

# 23

# redes

Revista  
de psicoterapia  
relacional e  
intervenciones  
sociales

Segunda época  
Julio 2010

## **Juan Luis Linares**

Paseo por el amor y el odio: la conyugalidad desde una perspectiva evolutiva

## **Gonzalo Bacigalupe**

Una guía para la consultoría transparente en situaciones complejas con equipos de salud y servicios sociales

## **Lia Mastropaolo**

La violencia familiar en la encrucijada entre terapia, mediación y justicia

## **José Antonio Soriano Pacheco**

Cronicidad y depresión. Una aproximación sistémica a los trastornos afectivos

## **R. Almirall, M. Martín, L. Salat, S. Sánchez.**

Trastornos de conducta en la adolescencia y relaciones familiares.

Estudio de un caso

## **Josep Vila Miravent**

Un abordaje sistémico-relacional en residencias geriátricas: un estudio de observación sistemática de personas con demencia

## **Ester Fabregó y Anna Viñas**

Las emociones del terapeuta sistémico en juego



# redes

Revista  
de psicoterapia  
relacional e  
intervenciones  
sociales

Segunda época

Julio 2010

**E.T.F.  
SANTPAU**

**EVNTF  
Escuela Vasco Navarra de  
Terapia Familiar**

**RELATES  
Red española  
y latinoamericana  
de escuelas sistémicas**

© de todas las ediciones en castellano,  
REDES  
Mallorca, 489 entr. 2ª  
08013 Barcelona

ISSN 1135-2793

Depósito Legal: B-5463-1996  
B-7979-2003

Impreso en España - Printed in Spain

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

# redes

## DIRECTORES

Juan Luis Linares  
Roberto Pereira

## DIRECTOR ADJUNTO

Félix Castillo

## SECRETARÍA CIENTÍFICA

Javier Ortega  
Ricardo Ramos, Juan Antonio Abejón

## COMITÉ DE REDACCIÓN

Marcelo R. Ceberio (Argentina)	Regina Giraldo (Colombia)
Sandro Giovanazzi (Chile)	Jaime Inclán (USA)
Raúl Medina (México)	José A. Pérez del Solar (Perú)

## SECRETARIA

Eva M. Martínez

## CONSEJO DE REDACCIÓN

José Manuel Costa (Lisboa)	Claudia Lucero (Temuco)
Norberto Barbagelata (Madrid)	Gianmarco Manfreda (Prato)
Rodolfo de Bernart (Florenca)	Eduardo Martínez (Zaragoza)
Mark Beyebach (Salamanca)	Inma Masip (Girona)
Luigi Boscolo (Milán)	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 (Berkshires)
Alfredo Canevaro (Macerata)	Jacques Pluymaekers (Bruselas)
Alberto Carreras (Zaragoza)	José A. Ríos (Madrid)
Jorge Colapinto (Filadelfia)	Janine Roberts (Amherst)
Mauricio Coletti (Roma)	Elida Romano (París)
Claudio Deschamps (Buenos Aires)	M <sup>a</sup> Eugenia Roselli (Bogotá)
Luis Elías (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)	Juanjo Villegas (Irún)



# REVISTA DE PSICOTERAPIA RELACIONAL E INTERVENCIONES SOCIALES

Julio 2010

## SUMARIO

EDITORIAL .....	09
PASEO POR EL AMOR Y EL ODI0: LA CONYUGALIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA EVOLUTIVA .....	11
JUAN LUIS LINARES	
UNA GUÍA PARA LA CONSULTORÍA TRANSPARENTE EN SITUACIONES COMPLEJAS CON EQUIPOS DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES .....	23
GONZALO BACIGALUPE	
LA VIOLENCIA FAMILIAR EN LA ENCRUCIJADA ENTRE TERAPIA, MEDIACIÓN Y JUSTICIA .....	39
LIA MASTROPAOLO	
CRONICIDAD Y DEPRESIÓN. UNA APROXIMACIÓN SISTÉMICA A LOS TRANSTORNOS AFECTIVOS .....	63
JOSÉ ANTONIO SORIANO PACHECO	
TRANSTORNOS DE CONDUCTA EN LA ADOLESCENCIA Y RELACIONES FAMILIARES. ESTUDIO DE UN CASO .....	77
ALMIRALL, R., MARTÍN, M., SALAT, L., SÁNCHEZ, S.	
UN ABORDAJE SISTÉMICO-RELACIONAL EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS: UN ESTUDIO DE OBSERVACIÓN SISTEMÁTICA DE PERSONAS CON DEMENCIA .....	109
JOSEP VILA MIRAVENT	
LAS EMOCIONES DEL TERAPEUTA SISTÉMICO EN JUEGO .....	135
ESTER FABREGÓ Y ANNA VIÑAS	



# Editorial

## Diagnóstico y Psicopatología

La mente humana no es simple, por mucho que los simplificadores de cualquier signo se empeñen en defender lo contrario. Por eso, desde que el tiempo es tiempo, los humanos realizamos movimientos intelectuales de muy diverso sentido, de entre los que destacaremos los que se inscriben en la dimensión (bipolaridad semántica, le llamaría Valeria Ugazio) objetivación/subjetivación. Adelantemos que nos pasamos la vida transitando ese camino.

Cada vez que nuestra mirada, o cualquiera de nuestros sentidos, se fija en un estímulo externo, desarrollamos una conducta objetivadora: “¿Qué es esto?” Y, por supuesto, muchas otras preguntas: “¿De qué se compone? ¿De dónde viene?... ¿Se podrá comer?” Pero, a continuación, nos apresuramos a afirmar nuestra subjetividad, que incluye ciertamente claves éticas, estéticas y hasta eróticas: “¿Qué debo hacer? ¿Me gustará? ¿Le gustaré?” Naturalmente las respuestas también forman parte de esa danza de la vida, que cuenta en las opciones objetivadoras y subjetivadoras con uno de sus más fascinantes pasos de baile.

Apliquemos estas reflexiones a la actividad terapéutica y llegaremos a la conclusión de que difícilmente podría escapar a la lógica en cuestión. Ante un paciente o una familia, experimentaremos primero un legítimo deseo de saber cuáles son sus problemas para, a renglón seguido, desplegar de la manera más creativa posible nuestras habilidades ayudadoras. Un paso diagnóstico fundamentalmente objetivador a la derecha, media vuelta, y un paso subjetivador a la izquierda, al servicio de la intervención.

“Pero...”, el simplificador de turno no renuncia a su objeción, “...el diagnóstico es causalidad lineal.”

Bueno, no necesariamente, pero si así fuera, ¿qué habría de malo en ello? Los nuevos paradigmas no cancelan a los antiguos, sino que los integran en propuestas de complejidad superior, capaces de dar respuesta a cuestiones más sutiles. A pesar de la cosmología de Copérnico, la tierra sigue siendo plana para distancias cortas y aún decimos que “el sol sale y se pone.” Y, si te roban la cartera, lo denunciarás linealmente a la policía antes de hacer un discurso circular sobre la injusta distribución de la riqueza, que estimula la delincuencia.

La circularidad está presente en las complejas relaciones que mantienen la víctima y el victimario, pero la linealidad exige interrumpir cuanto antes cualquier situación de maltrato, incluido el psicológico, que no otra cosa son las pautas relacionales disfuncionales subyacentes a la psicopatología.

Mas el entusiasmo cuestionador de nuestro simplificador no decae: “el diagnóstico no es sino etiquetaje clasificatorio y marginador:”

Pues mira, no. Puede ser eso, pero también muchas cosas más. ¿Quién puede negar la existencia en todo ser humano de indicios de cualquier psicopatología? Los conflictos nos angustian, intentamos evitar algunos objetos o situaciones que nos resultan desagradables y dudamos obsesivamente ante ciertas opciones comprometidas. Nos comportamos depresivamente si sufrimos determinadas pérdidas y nos paranoidizamos si imaginamos una reacción hostil en un auditorio desconocido. ¿Y podemos afirmar que no nos psicopatizamos nunca porque jamás experimentamos placer ante el dolor ajeno?

Poseemos los gérmenes de todos los diagnósticos psicopatológicos; las etiquetas están en nosotros en estado potencial, y vale la pena intentar comprender los mecanismos psicológicos y relacionales subyacentes, capaces de forzar su desarrollo hasta hacerlos alcanzar la condición de auténticos trastornos.

Porque, desengañémonos, las etiquetas diagnósticas clasificatorias y marginadoras de la conducta desviada no desaparecen a golpe de panfleto contra la psicopatología, sino explorando minuciosamente sus bases relacionales y, de esta forma, avanzando en su comprensión. La reconstrucción del diagnóstico en la peor de sus acepciones llega, así, de la mano de un proceso comprensivo y complejificador que, sin abominar de pasos objetivadores y lineales, conduce a la circularidad en que se enlazan las subjetividades del terapeuta, del paciente y de la familia.

**Juan Luis Linares**

# Paseo por el amor y el odio: la conyugalidad desde una perspectiva evolutiva

JUAN LUIS LINARES<sup>1</sup>

## RESUMEN

*Se propone una visión evolutiva del amor complejo de pareja, con sus componentes cognitivos, emocionales y pragmáticos, a través de las cuatro etapas que son el enamoramiento, el amor, y, eventualmente, el desamor y los litigios. También se describe una tipología de parejas, en función del cruce de dos dimensiones relacionales: la organización y la mitología. Finalmente, se sugieren algunas correspondencias entre la tipología y la perspectiva evolutiva.*

*Palabras clave: amor complejo de pareja, nutrición relacional, enamoramiento, amor, desamor, litigios, reconocimiento, valoración, estado afectivo de base, pasiones, deseo, sexo, gestión cotidiana, organización, mitología, igualdad, diferencia.*

## SUMMARY

*An evolutive view of complex couples love is proposed, with its cognitive, emotional and pragmatic components, and through the four stages that are: in love, love, and eventually, disaffection and litigation. It also describes a typology of couples based on the intersection of two relational dimensions: organization and mythology. Finally, some correlation between typology and evolutionary perspective is suggested.*

1. Psiquiatra y psicólogo. Profesor Titular de Psiquiatría de la Universitat Autònoma de Barcelona. Director de la Unidad de Psicoterapia y de la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo de Barcelona (España).

La ciencia moderna ha establecido que los primates pre-hominidos fueron los inventores de las *relaciones de pareja* (Cela y Ayala, 2001). Cuando los cambios climáticos empezaron a hacer clarear en exceso a la selva centro-africana, nuestros antepasados decidieron arriesgarse a bajar de los árboles, poniendo textualmente los pies en el suelo para buscar su alimento de forma más eficaz. Pero lo que aquí nos interesa es que, gracias a la bipedestación, y a los cambios morfológicos que comportó, se desbrozó el camino para que los humanos se aproximaran al amor conyugal desde unas relaciones sexuales aptas para adoptar la revolucionaria posición ventro-ventral. Una postura, dicho sea de paso, injustamente desacreditada como la *posición del misionero*, que permite, sin embargo una comunicación mucho más rica y, sobre todo, el inequívoco reconocimiento individualizado del partener sexual. Así nació la pareja, e incluso la familia, puesto que también esa situación novedosa permitió empezar a reconocer la paternidad.

La *conyugalidad* puede ser definida de diversas formas. Una remitiría al amor complejo o nutrición relacional, aplicado a la relación entre los dos miembros de la pareja parental. Según esta visión, la conyugalidad nacería de la vivencia subjetiva de ser complejamente amado o amada por el otro o la otra. Y la complejidad residiría en la existencia, en dicha vivencia, de componentes *cognitivos* (como, por ejemplo, *reconocimiento y valoración*), componentes *emocionales* (*pasión amorosa, cariño, ternura...*) y componentes *pragmáticos* (*deseo, sexo y ges-*

*ción de la vida cotidiana*, entre otros). De manera más simple y operativa, la conyugalidad equivaldría a la capacidad de resolver los *conflictos* surgidos en el ámbito de la pareja.

Existe otra versión del *amor complejo-nutrición relacional* en la familia de origen, que hace referencia a la forma como los padres tratan a los hijos (o a la vivencia subjetiva de los hijos sobre cómo son tratados por los padres), que es la *parentalidad*. Ambas dimensiones relacionales, conyugalidad y parentalidad, son de gran importancia para definir la atmósfera relacional de la familia de origen y, en consecuencia, la personalidad y la salud mental de los hijos. Sin embargo, aquí vamos a focalizar más específicamente la conyugalidad, en tanto que eje vertebrador de la pareja.

