia amplia que se pueda involucrar).
- Actualización de las preocupaciones del sistema profesional.

4. CONCLUSIÓN

El modelo narrativo-temático sostiene que el ámbito de trabajo del terapeuta no es la familia, sino el sistema determinado por el problema sobre el que trabaja a través de la familia. Debe ayudar a ésta a cambiar y también a hacer saber que cambia; esto se logra al ayudarla a difundir cómo enfrenta los acontecimientos que ocurren durante el tiempo en que transcurre la terapia y a compartir los temas que al hilo de esos acontecimientos se suscitan.

Por ello, la pertinencia de la opinión y el trabajo de los otros profesionales que intervienen en el caso están en el corazón del modelo. Sin embargo, no se accede a esto sólo con reuniones rutinarias para consensuar objetivos, a las cuales hay que acudir cuando sea necesario; lo importante es el trabajo constante, vehiculado por la propia familia, de ir al encuentro de las opiniones que se vierten sobre ella para adecuarse y adecuarlas a las oportunidades de cambio que se están dando en la vida de la familia y en las que el terapeuta y los demás profesionales están, sabiéndolo o no, acompañando.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abril, T. & Ubieto, J. (2008). Interxarxes. Una experiència de treball en xarxa al Dte. dHorta-Guinardó. *Àmbits de psicopedagogia*, 22.
- Alegret, J. (2010). Trabajo en red profesional más allá de las divisiones institucionales o formativas: el equipo virtual. *En Trabajo en red. Claves para avanzar en el buen trato a la infancia*. Valladolid: Mata Digital.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Evolving ideas about the implication for theory and practice. *Family Process*, 27, 371-393.
- Colapinto, J. (1996). La dilución del proceso familiar en los servicios sociales: implicaciones para el tratamiento de las familias negligentes. *Redes*, I (2), 9-35.
- Díaz, C. (1996). *El presente de su futuro*. Madrid: Siglo XXI.
- Frye, N. (1977). *Anatomía de la crítica*. Caracas: Monte Ávila Ed.

- Imber-Black, E. (1988). *Families and larger systems: A family therapist guide through the labyrinth*. Nueva York: Guilford Press.
- Martin, J. (2005). *La intervención ante el maltrato infantil. Una revisión del sistema de protección*. Madrid: Pirámide.
- Martin, J. (2009). *Protección de menores: una institución en crisis*. Madrid: Pirámide.
- Munro, E. (1999). Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse and Neglect*, 23 (8), 745-758.
- Munro, E. (2005). Improving practice: Child protection as a system problem. *Children and Youth Services Review*, 27.
- Ovretveit, J. (1996). Five ways to describe a multidisciplinary team. *Journal of Interprofessional Care*, 10 (2), 163-171.
- Pakman, M. (2011). *Palabras que permanecen, palabras por venir*. Barcelona: Gedisa.
- Ramos, R. (1992). Conceptualización de la entrevista sistémica en contexto clínico convencional. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 20, 5-17.
- Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas*. Barcelona: Paidós.
- Ramos, R. (2007). Del sistema familiar al sistema social. La terapia en la red. En R. Medina, J. Linares y M. Ceberio (eds.). *La terapia familiar desde Iberoamérica* (pp. 237-259). Buenos Aires: Tres Haches.
- Ramos, R. (2008). *Temas para conversar*. Barcelona: Gedisa.
- Ramos, R. (2014a). Terapias de reunificación familiar: entre la espada de la familia y el muro de los servicios. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández. *Pensamiento sistémico: nuevas perspectivas y contextos de intervención*. México: Litteris.
- Ramos, R. (2014b). La carta de presentación del equipo: una técnica para la acomodación con familias multiproblemáticas. *Redes*, 29, 37-52.
- Ramos, R. (2015). *Terapia narrativa con familias multiproblemáticas*. Madrid: Moraga.
- Ramos, R., Borrego, M. y Sanz, M. (2006). La construcción de la demanda en familias multiproblemáticas II. Una investigación clínica. *Redes*, 17, 111-127.
- Ramos, R. y Borrego, M. (2006). La construcción de la demanda en familias multiproblemáticas I. Fundamentos teóricos de una investigación. *Redes*, 16, 97-116.
- Rodrigo, M., Máiquez, M., Martín, J. y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Ubieto, J. (2012). *La construcción del caso en el trabajo en red: teoría y práctica*. Barcelona: Editorial UOC.
- Walker, A. (2006). Child protection and interagency collaboration. *Policy Quaterley*, 2(4), 29-37.
- White, H. (1992). Metahistoria. *La imaginación histórica en la Europa del siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.
- White, H. (2003). *El texto histórico como artefacto literario*. Barcelona: Paidós.