## EL CICLO VITAL DE LA PAREJA

Pero la pareja no está exenta de servidumbres con respecto al ciclo vital, así que la comprensión de las complejidades de su dinámica relacional exige la introducción de una perspectiva evolutiva. Distinguiremos cuatro etapas, de las cuales dos, el *enamoramiento* y el *amor*, son prácticamente inevitables, mientras que las otras dos, el *desamor* y el *litigio*, pueden o no presentarse. Ocurre, sin embargo, que la enorme importancia clínica de estas últimas aconseja su contemplación desde una óptica terapéutica.

El enamoramiento puede ser definido como un estado psico-relacional que conjuga alegría con deseo, excitación y una sensación de bienestar, todo ello en presencia de la persona que lo provoca o evocado por su representación mental. Como fenómeno psicológico, está teñido fundamentalmen-

te de emociones positivas, aunque la amenaza de la pérdida, y más aún su materialización, puede generar afectos negativos de gran destructividad, como agresividad o depresión. En tanto que fenómeno relacional, suele presentarse en los primeros momentos del ciclo vital de la pareja, aunque existen excepciones de enamoramientos tardíos de relaciones preexistentes. Algunas descripciones enfatizan los aspectos físicos, que pueden incluir el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria o del tono muscular, la rubefacción, etc., aunque no es ciertamente esa dimensión la que aquí nos interesa.

El amor propiamente dicho es la etapa de plenitud y madurez de la relación de pareja, en la que ésta se consolida y se hace compatible con la vida en sociedad y con las actividades creativas. Una prolongación excesiva del enamoramiento no permitiría mucho más que la consagración en cuerpo y alma al ser amado, por no hablar del obstáculo que supondría para el ejercicio de la parentalidad. Por eso es comprensible que las tormentas emocionales cedan el paso a un predominio de los componentes cognitivos del amor.

El desamor, como resultado de una evolución negativa del amor, ha existido seguramente siempre, pero en los últimos tiempos ha adquirido carta de naturaleza, a caballo de la generalización de fenómenos como la separación y el divorcio. Y es probable que en ello influya el espectacular incremento de la longevidad. Hay que tener en cuenta que, hasta hace pocos años, los humanos estábamos programados para vivir no mucho más de la edad fértil de la mujer. Que el continuo desafío a la naturaleza que nos carac-

teriza como especie haya duplicado el promedio de vida no puede sino tener consecuencias sobre el desarrollo de la pareja. ¿Cómo evolucionará la percepción de cada cónyuge por el otro en esos 40 años de bonificación que tocaría convivir ahora?

En cualquier caso, la separación y el divorcio, consecuencias naturales del desamor, deben ser contemplados por los terapeutas de pareja, y por la sociedad en general, como etapas del ciclo vital de la pareja: nacemos, crecemos y maduramos, nos enamoram, hacemos y deshacemos parejas, y morimos. Mientras menos carga de culpa o de fracaso conlleve el proceso, menos doloroso será. Y menos graves las consecuencias para la salud mental de los cónyuges y de sus hijos.

Si la relación hace crisis y el desamor se instaura, la preparación de la separación y el divorcio debería conllevar una reconversión de la conyugalidad en post-conyugalidad, con un predominio de los componentes pragmáticos del amor complejo, adecuadamente reformulados hacia cuestiones como la división del patrimonio común y la adecuada gestión de los hijos.

Pero, si la relación de pareja no se reformula armoniosamente como post-conyugal, es probable que se entre en la etapa de litigio, definida por la confrontación. En ella predominan de nuevo los componentes emocionales, aunque ahora de signo negativo, configurando una especie de enamoramiento a la inversa. En ese caldo de cultivo proliferan fenómenos como el mal llamado “Síndrome de Alienación Parental” (Giovanazzi y Linares, 2007), que entretienen durante años a magistrados, mediadores y terapeutas.

A efectos de entender mejor los múltiples avatares del amor complejo, vale la pena repasar separadamente la evolución de algunos de sus principales componentes a través de las etapas que acabamos de describir. Es, evidentemente, un artificio con fines didácticos, puesto que en realidad no existen soluciones de continuidad entre tales componentes.

### LA EVOLUCIÓN DEL “PENSAR” AMOROSO

El *reconocimiento* es un componente cognitivo del amor complejo que implica la aceptación, en términos relacionales, de la existencia del otro. Es difícil de definir y de entender, porque, en el contexto de la pareja (y aún más en el de la familia de origen), parece que la existencia del otro se imponga por sí sola. ¿Cómo no voy a aceptar la existencia de alguien a quien he elegido para acompañarme en la vida, con quien hago el amor y con quien tengo hijos? Y, efectivamente, ese re-

conocimiento de la existencia física del otro es obvia y no plantea mayores problemas. Pero, a nivel relacional, la existencia del otro comporta una plena autonomía, con sus propias necesidades distintas de las mías, cuyo reconocimiento resulta imprescindible como ingrediente cognitivo del amor complejo. El reconocimiento supone la *confirmación* del otro, y por eso su ausencia o fracaso recibe el nombre de *desconfirmación*.

En la etapa del enamoramiento (**Cuadro nº 1**), la conciencia está totalmente polarizada en el ser amado, que se produce un verdadero exceso de reconocimiento o *híper-confirmación*. El lenguaje popular posee expresiones altamente significativas de esta situación, como “*sólo veo por sus ojos*” o “*no existe otra persona que él o ella*”, que ponen de manifiesto una inversión de la relación con el otro que llega a la negación de sí mismo. En algunos casos extremos, este peculiar estado anímico equivale a una cierta *locura de amor*.

AMOR COMPLEJO DE PAREJA		Enamoramiento	Amor	Desamor	Litigios
Componentes	Reconocimiento	Hiperconfirmación	Confirmación serena	Desconfirmación	Reconfirmación satanizadora
Cognitivos	Valoración	Mitificación	Valoración positiva	Descalificación	Hiper-crítica

Cuadro nº 1

Calmados los excesos del enamoramiento, la etapa del amor permite la confirmación serena del otro, en una aceptación plena y equilibrada de su existencia relacional. Ya no hace falta que el resto del mundo desaparezca para que la persona del ser amado destaque sobre él en nuestra apreciación subjetiva.

Pero, si en un determinado momento se impone la lógica del desamor, será el tiempo de la desconfirmación. Pequeños indicios pueden estar presentes ya en etapas anteriores, bajo el signo indiscutido del amor: olvidar fechas de aniversarios, no reparar en un nuevo peinado, o hasta necesitar momentos de intimidad sin la presencia del otro. Pero cuando esa dinámica adquiere carácter predominante, se convierte en desconfirmadora, poniendo de manifiesto un serio deterioro de la pareja.

Por último, si ésta se instala en el litigio, se asistirá a un paradójico proceso de *reconfirmación*, aunque de signo negativo. La existencia del otro puede hacerse obsesivamente omnipresente desde su condición satánica, compendiadora de todos los males. Se ha convertido en el enemigo y, para combatirlo, no se le puede ignorar.

El otro gran componente cognitivo del amor complejo es la *valoración*, consistente en apreciar las cualidades del otro, aunque sean (o hasta precisamente porque sean) diferentes de las propias. En la pareja heterosexual estándar, el género es una primera fuente de valoración: me gusta su piel suave, tan distinta de la mía, o sus brazos musculosos, que yo no poseo. Y, sea cual sea el sesgo sexual de la pareja, el otro debe sentirse valorado si se pretende que se sienta amado. La ausencia de valoración recibe tradi-

cionalmente en la literatura sistémica el nombre de *descalificación*.

En cualquier caso, el difícil ejercicio de valorar al otro en sus cualidades y en su manera de ser, se hipertrofia en el enamoramiento hasta alcanzar niveles de mitificación. El otro, idealizado, se convierte en un dechado de virtudes sin mezcla de defecto alguno. Y, cuando se alcanza la calma amorosa, el balance de la valoración positiva se mantiene, aunque desaparezca el idealizado monolitismo previo.

El desamor es terreno abonado para la descalificación. El otro ya no gusta, e incluso lo que antes lo distinguía favorablemente de los demás, ahora se convierte en marca negativa. Lo que inicialmente era percibido como originalidad pasa a ser calificado de histrionismo, y si antes me gustaba su delgadez, ahora la veo canija. Si, además, se alcanza el estadio litigante, la hipercrítica se hará desmesurada, alcanzando todas y cada una de las cualidades del otro.

## LA EVOLUCIÓN DEL “SENTIR” AMOROSO

Los componentes emocionales del amor complejo pueden ser clasificados en dos grandes grupos: los corres-

pondientes al estado afectivo de base, y las pasiones.

AMOR COMPLEJO DE PAREJA		Enamora- miento	Amor	Desamor	Litigios
Compo- nentes	Estado afectivo de base	Pasional positivo	Ternura y cariño	Aburri- miento e irritación	Pasional negativo
Emocio- nales	Pasiones	Exaltación amorosa	Ocasionales	Ocasionales	Exaltación de odio

El Cuadro nº 2 muestra cómo, en el enamoramiento, predominan las pasiones de signo positivo, que, en su exaltación, tiñen el estado afectivo de base. En el período de plenitud amorosa, las pasiones retroceden, limitando su presencia a algunos momentos ocasionales, mientras que el escenario afectivo básico está presidido por la ternura y el cariño. Son emociones serenas, que quizás no inspiran grandes gestas literarias, pero que garantizan un buen nivel de nutrición relacional.

Si se instaura el desamor, el estado afectivo de base va virando hacia emociones de signo negativo, principalmente la irritación y el aburrimiento, mientras que las pasiones mantienen un perfil bajo, limitadas a esporádicas irrupciones. Éstas tienden a ser progresivamente negativas, aunque a veces aparecen picos positivos en episodios de reconciliación. Si, finalmente, se instala una dinámica pleitista, se produce un regreso al clima pasional, en una especie de enamoramiento al

revés. El odio lo invade todo y arrastra cualquier otra vivencia.

## LA EVOLUCIÓN DEL “HACER” AMOROSO

Los componentes pragmáticos del amor complejo de pareja que destacamos como más importantes son el deseo, el sexo y la gestión de la cotidianeidad. El deseo es la antesala del sexo, aunque a veces puede haber cierta disociación entre ellos, por lo que vale la pena considerarlos separadamente. En cuanto a la gestión de la cotidianeidad, siendo una cuestión aparentemente banal, posee un potencial definitorio de la relación conyugal insospechadamente grande. Una pareja puede arruinarse por el enconamiento de un desacuerdo sobre quién, cómo y cuándo debe fregar los platos. Y, por el contrario, un acuerdo en esos temas brinda un margen de maniobra extra que puede ayudar a amortiguar los conflictos de forma muy significativa.

<b>AMOR COMPLEJO DE PAREJA</b>		<b>Enamora- miento</b>	<b>Amor</b>	<b>Desamor</b>	<b>Litigios</b>
<b>Compo- nentes</b>	<b>Deseo</b>	Intenso y compulsivo	Estable y regular	Pobre y ocasional	Rechazo
	<b>Sexo</b>	Éxtasis	Placentero	Escaso y rutinario	Inexis- tente
	<b>Pragmá- ticos</b>	Incondicio- nal	Acuerdos negocia- dos	Deterioro de acuerdos	Boicoteo

En el enamoramiento el deseo suele ser acuciante, y su plena realización sexual conlleva experiencias de máximo placer, rayano en el éxtasis. Una pareja puede hacer el amor durante días, sin apenas más interrupciones que las imprescindibles para las necesidades primarias, y sin reparar en lo que sucede a su alrededor. En cuanto a la gestión de la vida cotidiana, la disponibilidad de ambos miembros suele ser total, produciéndose una entrega mutua solidaria de gran generosidad (Cuadro nº 3).

El amor estabilizado estabiliza también el deseo y el sexo. Lo contrario sería insostenible en términos evolutivos, puesto que, a plazo medio, resultaría incompatible con cualquier actividad productiva. Además, ése es el momento de negociar la gestión de la cotidianidad, es decir, el reparto de las responsabilidades económicas y la distribución de las tareas domésticas.

Resulta obvio que, si se entra en la fase de desamor, esa negociación se deteriora, generándose múltiples reproches que impregnan la convivencia. A su vez, el deseo y el sexo se ven afectados en el sentido del empobreci-

miento, aunque existen múltiples excepciones. Algunas parejas continúan teniendo una vida sexual rica hasta la víspera de la separación, y tampoco son raros los episodios de apasionamiento postrero, que prolongan la agonía de la relación en espejismos de eventuales reconciliaciones. Las cosas se complican aún más cuando, como resultado de esos ardores tardíos, se produce un embarazo asumido por la pareja. Por regla general, ello no hace sino retrasar el desenlace en forma de ruptura, generando además dinámicas bastante destructivas. Aunque, desde luego, tampoco en esta evolución negativa cabe descartar excepciones. Por ejemplo, estimulados por la nueva parentalidad, una pareja puede buscar recursos (v.g., una terapia) para consolidarse.

Si se da un paso más hacia la etapa de litigios, el deseo se convierte en rechazo y la sola mención del sexo como posibilidad provoca malestar. En el plano de la gestión cotidiana, la economía ostenta el protagonismo, puesto que los ex-cónyuges suelen sabotearse mutuamente en lucha por el patrimonio común.

## ACERCA DE LA RELACIÓN CON LOS HIJOS

Aunque el tema de estas reflexiones es la conyugalidad, no hay duda de que existen importantes influencias recíprocas entre ésta y la parentalidad. Por ello vale la pena detenerse brevemente en algunos aspectos evolutivos de la relación con los hijos a lo largo de las etapas que estamos considerando.

En la fase de enamoramiento, por regla general, aún no existen hijos de la pareja. Y menos mal que es así,

porque el mundo relacional en ese momento está tan limitado a la propia pareja, que los hijos se las verían y se las desearían para hacerse percibir por sus padres. De hecho, es lo que ocurre en las situaciones especiales en que sí existen hijos de padres “enamorado”: reconciliaciones de gran intensidad pasional o nuevos enamoramientos en familias reconstituidas (**Cuadro nº 4**). En tales circunstancias, los hijos, o al menos alguno de ellos, pueden sentirse olvidados por sus padres, acumulando vivencias de desconfirmación.

<b>AMOR COMPLEJO DE PAREJA</b>	<b>Enamora- miento</b>	<b>Amor</b>	<b>Desamor</b>	<b>Litigios</b>
<b>Relación con los hijos</b>	No existen los hijos. En reconciliaciones o reconstituciones, riesgo de desconfirmación.	Condiciones idóneas para la crianza. Riesgo eventual de privación.	Riesgo de triangulación.	Riesgo de caotización. Fenómenos de “alienación parental”.

La etapa del amor reúne las condiciones idóneas para la crianza de los hijos: una buena y serena relación conyugal, exenta de turbulencias positivas o negativas, que permite desplegar la parentalidad atendiendo a los hijos conforme a sus necesidades. Sin embargo, también ese amor sereno puede entrañar peligros para los hijos, si los excluye demasiado rotundamente. La *deprivación* así generada

(Linares y Campo, 2000) puede facilitar el desarrollo de fenómenos depresivos o de problemáticas “límite”.

Si la pareja se desliza hacia el desamor, cosa que puede ocurrir de forma lenta y solapada, el deterioro de la conyugalidad se convierte en un poderoso acicate para conseguir aliados, y los hijos son, en tales circunstancias, los candidatos idóneos. Ciertamente que pueden defender-

se, sobre todo si cuentan con figuras potentes en su entorno relacional portadoras de funciones parentales delegadas (léase abuelos, tíos, etc.), pero si sucumben a las presiones en el juego de alianzas y contra-alianzas, quedarán *triangulados*.

Por último, si la pareja parental se instala en los litigios, los hijos pueden vivir todo tipo de situaciones disfuncionales, en un contexto relacional *caótico* en el que el deterioro de la parentalidad puede correr parejo con el de la conyugalidad. No es raro que aparezcan entonces fenómenos como el “*Síndrome del Juicio de Salomón*” (Giovanazzi y Linares, 2007) o dinámicas de “*alienación parental*” (Gardner, 1992).

### ... Y UNA TIPOLOGÍA DE PAREJAS

Algunas de las muchas eventualidades evolutivas que acaban de ser descritas en estas páginas, así como otras, muchas más, que han sido de-

sarrolladas en otros lugares (Campo y Linares, 2002) (Gottman, 1995) o que quedan por describir, dependen en mayor o menor medida del tipo de pareja de que se trate. Por eso vale la pena proponer una tipología de parejas que aporte una dimensión complementaria con lo ya expuesto.

La pareja humana se constituye de acuerdo a complejas ecuaciones, en las que suele jugar un papel preponderante el equilibrio entre *igualdad y diferencia*. Y en el **Cuadro nº 5** se muestra el resultado del cruce de dos dimensiones, la *organización* y la *mitología*, susceptibles de sugerir igualdad o diferencia en el imaginario de los dos miembros de la pareja.

Por organización entendemos la dimensión diacrónica de la estructura de un sistema, es decir, lo que permanece de dicha estructura a lo largo de las etapas del ciclo vital. Algunas cualidades de la organización son la *cohesión, la adaptabilidad y la jerarquía*.

<b>TIPOLOGÍA DE PAREJAS</b>	<b><u>Mitologías similares</u> <u>compatibles</u> (Narrativas convergentes)</b>	<b><u>Mitologías diferentes</u> <u>incompatibles</u> (Narrativas divergentes)</b>
<b><u>Organización simétrica</u>  (Relación basada en la igualdad)</b>	<b><u>Tipo I</u></b>  - Seguridad en la exploración mutua. - Tendencia a las peleas y a los enfrentamientos. - Riesgo de ruptura por confrontación.	<b><u>Tipo II</u></b>  - Fuerte excitación y sensación de aventura. - Tendencia a la simetría exacerbada por la incompreensión mutua. - Riesgo de violencia.
<b><u>Organización complementaria</u>  (Relación basada en la diferencia)</b>	<b><u>Tipo III</u></b>  - Tranquilidad y paz en los primeros momentos. Protección y dependencia. - Tendencia al aburrimiento. - Riesgo de ruptura por desinterés.	<b><u>Tipo IV</u></b>  - Relación instrumental o política. - Tendencia a la distanciación. - Riesgo de ruptura por escaso compromiso.

La jerarquía nos interesa aquí especialmente, ya que una de las dos dimensiones que se van a manejar a efectos clasificatorios es el grado de igualitarismo o de diferencia en la organización del “sistema pareja”, que coincide con los clásicos parámetros sistémicos de *simetría* y *complementariedad* (Bateson, 1936). La otra hace referencia a las mitologías, que son los espacios de consenso, en el sistema, de las narrativas individuales de sus miembros (Linares, 1996). En concreto, las parejas se pueden dividir en aquéllas cuyos miembros poseen narrativas individuales inscritas en mitologías familiares (de origen) similares y compatibles, y aquéllas en las que, al contrario, las narrativas individuales de sus miembros son divergentes, por proceder de mitologías familiares diferentes e incompatibles. En el primer caso será fácil consensuar una nueva mitología de la pareja y de la familia creada, mientras que en el segundo resultará arduo y conflictivo. Del cruce de estas dos dimensiones se generan cuatro tipos de pareja, que a continuación se describen.

#### **Tipo I.**

La igualdad y la compatibilidad de las mitologías que cada uno aporta desde sus familias de origen facilitan una gran seguridad en la exploración mutua en los primeros momentos. Sin embargo, pronto se pone de manifiesto una tendencia a las peleas y los enfrentamientos, de la mano de la organización simétrica. Se comparten valores y creencias, se construyen fácilmente rituales comunes y no se aprecian incompatibilidades para respirar la misma atmósfera emocional, pero la pugna por definir la naturaleza de la relación puede ser

demasiado fuerte. El principal riesgo, si llega el desamor, es de ruptura por confrontación.

#### **Tipo II.**

Los inicios de la pareja suelen estar marcados por una fuerte excitación y una arrebatadora sensación de aventura. Se trata, probablemente, del enamoramiento más apasionado que se pueda imaginar. Pero los códigos son tan diferentes, que no es raro que se instaure la incomprensión recíproca, en el contexto de las más tempestuosas escaladas simétricas. Existe un marcado riesgo de violencia, que puede desembocar en desenlaces trágicos (Cárdenas y Ortiz, 2005).

#### **Tipo III.**

La organización complementaria y la similitud y compatibilidad de las narrativas propician unos inicios de gran paz y tranquilidad. Por regla general uno protege al otro, a la vez que éste depende del primero, aceptando ambos que la definición de la naturaleza de la relación sea responsabilidad de uno de ellos. Todos transitan terrenos conocidos y previsibles, por lo que existe poco riesgo de confrontación y, en cambio, sí de aburrimiento y desmotivación. Si se produce la separación, será más por abandono de uno de los cónyuges que no por ruptura confrontadora.

#### **Tipo IV.**

Las diferencias son tan grandes, tanto a nivel organizacional como mitológico, que estas parejas suelen ser el resultado de una relación instrumental o política. Se trata a menudo de matrimonios concertados, cuya tendencia en el desamor (que puede ser la primera etapa del ciclo de la pareja,

en ausencia de enamoramiento y de amor) es a la distanciación. El riesgo de ruptura por escaso compromiso relacional es alto, dándose de acuerdo con una lógica de repudio.

## Conclusiones

El paseo por el amor y el odio ha permitido revisar algunas de las más importantes características del amor complejo de pareja, reflexionando sobre la evolución de sus componentes cognitivos, emocionales y pragmáticos a lo largo de las cuatro grandes etapas del ciclo vital conyugal: enamoramiento, amor, desamor y litigios.

La inclusión de una tipología de parejas basada en el cruce de dos dimensiones, la organización y la mitología, ayuda a comprender algunas de las infinitas variaciones del panorama de las relaciones conyugales. Así, por ejemplo, el **tipo II** es la fórmula que aporta los casos más floridos y brillantes de enamoramiento, aunque puede desembocar en situaciones tormentosas y violentas y, eventualmente, en intensísimos litigios. El **tipo IV** es el que con más facilidad conduce al desamor, hasta el punto de que puede ser ésa su única etapa evolutiva significativa. En cuanto a los **tipos I y III**, quizás los más frecuentes, representan los ejemplos más característicos de desarrollos simétricos y complementarios, y, como tales, ilustran bien los modelos más conocidos de amor y desamor.

En definitiva, algunas ideas necesariamente parciales a propósito de un tema inagotable, sobre el que habrá que volver una y otra vez.

*Bibliografía*

- BATESON, G. (1936) Naven. *Un ceremonial Iatmul*.  
Ed. Española: Júcar Universidad, Madrid.
- CAMPO, C. y Linares, J.L. (2.002) *Sobrevivir a la pareja. Problemas y soluciones*. Planeta, Barcelona.
- CÁRDENAS, I. y Ortiz, D. (2.005) *Entre el amor y el odio. Guía práctica contra el maltrato en la pareja*. Síntesis, Madrid.
- CELA Conde, C.J. y Ayala, F.J. (2.001) *Senderos de la evolución humana*. Alianza Ed. Madrid.
- GARDNER, R.A. (1992) *The Parental Alienation Syndrome: A Guide for Mental Health and Legal Professionals*. Creative Therapeutics, Cresskill, NJ.
- GIOVANAZZI, S, y Linares, J.L. (2.007) *El síndrome del juicio de salomón: dinámicas relacionales parentales en torno a los hijos en el proceso de separación conyugal*, en *Sistemas familiares y Otros Sistemas Humanos*, Año 23– N° 1
- GOTTMAN, J. (1.995) *Por qué fracasan los matrimonios*, en *Sistemas Familiares*, nº 1 (marzo), p. 21-34.
- LINARES, J.L. y Campo, C. (2.000) *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Paidós, Barcelona.
- LINARES, J.L. (1.996) *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Paidós, Barcelona.

# Una guía para la consultoría transparente en situaciones complejas con equipos de salud y servicios sociales

GONZALO BACIGALUPE, EdD, MPH<sup>1</sup>  
UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS BOSTON

## RESUMEN

*El papel de consultor sistémico es diferente al del supervisor o del terapeuta, a pesar que en el rol de consultor con equipos de profesionales se utilizan habilidades similares a las del terapeuta relacional.*

*Este breve artículo ofrece un esquema para organizar una forma de colaboración, participativa y transparente, de consultoría en situaciones y organizaciones complejas—servicios de protección infantil y de salud primaria o atención comunitaria. Se ofrece este modelo no como un proceso normativo para el proceso de consulta. Al ofrecer una secuencia de etapas que se pueden producir en una consulta de colaboración, el autor espera que los consultores sean más responsables en sus prácticas y, por tanto, es un aporte a la evaluación y desarrollo de evidencia sistemática de las actividades de consultoría.*

*Las etapas descritas en este breve intento de sistematización de la práctica de consulta con los equipos de trabajo son:*

*(I) Presentaciones → (II) Elaboración de Significado → (III) Resonancias → (IV) Significados Alternativos → (V) Alternativas de Planificación y Ejecución → (VI) Evaluación.*

### 1. Nota del Autor:

Gonzalo Bacigalupe, EdD, MPH, es Profesor Investigador Ikerbasque en el Departamento de Psicología, Universidad de Deusto, Bilbao y es Profesor Asociado y Director Programa de Terapia Familiar, Universidad de Massachusetts de Boston E-mail: gonzalo.bacigalupe@umb.edu.