Alicia Moreno Fernández (ed.). Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2014, 608 páginas

117

Estefanía Martínez C.

A pesar de que el enfoque sistémico en psicoterapia es un campo de estudio relativamente joven, éste comprende un abanico de modelos que, si bien comparten una teoría básica, han promovido (y continúan generando) conceptos y prácticas con matices particulares. Esta circunstancia ha provisto a la terapia sistémica de una variedad de ópticas que la enriquecen, pero también implica el riesgo de generar confusión y una posible dificultad al momento de comprender e integrar las bases teóricas y las técnicas aportadas por cada una de ellas. En consecuencia, es indispensable una bibliografía de referencia que oriente a los lectores sobre los factores comunes de los modelos sistémicos, al tiempo que aclare las particularidades de cada uno de ellos. El libro *Manual de terapia sistémica* constituye un excelente recurso para atender esta necesidad. Se trata de una compilación orquestada de manera hábil por Alicia Moreno, quien ha logrado generar una polifonía en la que las voces de los diversos colaboradores aportan gran variedad y profundidad a los temas tratados, al tiempo que confluyen de modo armónico en tan sólo 608 páginas.

La primera parte del libro está dedicada a explicar los conceptos y las herramientas básicas del enfoque sistémico. Ésta se divide en seis capítulos: los fundamentos del paradigma sistémico; el ciclo vital familiar; la perspectiva de género; la evaluación familiar; el contexto de intervención; y las destrezas terapéuticas sistémicas. Esta sección presenta al lector una visión de las raíces, los desarrollos, las tendencias actuales y las futuras posibilidades de la terapia sistémica. Mediante ejemplos y casos ilustrativos, los autores brindan explicaciones con mucha claridad, sin dejar jamás de lado la complejidad de la teoría sistémica; además, abordan la aplicación práctica de la terapia sistémica en aspectos sociales actuales, como el género, la multiculturalidad y las nuevas configuraciones familiares, y proveen herramientas útiles para la investigación y la práctica clínica.

La segunda parte del manual se compone de siete capítulos, cada uno dedicado a un modelo de terapia sistémica: estructural, intergeneracional, de la escuela de Milán, estratégica, terapia breve del MRI, terapia breve centrada en soluciones, y narrativa. En cada uno, los autores comentan el contexto en el que se originaron, sus fundadores y principales exponentes, conceptos fundamentales, cómo es el proceso terapéutico, sus estrategias y técnicas de intervención. Manteniendo la línea de la primera parte, esta sección utiliza casos clínicos y ejemplos para explicar de forma envolvente y esclarecedora los aspectos que constituyen cada una de estas escuelas sistémicas. Con un lenguaje sencillo (pero no por ello superficial), resalta lo mejor de cada modelo, pero también muestra una actitud crítica frente a ellos.

La tercera y última parte del libro se centra en el terapeuta sistémico; está integrada por dos capítulos: el trabajo sobre la familia de origen del terapeuta y la supervisión. En esta sección se argumenta la importancia que tiene para el terapeuta el reflexionar sobre su historia relacional y elaborarla, de modo que su labor profesional se vea fortalecida. Además, se discute sobre el significado

118 mismo de la supervisión desde la perspectiva sistémica y se exponen diferentes estilos que se emplean para esta actividad. En ambos capítulos, el lector podrá encontrar herramientas prácticas y técnicas de utilidad para llevar a cabo estos procesos de revisión y crecimiento del terapeuta sistémico.

Debido a su prolijidad y elegancia, este manual resulta útil para un amplio espectro de lectores. De él podrán sacar provecho estudiantes e investigadores noveles, así como experimentados docentes, supervisores y terapeutas en el campo de la terapia sistémica. Asimismo, especialistas en otros enfoques psicoterapéuticos, psiquiatras y trabajadores sociales podrán encontrar grandes beneficios, por ser éste un libro que anima al lector a cuestionarse formas alternativas de concebir las relaciones humanas, la patología y los procesos de cambio.

32

redes

Revista de
Psicoterapia
Relacional e
Intervenciones
Sociales

Diciembre de 2015

www.redesdigital.com

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.