Este artículo es un versión modificada y abreviada de Mapping transparent consultations with health and protective services (2009), *Journal of Systemic Therapies*, 28(3), 77-88. El autor agradece el apoyo de la Fundación Fulbright por el apoyo prestado durante la preparación de este manuscrito.

## ABSTRACT

*Consultants have a different role from supervisors or therapists even though relational consultants use similar skills. Experienced psychotherapists have the privilege of consulting with teams of professionals. This article offers a scaffolding model to organize a collaborative, participatory, and transparent form of consultation in complex institutional settings—child protective services and community health care agencies. The scaffolding is not a normative process to the consultation process. However, offering a clear sense of the stages that occur in a collaborative consultation may make interviewers more accountable to the consultation practice and thus start construing evidence about these activities.*

*The stages described in this brief attempt at systematizing the consultation practice with teams working with families are:*

*Introductions → Meaning-Making → Resonances → Alternatives Meaning → Planning and Implementation → Evaluating.*

Por lo general, al comenzar la consulta, el diálogo entre los participantes se ha detenido, los miembros del sistema se encuentran atrapados en monólogos repetitivos de reafirmación de sus posiciones (Anderson & Goolishian, 1988). La diversidad de ideas es inexistente en este contexto, cada parte tiende a tener una visión estereotipada del otro, y no existe una forma aparente de meta-conversar de modo productivo acerca de estas dificultades. Los terapeutas, en esas situaciones, hemos sido metódicamente entrenados en provocar e invitar a una mayor variedad en el pensamiento de los miembros del sistema, no por medio de dirimir quién tiene la razón o sugiriendo alternativas, sino preguntando a las personas para centrar su atención en construcciones que pueden haber recibido escasa atención antes de la agudización del conflicto (Real, 1990).

Actuar de modo transparente en la consultoría es central en un enfoque colaborativo. Exige del consultor explicar sus intenciones durante la entrevista, implica hacer evidente los supuestos que informan las hipótesis del consultor y en el cual los procedimientos de consultoría se sustentan: las preguntas, el contexto de las reuniones, etc. Los terapeutas narrativos llaman a este proceso: situar a la persona del profesional en la intersección de los contextos políticos, institucionales y culturales (Freedman y Combs, 1996; Madigan, 1991).

La transparencia incluye un espectro amplio de discursos relacionales desde los modelos pragmáticos al de los de intenciones discursivas (Roberts, 2005). El acercamiento transparente, en la práctica, sin miedo a compartir con aquellos con los cuales estamos conversando, requiere escuchar y hacer transparente nues-

tro flujo de pensamientos evocado por la situación-problema. Sin embargo, los expertos profesionales en servicios humanos y de atención de salud tienden a tener dificultades en comprender las prácticas de transparencia. Pero desde la perspectiva del terapeuta situado, hacerle el quite a los procesos de transparencia pone en jaque la colaboración real con los que solicitan la ayuda del consultor (Monk & Gehart, 2003).

Acentuar los procesos de transparencia es particularmente esencial en el caso de la consulta con los equipos de profesionales que trabajan dentro de los servicios sociales o sistemas de servicios de salud complejos. En su mayor parte, el enfoque colaborativo de los terapeutas del lenguaje ha acentuado la capacidad de “disolver el problema” a través de la conversación con las familias y los profesionales (Anderson & Gehart, 2007), pero no con las redes institucionales, énfasis al cual se le presta atención en este artículo. En un enfoque de colaboración, la eficacia clínica se basa en la actitud, la postura o posturas emocionales “que adoptamos en relación a los clientes’ y no en una técnica específica (Madsen, 2007). Cuando hacemos una pregunta, no situando sus premisas subyacentes, la pregunta del consultor se transforma en una forma de asesoramiento escondido en una pregunta (Bacigalupe, 2000, 2003b). La transparencia, entonces, exige un intercambio honesto de lo que el consultor está pensando, más que una estrategia “curiosa” o un interrogatorio que debe conducir a un resultado estudiado.

Margarita es una niña de ocho años de edad, hija de una familia de inmigrantes salvadoreños, que asis-

te a la escuela primaria en un barrio urbano y pobre de Massachusetts. Margarita es derivada por dificultades de aprendizaje y emocionales en la escuela por un trabajador de servicios de protección infantil que ha estado trabajando con la familia después que un profesor denunció a la familia a las autoridades por sospecha de negligencia. El terapeuta le cuenta al consultor que los diferentes profesionales en los servicios de protección y de otras instituciones como la escuela no se comunican bien. El consultor le sugiere al terapeuta familiar que, como primera medida, cite a una reunión en la que todos los profesionales envueltos en la situación estén presentes. Cuando la reunión se lleva a cabo, se incluye a los trabajadores sociales, sus supervisores, el equipo de la escuela (maestros, consejeros escolares, el personal de educación especial), el abogado asignado a la familia, y el terapeuta. La organización de la reunión en sí fue una tarea compleja debido a los conflictos de horario, el espacio de reunión, y la agenda a negociar. La primera tarea del consultor es reconocer la posición privilegiada en que se encuentra y las tensiones que evoca al no tener una larga historia de lealtades institucionales o en relación al caso. La mayor parte de las veces se le percibe como un intruso, pero también como alguien que tiene la oportunidad de posicionarse de modo “neutral”. Al comenzar a hacer preguntar, el consultor debe estar atento a la percepción de los participantes que ven mi posición de consultante como “fácil”, ya que no tenía que experimentar las limitaciones de los roles institucionales impuestas *vis-à-vis*. en el caso. Ser un extraño, en consecuencia, es fuente de dificultades y privilegios,

que surgen en particular a partir de la falta de conocimiento acerca de la situación e historia institucional.

### EL ESCENARIO DE LAS CONSULTAS COMPLEJAS.

Las consultas complejas ocurren en grandes organizaciones burocráticas como los servicios de protección infantil, así como en pequeños equipos de profesionales que trabajan con familias interactuando con instituciones de salud o protección social. Es en estas organizaciones donde es común que se impongan los objetivos y resultados a las familias y sus redes de apoyo, y donde es difícil garantizar un proceso dialógico (Moore y McDonald, 2000). Como consultor sistémico, me enfrento a mis propios supuestos acerca de lo que se debe hacer o cómo se deben resolver los problemas para los cuales consulta la familia o la organización. Funcionar como un tecnólogo experto que resuelve los aspectos disfuncionales del sistema es tentador, ya que este es el discurso predominante sobre el rol del profesional sistémico. Desde la perspectiva de la colaboración, mi desafío como consultor es “no saber” (Anderson, 2001) e invitar a los distintos participantes a un diálogo desde el conocimiento local de los que consultan. *No saber* implica partir de entender el mundo desde la perspectiva del otro, entender cómo el otro construye ese entendimiento y, por ende, cómo diseña soluciones. Por supuesto que los consultores traemos a la mano paradigmas empíricos, clínicos, e interpretativos, que pueden ser simplemente distintos “prejuicios”. Una actitud participativa nos obliga a compartir ese conocimiento, al tiem-

po que relativizamos su aplicabilidad al contexto y situación específica. Sin embargo, la integración de la noción de “no saber” y las experiencias de un consultor experto provee mayor flexibilidad y una mayor probabilidad de satisfacer las necesidades del sistema en cuestión o en la disolución del problema/sistema *per se*. El papel del consultor consiste en reforzar y alimentar los elementos salutogénicos relacionales, y reconocer las habilidades y capacidades de cambio en el sistema. Excelentes ejemplos de formas de colaboración y participación en contextos institucionales difíciles y complejos se pueden encontrar en la literatura de la terapia familiar (Madsen, 2007; McGoldrick & Hardy, 2008). Intento en este trabajo desarrollar un esquema para el desarrollo de la sesión de entrevista de consulta de equipo en similares contextos institucionales complejos.

### UN ESCENARIO PERPETUO.

Todos los participantes en la consultoría tienen una historia significativa o determinante que contar y que informa sus preocupaciones. Un trabajador social se queja a su supervisor acerca del funcionamiento de la organización. Entre sus quejas se encuentra la falta de tiempo que se le dedica a su supervisión, los bajos sueldos, los siempre cambiantes y difíciles requisitos burocráticos, las rígidas reglas que dictan cómo se debe ayudar a las familias, la falta de buenos servicios a los cuales referir las familias, etc. No es difícil empatizar con sus preocupaciones porque reflejan una evaluación precisa de lo que frecuentemente los profesionales encuentran en las grandes burocracias públicas.

Si el consultor conversa con el supervisor del trabajador social, la conversación se mueve hacia el exceso de trabajo, el estrés que se sufre al tener que estar disponible para llamadas de emergencia durante los fines de semana, la innumerable cantidad de reuniones, la dificultad de mantener o contratar a personal calificado, el miedo a enfrentar a un caso que pueda aparecer en los medios de comunicación, y una sensación general de sentirse atrapado por las exigencias provenientes de los superiores y subalternos. En palabras simples, este profesional “se siente en el medio de un sándwich” o desgarrado por las demandas múltiples y contradictorias de la institución. Si el consultor tiene la oportunidad de hablar con representantes de la administración, las preocupaciones fundamentales que emergen son la productividad, los resultados, el presupuesto, y las relaciones públicas.

Los consumidores o clientes, por otra parte, se encuentran en una relación paradójica con las organizaciones destinadas a servirlos. Esto es especialmente cierto si un juez ordena la persona o familia asistir a terapia, o si la organización es una más entre las muchas que se supone están diseñadas para ayudarlos a través de una crisis o la resolución de problemas. Las familias necesitan a los servicios sociales, pero también desean que desaparezcan de sus vidas. Las familias están, además, constantemente bajo la vigilancia y demanda de otros agentes de control social, terapeutas, profesionales de la salud, etc.

Cada uno de estos posibles participantes en la consulta considera que el problema reside en el otro. Un ciclo de culpas mutuas (Paul, 1997) es,

a menudo, inevitable. Es difícil que los participantes interpreten su participación como parte del problema y fundamental para cambiar la situación y/o contexto. Los individuos con menos ingerencia en la situación, las familias y los profesionales de atención directa, se encuentran en una situación insostenible en estas interacciones repetidas y frustrantes. Para las personas con más responsabilidad y poder en la jerarquía organizacional, la percepción predominante es frecuentemente que los demás deben hacer “su trabajo y ser responsables” y las posibilidades de cooperar parecen lejanas e imposibles. La paradoja es que el consultor no sólo se enfrenta a la pregunta explícita que originalmente lo trajo a la consultoría, sino también con una estructura institucional y cultura organizacional que se enfrenta a fracasos constantes. El papel del consultor en esta situación es la de investigar y poner de relieve cómo, en el plano de las interacciones interpersonales, existe un desarrollo isomórfico de las limitaciones que reflejan la posición individual y las limitaciones institucionales (Giacomo & Weissmark, 1986; Liddle & Schwartz, 1983). Los conceptos centrales de la terapia sistémica nos ayudan a entender estos procesos sistémicos viciosos estables, y a informar un diagnóstico más allá del mecanismo de las culpas mutuas.

## **LAS ETAPAS DE CONSULTA.**

Después de analizar varias sesiones de consulta y observar a otros consultores, ha sido útil definir las distintas etapas en las cuales se estructura y evoluciona una entrevista de consultoría. Es tentador, pero también pue-

de ser engañoso, ofrecer descripciones ordenadas o esquemáticas de instancias que son, fundamentalmente, contextuales. Sin embargo, ser capaz de proporcionar a los participantes un esquema orientador antes de la reunión de consulta refuerza los procesos de colaboración. Los estudiantes en formación, los profesionales, los profesores, y supervisores clínicos también pueden beneficiarse de la utilización de un esquema similar en la organización de las sesiones de consulta. Finalmente, la utilización de un esquema evolutivo tiene como objetivo final evaluar y monitorear la efectividad del proceso de consultoría. El esquema que se sugiere aquí es sólo un mapa y no el territorio, una verdadera colaboración dará lugar al abandono de este esquema y la creación de un proceso que satisfice necesidades contextuales y locales.

### I. PRESENTACIONES.

En la primera etapa de una consulta, los participantes y el consultor son invitados a aprender de modo respetuoso acerca de sí mismos. A cada participante se le pide que se presente con nombres, funciones profesionales, y cualquier otra información que puede ser pertinente en ese momento en particular o en esas circunstancias. Es también la ocasión para investigar quiénes son los que no atendieron la entrevista. Incluir la voz de los ausentes desarrolla confianza y permite al grupo planificar futuras acciones, incorporando a todos los potenciales participantes. Al preguntar quién más podría haber asistido y que podría haber sido una voz de apoyo a los presentes, es útil combatir sentimientos de aislamiento y soledad. Esta infor-

mación sirve al consultor, más tarde, para preguntar cómo se imaginan que serían las respuestas de aquellos no presentes. Similar al enfoque de Grupo de Conferencia Familiar (Burford & Hudson, 2000; Pennell & Anderson, 2005), el consultor profundiza su conocimiento del otro en el momento de introducción, intentando que la escucha de cada participante no sólo se remita a las experiencias problemáticas, sino también a las *salutogénicas*. Un componente importante de esta etapa introductoria es identificar a un “líder natural”, una persona considerada por todos los participantes como alguien de confianza y con la cual continuarían trabajando en el futuro. Durante las presentaciones, además de describir el papel que han desempeñado hasta ese momento, a los profesionales se les pregunta cuáles son sus preocupaciones, independiente del rol específico que les toca cumplir en relación a la familia o la institución a la que pertenecen. Se les invita también a compartir una historia que puede sorprender a los demás y que quizás ellos vean sólo marginalmente relacionada con el caso. Varios de los participantes comparten historias de inmigración y las historias intergeneracionales de sus familias. En el caso de Margarita, cuando el terapeuta familiar se pregunta acerca de quién puede ser un recurso potencial pero que está ausente, nos enteramos que el hermano mayor de Margarita, fue detenido en su lugar de trabajo cuatro meses antes, acusado de no tener documentos migratorios para residir en los Estados Unidos. Varios de los participantes cuentan de sus experiencias de emigración.

El consultor también se presenta y se da paso una síntesis de por qué el

consultor ha sido invitado a facilitar esta conversación. De modo automático, en las presentaciones los participantes comienzan a hablar sobre el problema o problemas (Andersen, 1990, 1992) y el tipo de preguntas que son útiles en el inicio para fomentar responsabilidades de los participantes influyen: ¿Cómo le gustaría utilizar la sesión de hoy? ¿Qué esperan lograr en la reunión de hoy? ¿Han considerado alguna otra manera de discutir el problema? ¿Tienen algún comentario sobre lo que se ha dicho? Las preguntas en esta etapa son parte de la construcción de confianza, más que el acopio de información acerca de cada participante. Similar al objetivo de el primer encuentro con una familia en terapia, lo que espero es que cada participante se sienta escuchado, entendido y apoyado.

## II. ELABORACIÓN DE SIGNIFICADO.

La exploración de la hipótesis y los significados es la segunda fase. La situación problema puede haberse mencionado en la etapa anterior o ser parte de un informe por escrito, o uno o varios de los asistentes han narrado versiones de ella. En este momento se revisan estas narrativas. Es una etapa de la conversación en la que el consultor no solicita consensuar qué hipótesis o significado puede ser más preciso y útil. Dos clases de conversación surgen a menudo en esta etapa. El error más común en esta etapa de la conversación es apresurarse a un cierre prematuro del significado de estas narrativas. En este caso, después de escuchar un par de hipótesis o significados, la conversación comienza a canalizarse hacia corroborar una

hipótesis o añadir otras complementarias, deteniéndose la exploración de historias alternativas o explicaciones distintas a la que comienzan a dominar la conversación. En esta situación, la hipótesis se centra a menudo en un sistema o un grupo de sujetos que no están presentes en la reunión. Un segundo escenario, en esta etapa, es el choque de significados, y el consecuente silencio de aquellos con menos control, poder, o agencia. Es en estas situaciones donde el consultor interviene para facilitar el continuo desarrollo de hipótesis alternativas. Cuando la conversación se estanca, esta paralización sirve para dar pistas sobre lo que mantiene las interacciones no productivas entre los participantes o lo que impide la disolución del problema a través del diálogo. Para transformar estos intentos de cierre prematuro o desacuerdo polarizado, el consultor suavemente puede alentar a los participantes a continuar verbalizando sus ideas sin necesidad de esperar a llegar a una hipótesis definitiva que es aparentemente fácil de corroborar. El consultor sostiene, en la medida de lo posible, una forma de posición curiosa e irreverente (Cecchin, 1987; Cecchin, Lane & Ray, 1993) en la que el objetivo es especular tanto como sea posible sin cerrar la conversación.

El trabajador social y su supervisor en la oficina de protección al menor están preocupados por los informes sobre negligencia que ha enviado la profesora de Margarita. La niña ha estado llegando tarde a clase, a menudo usando la misma ropa todos los días, parece aletargada y bostezando en clase, y se aísla de las actividades de sus compañeras. Los informes que los maestros han escrito y los mensajes

telefónicos no han sido respondidos por la familia. Los malentendidos sobre el papel de los padres en relación con el sistema escolar se exploran en la entrevista con el consultor contando algunas de las experiencias de los emigrantes latinos en el contexto del sistema escolar estadounidense.

El consultor, en esta etapa, ayuda al grupo a escuchar la mayor cantidad de información posible sin necesidad de crear una hipótesis unitaria o un significado consensuado. En un contexto de respeto mutuo y con humor, el consultor facilita una apreciación inquisitiva y una auténtica relación de escucha activa de las ideas o prácticas de los participantes, que no debe quedar en puras formalidades o apariencias de respeto.

### III. RESONANCIAS.

Cuando los participantes y el consultor concuerdan en que se ha llegado a un nivel de saturación en el desarrollo de nuevas ideas (Ej. las ideas se repiten, no emergen nuevos significados), el consultor pide a los participantes que compartan sus intuiciones o “co-razonadas.” Se explora cómo el caso o situación resuena (Casement, 1991; Elkaim, 1990) con la vida personal o profesional o una situación actual o pasada que ha experimentado cada participante. Esta etapa a menudo genera los cambios más notorios en el tono de la conversación. La gente tiende a esperar su turno, a hablar con más lentitud, y hay menos interrupciones. A veces, es difícil hacer participar o que se inicie un diálogo de resonancias entre aquellos que ocupan un papel superior en la institución o tienen responsabilidades de supervisión. En mi experiencia, cualquiera

sea el que comience a abrirse y compartir sus propios sentimientos provoca una reacción de contagio. Esta etapa en sí misma no necesariamente genera nuevas ideas que directamente ayudan a resolver los problemas planteados por el caso. Es, sin embargo, una etapa significativa ya que permite enfrentar de modo colaborativo los sesgos y prejuicios de los participantes y reconocerlos como una reacción “natural” y que es posible reencuadrar al servicio de los objetivos que tiene el conjunto de participantes. Siempre es sorprendente escuchar que hay similitudes en las reacciones entre participantes que pueden haber tenido una posición opuesta sobre el caso.

El caso de Margarita movilizó entre los miembros del equipo un profundo sentimiento de frustración acerca de las restricciones que imponen las leyes de emigración recientemente instauradas por el gobierno federal, y que se oponen a una respuesta flexible y humanitaria con la cual todos los participantes parecían identificarse. Por un lado, la niña necesita un apoyo social y emocional en su casa, pero la persona que proporcionaba este apoyo estaba agobiada por las exigencias de trabajo, que se intensificaron después de la detención del proveedor. Lo que ofrecían las organizaciones de protección al menor requería condiciones familiares insostenibles debido a la acción de otras fuerzas de control social. Cualquiera de las soluciones obvias situaba a la familia y la niña en una situación emocionalmente dolorosa. El consultor proporciona al equipo, el tiempo necesario para explorar estos dilemas antes de continuar adelante.

Este proceso es a menudo más breve que el anterior y conduce a los

participantes a reconocer en la práctica la compleja idea de que el observador crea realidades. Es una suerte de intenso curso práctico en teorías socio-construccionistas. Este es un aspecto importante, porque la intención de la consultoría es examinar conjuntamente con los participantes los múltiples contextos y los sistemas de definición de la situación actual. Usualmente la constatación de que el dilema paradójico en que se encuentra la familia es similar al que se encuentran los profesionales que intentan ayudarla, genera una reacción emocional que posibilita la colaboración real entre todas las partes. Es una etapa en la que los individuos comprenden su posición dentro de un contexto más amplio, que también contiene la institución de ayuda (s) como parte del problema.

#### IV. SIGNIFICADOS ALTERNATIVOS.

La cuarta etapa es una sorpresa para los que no han sido formados dentro de una perspectiva sistémica. Se pide a los participantes reestructurar y evocar de manera positiva la situación y las acciones de las personas (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Campbell, Draper, y Crutchley, 1991). La consultoría aquí alienta un proceso de colaboración en el que todos se ven involucrados en la construcción de descripciones, connotaciones y significados, contruidos de un modo alternativo y positivo. La conversación moviliza la reestructuración y connotación positiva de los significados compartidos y las hipótesis anteriores. Como resultado, se elaboran nuevas hipótesis que son culturalmente consonantes y relacio-

nales. El descubrimiento de ideas de “desviación positiva” (Bradley y col., 2009; Cameron, Dutton, y Quinn, 2003; Pulido, et al., 2002) son fáciles de entender y adoptar en esta etapa, si los participantes han sido alentados a pensar en las excepciones al problema o en personas que podrían orientar a la familia en una dirección diferente. El consultor disuade de pensar únicamente en términos psicológicos e individualistas, y busca que todos puedan ver su propia participación como elemento intrínseco de las posibilidades y dificultades del caso. También es un momento en que los diálogos sobre la interacción de raza, sexo, y otros indicadores sociales y culturales se ponen sobre la mesa de modo explícito (Tamasase & Waldegrave, 1993). A partir de este momento, los participantes comienzan a hablar, casi de forma espontánea, acerca de otras maneras de relacionarse con la familia.

En la medida que el equipo ha debatido el contexto socio-político en el que caso de Margarita se encuentra y cómo ha afectado a su trabajo, la mayor parte del diálogo en esta etapa incluye una revisión de cómo las posibles intervenciones de los profesionales puede ser iatrogénicas o limitantes de las opciones que la familia puede elegir.

Las prácticas de colaboración se producen en un dominio intercultural que es constitutivo de cualquier consulta. El marco intercultural, como constitutivo de una consulta, proporciona una rica metáfora para describir la naturaleza del encuentro entre consultores y participantes. Las funciones más complejas de los consultores, su interacción con las instituciones, y las dinámicas que emergen en el proceso de consultoría

puede ser mejor entendidas dentro de un marco intercultural (Bacigalupe, 2003a; Bacigalupe, 2003b). Si se define la interacción de consultoría como encuentros culturales, podemos pensar en nuestra posición vis.-a-vis., los clientes y sus “lugares” y “posiciones:” sus experiencias de ser dinámicamente aquí, allá, o en el intersticio de ambas posiciones. En esta etapa, los grupos difieren en cómo quieren manejar el resto de la conversación o proceso. Si los participantes creen que pueden empezar a aplicar algunas de las soluciones conversadas en este encuentro, el consultor puede planificar una breve evaluación en lugar de avanzar hacia la fase de planificación y ejecución. Cabe enfatizar que un consultor desarrolla un estilo que es fácilmente reconocible por los que participan en el proceso de consulta y, sin embargo, no deja de ser un producto único en cada ocasión. En otras palabras, cada consultoría produciría un consultor con características diferentes.

## V. ALTERNATIVAS DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN.

En las etapas finales, el consultor invita a un diálogo sobre las diversas alternativas que existen para el futuro, y de qué manera aplicar lo que el grupo imagina como posibles soluciones o formas de disolver el problema. En los escenarios más tradicionales, los participantes desarrollan un plan específico para superar los obstáculos que originaron la consulta y, en esos casos, la programación de otra reunión podrán referirse a la revisión periódica de las situaciones difíciles, de los casos, o compromisos entre profesionales y consumidores, pacientes, o clientes.

El equipo utilizó la última parte de la consulta para delinear un informe que establecía qué tipo de apoyo requería tener la familia para que Margarita se reuniera con ellos en el corto plazo. El equipo también estuvo de acuerdo en que el apoyo a la familia implicaba apoyar a los hijos adultos encarcelados, lo cual también se traduciría en una mejor relación con la familia, además de avanzar en el caso en el tribunal de inmigración.

No importa qué tan pragmático sea el plan, esta es una ocasión en que el equipo trabaja para apreciar las innovaciones que han ocurrido o con las que el grupo de profesionales y la familia están dispuestos a comprometerse (Cooperrider, Whitney, y Stavros, 2008; Hammond, 1996). Es, también, un momento en el que el consultor puede compartir algunas de sus preocupaciones, algunas no necesariamente originadas solamente en el contexto de la conversación, sino a partir de experiencias previas del consultor en situaciones similares. Por ejemplo, puede ser el momento para plantear algunas preocupaciones acerca de cómo un discurso o persona no fue escuchada o cómo un grupo o contexto social puede haber impedido que expresen ciertas ideas o pensamientos. Estos comentarios son a menudo sobre cuestiones relacionadas con la desigualdad de género, la raza, la clase social, discapacidades, acceso, etc. En esta etapa, se consulta con los participantes acerca de cómo se debiera documentar la reunión, de modo que sirva a los objetivos que el grupo ha definido. El reporte puede tener la forma de un informe, una carta, o una invitación. Este escrito puede resumir los resultados, invitar a otros posibles participantes, servir de

referencia o como un “informe forense” para la familia, un reporte clínico para otro profesional, o de abogacía comunitaria. (Bacigalupe, 1996).

## VI. EVALUACIÓN.

Por último, los participantes y consultor deben evaluar lo que se ha logrado. El proceso del grupo y el contenido de la información (oral y escrita) son ambos considerados en esta parte de la conversación. Es un examen franco y honesto de la labor y actitud general del consultor, así como una valoración positiva de los esfuerzos de los participantes por parte del consultor. En esta etapa se toman decisiones acerca de si es necesario tener más reuniones para discutir estas cuestiones y quién más es imprescindible que participe de la conversación. Si los participantes mencionaron en la reunión quiénes no estaban allí, este es el momento para discutir cómo se incluirán en las siguientes reuniones. Esta es una sugerencia que a menudo surge de la conversación misma más que de una directriz del consultor.

## CONCLUSIÓN:

### LA TRANSPARENCIA Y LA INTERSECCIONALIDAD.

¿Cómo aprenden a actuar los profesionales como consultores dentro de un marco de colaboración? “Consulting” es, como muchos oficios profesionales, un proceso reflexivo en evolución (Schön, 1987) que requiere un proceso iterativo entre la práctica y la reflexión sobre esa práctica. La consultoría requiere un alto nivel de transparencia sobre las metodologías y nuestras posiciones epistemológicas y axiológicas. No somos espejos cris-

talinos en los cuales los participantes encuentran reflejadas de modo neutro sus experiencias. Somos parte de esa actividad y, como tales, responsables de su curso tanto como los demás participantes lo son: la consulta no es una construcción de la realidad para el otro. El espacio de consulta debería proporcionar a los participantes nuevas formas de concebir sus relaciones tanto como nuevas herramientas para remodelar los contextos sociales e institucionales que impiden el establecimiento de relaciones positivas.

Un consultor está constantemente cuestionando su papel, re-significando su identidad en lo que a veces parece una situación insostenible, y diagnosticando cuál es su posición en relación los participantes. A veces se trata de un lugar en el borde, a veces en el centro, o como un puente entre distintas posiciones, personas, o territorios institucionales. Esta búsqueda o posicionamiento es similar a los esfuerzos del inmigrante cuando intenta comprender la sociedad de acogida y la búsqueda constante de una identidad única y plástica. Ser un consultor ha sido una tarea profesional mía, pero también es mi propia experiencia como inmigrante la que me ha sido muy útil en el contexto de una consulta, especialmente en el ejercicio de una posición reflexiva.

El posicionamiento es, de hecho, la base epistemológica de varios modelos teóricos que son útiles para alejarnos de la primacía de las teorías que insisten en las agrupaciones de individuos dentro de un conjunto particular de características estáticas. Este enfoque ha cobrado sentido en mi interacción profesional con las familias de inmigrantes afectados por el trauma y la violencia ejercida desde dentro y fuera

de sus casas y los clínicos individuales y de servicios humanos de las organizaciones que trabajan con ellos. A menudo, estas son las familias que han vivido formas crónicas de abuso, negligencia, y amenazas de ruina económica, cultural y política. En estos casos, el dominio intercultural suele ser evidente para los profesionales que interactúan con estas familias, pero no necesariamente debido a que la competencia cultural no emerge simplemente en función de obvias diferencias culturales o la adscripción racial étnica de un profesional al mismo grupo étnico o racial de la familia. Sin embargo, el papel que juega la intersección de esas diferencias y la desigualdad es a menudo no examinado, es boicoteado, y evaluado con lentes psicopatológicos. En su forma más brutal, cuando los profesionales han sido entrenados para analizar las deficiencias, las habilidades profesionales sirven de modo sutil para condonar

formas abiertas de discriminación y racismo. En las formas más benignas de la socialización profesional, la sensibilidad y, en ocasiones, la celebración de la diferencia no es suficiente, porque esconde la negación o el silencio acerca de las desigualdades y el impacto pernicioso de los enfoques paternalistas hacia estas familias. La consultoría en el sistema de protección del niño y en los sistemas de salud, por ejemplo, requiere de una evaluación continua de estas dimensiones realizada por el consultor. En mi trabajo como consultor he descubierto que en mi propia evolución como inmigrante y en una identidad multicultural se encuentra una rica fuente de herramientas que sirve para entender las trampas en las cuales se encuentran las familias y las instituciones, pero también las posibles preguntas que impulsen la resolución o disolución del problema que los trae a la consultoría.

## Referencias

- ANDERSEN, T. (1990). *The reflecting team: dialogues and dialogues about the dialogues*. Broadstairs Kent UK: borgmann publishing ltd.
- ANDERSEN, T. (1992). *Relationship, language and pre-understanding in the reflecting processes*. Australian & New Zealand Journal of Family Therapy, 13, 87-91.
- ANDERSON, H. (2001). *Postmodern collaborative and person-centered therapies: What would Carl Rogers say?* Journal of Family Therapy, 23, 339-360.
- ANDERSON, H., & Gehart, D. R. (2007) (Eds.). *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge.
- ANDERSON, H., & Goolishian, H. A. (1988). *Human system as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications*. Family Process, 27, 371-393.
- BACIGALUPE, G. (1996). *Writing in therapy: A participatory approach*. Journal of Family Therapy, 18, 361-375.
- BACIGALUPE, G. (2000). *Educación y consultoría en terapia sistémica en contextos interculturales: Una visión poscolonial*. Sistemas Familiares, 16 (2), 37-48.
- BACIGALUPE, G. (2003a). *Intercultural therapy with Latino immigrants and white partners: Crossing borders coupling*. Journal of Couple and Relationship Therapy, 2(2/3), 131-149.
- BACIGALUPE, G. (2003b). *La terapia colaborativa como una práctica intercultural y poscolonial*. Terapia y Familia, 16(2), 25-37.
- BOSCOLO, L., Cecchin, G., Hoffman, L., & Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy: conversations in theory and practice*. New York, NY: Basic Books.
- BRADLEY, E.H., Curry, L.A., Ramanadhan, S., Rowe, L. Nembhard, I.M., & Krumholz, H.M. (2009). *Research in action: using positive deviance to improve quality of health care*. Implementation Science, 4:25.
- BURFORD, G., & Hudson, J. (Eds.). (2000). *Family group conferencing: New directions in community-centered child & family practice*. New York, NY: Aldine de Gruyter.
- CAMERON, K. S., Dutton, J. E., & Quinn, R. E. (2003). *Positive organizational scholarship: foundations of a new discipline* (1st ed.). San Francisco, CA: Berrett-Koehler.
- CAMPBELL, D., Draper, R., & Crutchley, E. (1991). *The Milan systemic approach to family therapy*. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 325-362). New York: Brunnel & Mazel.
- CASEMENT, P. J. (1991). *Learning from the patient*. New York: The Guilford Press.

- CECCHIN, G. (1987). *Hypothesizing, circulating, and neutrality revisited: an invitation to curiosity*. *Family Process*, 26, 405-413.
- CECCHIN, G., Lane, G., & Ray, W. (1993). *De la estrategia de la no-intervencion: Hacia la irreverencia en la practica sistematica*. *Psicoterapia y Familia*, 6(2), 7-15.
- COOPERRIDER, D. L., Whitney, D., & Stavros, J. M. (2008). *Appreciative inquiry handbook: For leaders of change* (2nd ed.). San Francisco, CA: Berrett-Koehler.
- ELKAIM, M. (1990). *If you love me, don't love me: Constructions of reality and change in family therapy*. New York: BasicBooks.
- FREEDMAN, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: W.W. Norton.
- GIACOMO, D., & Weissmark, M. (1986). *Systemic practice*. *Fam Process*, 25(4), 483-512.
- HAMMOND, S. A. (1996). *The thin book of appreciative inquiry*. Plano, TX: CSS Publishing Co.
- LAPPING, K., Marsh, D. R., Rosenbaum, J., Swedberg, E., Sternin, J., Sternin, M., et al. (2002). *The positive deviance approach: challenges and opportunities for the future*. *Food Nutr Bull*, 23(4), 130-137.
- LIDDLE, H. A., & Schwartz, R. C. (1983). *Live supervision/consultation: conceptual and pragmatic guidelines for family therapy trainers*. *Fam Process*, 22, 477-490.
- MADIGAN, S. (1991). *Discursive restraints in therapist practice: situating therapist questions in the presence of the family*. *Dulwich Centre Newsletter* 3, 13-20.
- MADSEN, W. (2007). *Collaborative therapy with multi-stressed families: From old problems to new futures*. (2nd Edition). New York, NY: Guilford Press.
- MCGOLDRICK, M., & Hardy, K. V. (2008) (Eds.). *Re-visioning family therapy: Race, culture, and gender in clinical practice* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- MONK, G., & Gehart, D. R. (2003). *Sociopolitical activist or conversational partner? Distinguishing the position of the therapist in narrative and collaborative therapies*. *Family Process*, 42, 19-30.
- MOORE, D., & McDonald, J. (2000). *Guiding principles of the conferencing process*. In G. Burford & J. Hudson (Eds.), *Family group conferencing: New directions in community-centered child & family practice* (pp. 49-57). New York.
- PAUL, M. (1997). *Moving from blame to accountability*. *The Systems Thinker*, 8(1), 1-6.
- PENNEL, J., & Anderson, G. R. (2005). *Widening the circle: the practice and evaluation of family group conferencing with children, youths, and their families*. Washington, DC: NASW Press, National Association of Social Workers.

- REAL, T. (1990). *The therapeutic use of self in constructionist/systemic therapy*. Family Process, 29, 255-271.
- ROBERTS, J. (2005). *Transparency and self-disclosure in family therapy: dangers and possibilities*. Family Process, 44, 45-63.
- SCHON, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. New York: Basic Books.
- TAMASASE, & Waldegrave, C. (1993). *Cultural and gender accountability in the "just therapy" approach*. Journal of Feminist Family Therapy, 5(2), 29-45.



# La violencia familiar en la encrucijada entre terapia, mediación y justicia

LIA MASTROPAOLO<sup>1</sup>

## RESUMEN

*La autora relata su experiencia como terapeuta y mediadora en el servicio público, y, a través de un caso extremo, destaca la importancia para los técnicos de no perpetuar la “espiral de violencia” con intervenciones reductivas, y por el contrario, analizar la complejidad de las relaciones: no intervenir sobre problemas relacionales que están en el origen de comportamientos violentos, genera el riesgo de alimentar un epicentro de violencia que se reproduce de otras formas.*

*Refleja con una óptica circular sobre el origen del comportamiento violento y sobre cuales intervenciones realizar alrededor de la problematicidad y del sufrimiento de los actores del evento violento, pasando de la linealidad víctima-culpable a la complejidad relacional de lo acaecido.*

*La autora ofrece una relectura sistémica del fenómeno de la violencia y describe las dos intervenciones formalizadas por la Escuela Genovesa:*

*a) “Intervención para el cambio” para casos con una medida de custodia para el servicio. Se trata de una metodología específica desarrollada durante años de experiencia con los tribunales y las familias, que partiendo de una “derivación forzosa” hecha por el Juez al Servicio o a un perito de situaciones judiciales, actúa para transformar un contexto de peritaje en un recorrido hacia el cambio de las relaciones, afrontando las problemáticas que han determinado la violencia.*

1 Psicóloga, psicoterapeuta, directora de la Scuola Genovese di Mediazione e Counselling Sistémico y codirectora del Centro Genovese di Terapia della Famiglia. Es miembro SIPPR, SIIRTS, EFTA. Socia fundadora del S.I.M.E.F. y del Forum Europeo. Docente de la UNED (Universidad a Distancia de Madrid), Universidad Autónoma de Barcelona -Hospital de Sant Pau en el Master de Coaching Sistémico, profesor responsable de Mediación Familiar Università di Genova Specialistica “Direzione Sociale”-Giurisprudenza. Desde 1975 a 2002 ha trabajado en el Servicio Público; responsable del Centro Specialistico di Terapia della Famiglia y del Centro di Mediazione, consultora del Ayuntamiento en el Centro histórico de Genova. liamastro@tin.it; www.scuolagenovese.org Es autora y co-autora de publicaciones en italiano, español e inglés. Agradecimientos a Juan Luis Linares y a Gabriela Gaspari con quienes he compartido en los últimos años un estimulante y vivaz debate sobre las reflexiones teóricas.

b) *“Intervención preventiva” cuando todavía no hay una denuncia, pero el Servicio tiene conocimiento de una situación de violencia, presunta o no, y el problema es decidir qué hacer. Nos centramos en una cuidadosa evaluación y en un diagnóstico y pronóstico específicos del riesgo de violencia y de las intervenciones menos dañinas. Se evalúa si el riesgo de violencia puede ser contenido y si en un clima más liberado de la autoridad judicial, sería posible trabajar sobre la patología de la relación y hacer un tratamiento al maltratante y al núcleo familiar.*

*A través del relato de dos casos, la autora ilustra la metodología de la escuela genovesa*

#### ABSTRACT

*The author relates her own experience as therapist and mediator in the public service, and, through a borderline case, she emphasizes how important is for the technicians not to perpetuate the “spiral of violence” with reductive participations but, to analyze the complexity of the relations: by not to taking part on relational problema, that are to the origin of violent behaviors, will risk to feed a “fire” that will take other forms.*

*It reflects with a circular optical on the origin of the violent behavior and on which intervention to act about the problematic problem and the suffering of the actors in the violent event, passing from the linearity guilty-victim to the relational complexity of the event. The author gives to a sistemic re reading of the phenomenon violence and describes the two interventions according to the Genovese School:*

a) *“intervention for the change” for cases in wich the service is taking in charge the family. It is a methodology elaborated through years of experience with Courts and families who, starting from a ”forced sending” of the Judge to the Service or to a Expert survey of legal situations, it acts in order to transform the export survey in a path of change by facing the problematic relation that caused violence.*

b) *“precautionary intervention” when there’s no legal report but the Service notices a situation of violence, presumed or not, and the problem is to decide what to make. Diagnosis and prognosis of the risk of smaller violence and the damage are focused us on a careful appraisal and a detail. Estimating if the risk of violence is manageable and, in a easier mood, free from legal authority, is possible a job focused on the pathology of the relation and a treatment of the violent person and his family. Through the history of two cases the author illustrates the methodology of the Genovese School.*

## ¿LA ELECCIÓN DEL ALEJAMIENTO ES UNA “MEDIDA ÚNICA Y RESOLUTIVA”?

Cuanto las trágicas vicisitudes de la familia Brà, atendida por mí hace muchos años, como “psicóloga novata”, junto con una asistente social. En aquella época, el tribunal nos remitió a dos niños ingresados en un hospital, por golpes y maltratos sufridos a manos de sus padres, que presentaban graves problemáticas de tipo psicológico y social. El Servicio, después de profundizar en el caso y de poner en evidencia su gravedad, decidió efectuar una intervención de tutela con el inmediato alejamiento de los niños, que fueron confiados a una familia del programa de adopción.

Entre tanto, conseguimos mantener las relaciones con los chiquillos y con la familia tutora, pero no con los padres naturales, que nunca se presentaban a los encuentros fijados, sino que irrumpían ocasionalmente en el Servicio amenazándonos de palabra y hecho. Después de algún tiempo, los periódicos locales publicaron la noticia de que el tercer hijo de los señores Brà, nacido en el ínterin, había sido hallado muerto a causa de la desidia de los padres.

Propongo este caso límite por sus características extremas, para demostrar que la elección del alejamiento, necesaria y compartible, ha protegido de la violencia a los dos hermanos, pero la intervención, en su conjunto, ha resultado ineficaz y reduccionista al interrumpir el mecanismo de la violencia de “aquella familia”. En efecto, al no abordar las problemáticas subyacentes a los comportamientos de los padres y no plantear una

relación terapéutica con ellos, no se ha desactivado, sino que se ha dejado explotar este complejo “dispositivo de relojería”, ya presente en la familia y destinado antes o después a golpear.

La violencia se perpetúa en una escalada que “presenta como candidatos a nuevas víctimas”.

## “¿QUÉ ES LA VIOLENCIA? ¿CÓMO SE PUEDE INTERVENIR PARA QUE NO SE PERPETÚE COMO UNA ESPIRAL SIN FIN?”

La no intervención sobre los problemas de relación que están en el origen de los comportamientos violentos, corre el riesgo de alimentar un foco que se reproduce de otras formas. En el caso de la familia Brà, los padres acabaron expresando su violencia con el tercer hijo. En otros casos, los hijos que, de pequeños, han sufrido malos tratos, de adultos se han convertido en padres maltratadores.

Parece evidente entonces que, para detener esta espiral de violencia, no podemos limitarnos a separar al culpable de la víctima, porque esta medida no es en absoluto resolutive, e identificar el problema de la violencia con las medidas de protección del menor es extremadamente reduccionista. A menudo, todas las vicisitudes y sus protagonistas son enmarcados en una óptica lineal y dicotómica: el foco se centra, por una parte, sobre quien ha sufrido la violencia, por la otra, sobre quien la ha provocado. De este modo, se crea una inmediata fractura en el sistema y se identifican dos polos, que no deben volver a encontrarse absolutamente y que seguirán recorridos paralelos, caracterizados por intervenciones separadas, dirigidas al “violento”, con la activación del siste-

ma judicial, dirigidas al “violentado”, con la activación del sistema de protección y apoyo.

En cambio, según una óptica circular, que hace referencia a la teoría de la complejidad y de los sistemas, reflexionar sobre qué intervenciones realizar sobre la problemática y el sufrimiento que presentan los actores del hecho violento permite pasar de la linealidad víctima-culpable a la complejidad relacional de lo ocurrido.

Es evidente que hay diferencia entre la relación violenta ocasional, en que la víctima y el agresor entran en contacto durante un tiempo limitado, y la relación violenta en el interior de la familia, que es el lugar de los afec-

tos y de las relaciones que continúan incluso cuando hay una fractura representada por la violencia.

Entiendo la violencia doméstica como una manifestación de una desazón que une a víctima y agresor, expresión de un malestar que caracteriza a algunos contextos familiares, donde la violencia se convierte en la única manera de comunicarse y relacionarse.

También los técnicos, en su actuación, reflejan el modo de entender y de conceptualizar la violencia, y, según la epistemología que los guía, amplifican medidas de protección y de control o medidas de curación y de cambio.

## LA ESPIRAL DE LA VIOLENCIA

La espiral de la violencia  
Juicio negativo  
Aumento del miedo  
Miedo  
Comportamiento violento

### LA ESPIRAL DE LA VIOLENCIA: EL MIEDO.

La representación de la relación violenta que me parece más adecuada dibuja una espiral, es como el ojo de un ciclón en cuyo centro está el “miedo”. El miedo desencadena un “comportamiento violento” que induce un “juicio negativo” y acaba por determinar un “aumento del miedo”.

Detrás de la expresión violenta está el miedo. Una persona violenta es una persona espantada, que ha deduci-

do de las propias experiencias, construidas y repetidas en el tiempo, la percepción de “sentirse amenazado”, aunque no siempre esta sensación corresponde a una experiencia realmente vivida.

El miedo es la otra cara de la violencia, el uso de la violencia calma cualquier miedo. Por ejemplo, el miedo a ser engañados hace que se nos imponga el miedo de ser incapaces, aquél a no saber manejar las situaciones hace que ejercitemos por la fuerza el propio poder: el padre es violento

cuando teme no ser un buen padre, el marido cuando tiene miedo de ser abandonado y los celos se convierten en agresión.

Sorprende cómo la persona violenta, el abusador, cuando está con la espalda en la pared y no puede negar haber cometido una violencia, se defiende afirmando que fue su víctima quien lo sedujo: “Es lo que quería”. El violento y el abusador leen en el otro un comportamiento provocador, hasta el punto de sostener que su gesto ha sido instigado por la víctima. Nuestra inmediata reacción es la de sentir horror y desconcierto, pensamos que nos encontramos ante un “delincuente”: entramos comprensiblemente en la lógica del juicio. Si, por el contrario, decidimos tomar en consideración cuanto sostiene el violento, nos percatamos de que cree en lo que dice.

### **LA ESPIRAL DE LA VIOLENCIA: EL JUICIO.**

El nudo del problema es lograr comprender las motivaciones que inducen al violento a no darse cuenta de lo que ha cometido; al sostener que el culpable es el otro, parece referirse a una construcción distorsionada de la realidad, en la cual, no obstante, cree con firmeza y convicción. Si nos mantenemos en la posición de juicio y castigo perpetuamos la violencia, el juicio negativo no lleva al violento a entender qué hay de equivocado en su comportamiento, sino qué lo hace sentirse atacado y malinterpretado. Es precisamente sobre esta construcción de la realidad que edifica su autodefensa.

Sólo la elaboración del significado profundo de ese comportamiento permite abrir, en cambio, el camino a

la comprensión y al conocimiento, e interrumpir la espiral de la violencia. El violento está convencido de que se halla en lo correcto; al contrario, es él quien se siente amenazado y atacado. Situándonos como jueces inflexibles, nunca llegaremos a trabajar sobre un proyecto de recuperación.

El agresor se cuenta una historia que desplaza la responsabilidad sobre la víctima y, al hacerlo, se preserva de la posibilidad de tomar en consideración el propio miedo y de afrontarlo, y evita los espacios para el proceso de elaboración.

Por eso, mi objetivo es precisamente aquel de hacer que estas personas lleguen a elaborar una historia en la que esté incluido su miedo.

Por otra parte, estos fenómenos, fuertes y comprometedores, a menudo suscitan también en los técnicos reacciones emocionales intensas, que tocan sentimientos profundos y, para salir de una visión lineal, es necesario un mayor esfuerzo que en otras temáticas. Por eso es fundamental que los operadores reconozcan sus sentimientos sobre la violencia y ajusten las cuentas con sus prejuicios, tanto los individuales y culturales como con aquellos que están en la base de su elección profesional.

### **LA ESPIRAL DE LA VIOLENCIA: LA ATRACCIÓN DE LOS OPUESTOS.**

En el trabajo con personas violentas es necesario tener en cuenta varias versiones a la vez. (Hago referencia a la “doble descripción” de Bateson o a la “imbricación entre niveles” de Varela para rediseñar el sistema bajo una nueva luz.) Si el técnico no es consciente de que se encuentra jugando con los opuestos y se “pega” a una

sola verdad, considerándola absoluta, se convierte también él en violento. Considerar ambas posiciones es un modo de no ser violentos, comprenderlas sin necesariamente elegir lleva a buscar una tercera solución.

Adherirse a una verdad es la base del prejuicio, pero es “un modo de masacrarse a sí mismos y de masacrar a los demás”. No es posible no tener prejuicios: permiten una economía de pensamiento, representan un modo de categorizar hechos, situaciones e individuos similares, poseen una función social. La obstinada rigidez y un uso del prejuicio como única modalidad de razonamiento, lo hacen deletéreo y peligroso.

Trabajando con fenómenos de violencia, suspender durante un momento el juicio, concediendo un igual margen de credibilidad a ambos opuestos, es el modo de no volvernos, a nuestra vez, violentos. Para buscar una tercera solución y abrir el camino a la comprensión es preciso evitar elegir entre uno y otro polo.

### **LA ESPIRAL DE LA VIOLENCIA: CONTEXTO SOCIAL, PODER Y CONTROL.**

Un contexto social rígido se convierte en juzgante y maneja el prejuicio a través del control, impidiendo que el violento tenga la percepción del “meollo” de su problema. También el violento comparte los prejuicios sociales. Se activa así un mecanismo por el que el control social cierra las vías de acceso a los recorridos de conocimiento para quien tiene un problema de manejo de la agresividad, y refuerza su incapacidad para percibir la parte espantada de sí mismo. El violento que no toma conciencia de sí mismo y de la propia

acción, niega aquel comportamiento que ha sido perjudicial para sí mismo y para los demás, y tampoco está en condiciones de sentir compasión por sí mismo.

Es relevante darse cuenta y aceptar que ninguno de nosotros está libre de la posibilidad de poner en práctica un comportamiento violento y todos nosotros, en determinadas circunstancias, podemos tener potencialmente un comportamiento violento: así se echa por tierra la convicción de que el mundo está dividido entre personas violentas y no violentas. Todos tenemos un umbral: hay quien lo tiene más alto y sólido; quien más bajo y frágil, pero todos más allá de ese umbral podemos volvernos violentos. El punto nodal está en la percepción del límite, identificando a tiempo aquello que para el umbral representa una amenaza. Cuando la violencia está circunscrita a un episodio, la persona reconoce la propia agresividad y toma distancia de ella. Otros tipos de comportamiento violento, en cambio, exigen que quien los lleva a cabo detente un cierto poder. Cualquiera que haya cometido actos de violencia advierte dentro de sí la necesidad de estar “del lado correcto”. Es así que “poder” y “control” se convierten en los “protagonistas” de sus historias y dan a sus ojos un sentido de su actuación: es un poco como si fueran los “garantes” de la manera de contarse de los violentos.

Las dinámicas de poder, leídas de manera lineal, se presentan con el rostro de realidades inaccesibles e inaceptables. Su lectura se convierte, en cambio, en portadora de sentido si es introducida en un proceso circular, que tiene en cuenta el tiempo (presente, pasado, futuro), los hechos,

la historia y la dirección emprendida por los sujetos que eligen formar parte de ellos, técnicos incluidos.

Contexto, roles y cultura: todo legible en términos de relación circular. Esta óptica amplía la mirada a nuevas profundidades, a diversas perspectivas a través de las cuales conseguimos acercarnos al poder y asistir al surgimiento de nuevas facetas.

Lo que hace difícil trabajar con organizaciones, sean empresas o familias, es tocar la estructura organizativa del poder y verificar que, de costumbre, quien más se enfada es quien no tiene poder. Estas dinámicas aparecen claras en las sociedades de estructura patriarcal en la relación varón/mujer donde, por ejemplo en los países islámicos, quien más se opone a un discurso feminista son precisamente las mujeres, porque pierden las ventajas del harén, que es su estructura de referencia. Así el infanticidio de las niñas en China es cometido sobre todo por las madres, porque para ellas el varón es garante de “quien se ocupará de ellas”, mientras que las mujeres, que irán a formar parte de otra estructura familiar, no tendrán esta posibilidad. Trabajando con redes sociales que presentan vínculos de poder y, en consecuencia, áreas críticas en las relaciones, es preciso obrar sobre los procesos de reconocimiento para pasar a las relaciones afectivas, a las emociones y a las dinámicas entre las personas, para definir la relación de una manera auténtica. En cierto sentido se puede resumir este concepto con la ecuación:

CRISIS: CONTEXTO
=
PODER: RELACIÓN

En los campos de exterminio, durante la Segunda Guerra Mundial, los nazis eran sostenidos por ideología y poder. Si no hubieran tenido el apoyo de semejante contexto, con toda probabilidad se habrían comportado de otra manera. Habrían sido violentos, pero no a semejante escala. Testimonios de los hijos sobre la vida privada de los jefes nazis parecen dar valor a esta hipótesis: en el contexto familiar eran consideradas por sus hijos “personas normales”, muy alejados de esos “monstruos” en los que se convertían dentro de los campos de concentración.

El juicio respecto de la violencia está indudablemente influido por el impacto emocional suscitado por ella (es mayor, por ejemplo, en sujetos extremadamente sensibles).

El riesgo subyacente es dar un juicio invalidado por el prejuicio. Para evitar que esto suceda, es preciso recordar que el agresivo es aquel que entra en la espiral de la violencia. La falta de reconocimiento de los propios prejuicios nos arrastrará inevitablemente también a nosotros, los operadores, a la misma espiral.

## RELECTURA DE LA VIOLENCIA EN CLAVE SISTÉMICA.

¿Qué es la violencia, el denominado “mal”?

Esta pregunta nos devuelve a la elección entre las dos posiciones ideológicas que han atravesado la historia del pensamiento sobre la violencia, y que han determinado la actitud y las intervenciones respecto de él.

¿Debemos concebir la violencia como algo inherente y propio de la naturaleza humana, como el mítico pecado original, o como algo que se

origina de una deformación de las naturales inclinaciones humanas?

Linares lo define como un fenómeno típicamente humano, retomando un concepto de Maturana, que considera: *“Los seres humanos son animales amorosos hasta el punto de enfermarse cuando se quedan sin amor”*. *“El maltrato es la primera y más directa consecuencia de la interferencia del poder sobre el amor. El ser humano maltrata cuando no se siente amado y cuando está más interesado en dominar que en amar, estableciendo una cadena sin fin, en la cual la víctima de hoy es el maltratador de mañana.”* Todos podemos encontrarnos en la condición de maltratar o de ser violentos con los demás. Ser un “animal maltratador” tiene como corolario la idea de que, antes o después, todos incurriremos en semejantes modalidades, sobre todo respecto de las personas más cercanas a nosotros, aquellas que forman parte de nuestra vida. Algunos pueden haberse manchado con delitos, pero “todos, al ser responsables de las propias acciones, son protagonistas de los dramas humanos y por eso merecen consideración y respeto. Es en este plano donde debe situarse el terapeuta”.

Aceptar la violencia no quiere decir legitimarla, sino reconocer sus presupuestos.

A menudo se hace una distinción entre maltrato físico y psicológico, pero en la realidad esta distinción resulta efímera. En efecto, las dos tipologías están estrechamente conectadas: el maltrato físico encuentra su posibilidad de existir sólo en el concepto de maltrato psicológico.

Alguien ha connotado la violencia sexual como una forma agresiva típicamente masculina; en cambio, la

violencia no está necesariamente ligada al género; une a ambos, hombres y mujeres, porque de ella forman parte también modalidades como desidia, negligencia y, justamente, maltrato psicológico.

El maltrato es un fenómeno interactivo; encuentra sus raíces en la relación entre el uno y el otro. La violencia adquiere significado y se convierte en explicable sólo comprendiendo el contexto y este “juego de las partes”. Es posible que, restableciendo una situación de amor, cese la violencia.

El maltrato no debe ser identificado, pues, como una dimensión de lo “satánico”, no como masculino o bestial, sino como parte de la condición humana cuando se interrumpe el amor. El maltratador es una persona que se siente débil y sin poder: el ejercicio del poder de otros sobre él, aunque se trate de quien debería ocuparse de ellos, tiene como único resultado el reforzamiento de su problema.

Desde esta óptica se vuelve fundamental, para los operadores que trabajan con estas personas, liberarse del prejuicio de tener que vérselas con unos “monstruos”, para no excluir de inmediato cualquier posibilidad de reconstruir la relación. Sólo si se tienen en consideración las dos hipótesis, “Los violentos no son monstruos” y “La relación puede ser modificada”, es posible razonar sobre la posibilidad o no de alejar a los hijos.

Esto es lo que quiero decir: cuando hablo de “hacer una diagnosis sobre la viabilidad de una intervención terapéutica”, hablo de transformación de la relación.

Como sostiene Selvini-Palazzoli et al.,<sup>24</sup> los padres que no son satanizados y animalizados o perseguidos como delincuentes, a menudo pueden

aceptar sus errores y trabajar para remediarlos”.

### LA EPISTEMOLOGÍA DE LA ESCUELA GENOVESA SOBRE LA VIOLENCIA.

En la construcción de mi modo de entender y de trabajar sobre la violencia fue determinante la experiencia en el Servicio Público de Génova, donde, ya desde finales de los años setenta, dedicada a la integración de los servicios sociales y sanitarios para la familia, me ocupaba no sólo de terapia, sino también de los casos remitidos por el Tribunal: del muchacho delincuente, a la madre drogodependiente, hasta situaciones altamente conflictivas de parejas en crisis y de violencia familiar. La utilización de la óptica sistémica ha funcionado de fondo, como lente, como metateoría, y me ha hecho llevar a término algunas investigaciones específicas sobre “cómo trabajar en contextos no estrictamente terapéuticos” con perspectiva circular. Una primera investigación sobre los contextos institucionales y una segunda investigación, en la que formalizaba una nueva metodología a la que he llamado “intervención para el cambio”, que tiene la finalidad de transformar el encargo de peritaje y de diagnosis en un recorrido de cambio de las relaciones familiares y de superación de los conflictos o de los malestares, a pesar de los vínculos iniciales de la remisión “coactiva”<sup>3</sup>.

### LA INFLEXIÓN SOBRE LA VIOLENCIA.

En el artículo de 1989, publicado en la revista “Ecologia della mente”<sup>4</sup>, escribía: *“En los casos de remisión al Servicio de niños maltratados, a menudo se trata de situaciones de violencia sólo presunta, pero aún no comprobada. Esto da una marca de contexto distinta respecto de la remisión coactiva con denuncia, porque da al técnico un espacio que puede usar, no tanto para comprobar la credibilidad de las sospechas, sino como tiempo intermedio que utilizar más constructivamente para empuñar a la familia, ayudándola a superar las dificultades relacionales que están en el origen del trastorno y de la crisis. Se tienen, por tanto, un espacio y un tiempo en que considerar la violencia, sí, como síntoma grave, pero en el fondo no diferente de la anorexia o de la esquizofrenia o del suicidio (aunque este síntoma nos repele más que otros precisamente porque está abiertamente contra otros).*

*“Darse un tiempo de evolución” significa “darse un tiempo terapéutico” en que, o se alcanza un fin, o se sanciona la incapacidad del binomio terapeuta/familia, más allá del cual al operador no le queda más que “tirar la toalla” y aceptar el fracaso. A partir de aquí entra la ley.”*

Respecto de estos presupuestos, sobre la temática del maltrato y el abuso, MI ELECCIÓN NO FUE construir un centro superespecializado que se

2. *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Raffaele Cortina, Milán, 1998.

3. L. Mastropaolo, “Ridefinire la coazione: terapeuta sistemico e tribunale”, en “Ecologia della mente”, nº34, de 1989.

4. L. Mastropaolo, “Ridefinire la coazione: terapeuta sistemico e tribunale”.

ocupara de la violencia, el maltrato y el abuso, sino más bien construir una intervención superespecializada que permaneciera en el ámbito del territorio y que aprovechara la riqueza de los diversos servicios, capaz de coordinar las múltiples competencias y las profesionalidades a disposición e integrar en un único proyecto orientado intervenciones complejas y diversificadas.

Así, se ha definido cada vez más el modelo de la Escuela Genovesa, que utiliza una clave de lectura sistémica y que se centra en la función del técnico y el terapeuta, identificando campos de competencia y de aproximación diferentes de aquellos que necesariamente la Ley, con sus órganos, debe proteger; desgranando la mezcla, se puede salvar una fructífera autonomía que concreta y especifica cada una de las dos intervenciones.

Entonces, desde nuestro punto de vista, consideramos el maltrato o la violencia sobre niños y adolescentes como la expresión de una desazón, como una modalidad comunicativa que, en algunas familias, se convierte en el único modo de relacionarse y revela la imposibilidad de utilizar canales comunicativos diferentes y evolutivos respecto de las relaciones. En otras palabras, es la expresión de un malestar que une a la víctima y al agresor, equiparando roles y responsabilidades. Estos presupuestos reoculan al niño maltratado, violentado o abusado en su contexto relacional e intentan superar esa lógica lineal que, debatiéndose entre víctima y agresor, bloquea los posibles cambios de las relaciones familiares.

Es reduccionista e inmovilizador concentrarse sobre el niño en el rol de víctima pasiva y unívoca; más bien, debe ser considerado el sistema que

se estructura a su alrededor, porque expresa un malestar mucho más complejo de cuanto parece en una valoración superficial:

- > Los niños a menudo viven como una culpa el maltrato sufrido, del que, por tanto, se sienten responsables, dando un vuelco, así, al rol de los padres, únicos responsables reales.
- > Los padres o los familiares maltratadores a menudo han sufrido, a su vez, en el pasado, esta modalidad relacional, que no están en condiciones de evitar proponer de nuevo a sus hijos.
- > Los familiares que callan, que no se percatan y que consienten el maltrato son responsables de la dinámica de la violencia.

En estos términos, se hace evidente cómo la complejidad de las relaciones humanas hace del maltrato, como también de otras manifestaciones de desazón, un enredo de responsabilidades. Si éstas son abordadas únicamente como identificación del culpable, fracasan, porque no alteran la estructura de las relaciones mismas.

¿Cuál es el rol y la tarea del terapeuta que se mueve sobre este delicado terreno? Desde luego, es distinto de aquel de quien es garante de la ley y de quien tiene la misión de juzgar.

El terapeuta es, más bien, el responsable de una intervención que se plantea como finalidad la prevención y la curación del malestar. Pero quien expresa malestar no es exclusivamente la "víctima de hoy", sino también el maltratador, es decir, la "víctima de ayer". Es por esta razón que, para ayudar al niño, puede no ser suficiente el alejamiento de su persegui-

dor. Al contrario, es preciso trabajar con el niño o el adolescente sobre su experiencia no resuelta de víctima y sobre su relación con el agresor, sobre todo si se trata de una persona significativa, que pertenece a su contexto vital. Para alcanzar estos objetivos, el terapeuta también puede valorar que es mejor no separar al maltratado del maltratador. Por supuesto, se trata de una decisión delicada, que presupone una pesada carga de responsabilidad, pero no es muy distinta de aquella que el terapeuta asume cuando trabaja con un paciente con riesgo de suicidio. Si, con Linares, leo la violencia como una desazón que surge de una interrupción del amor, el terapeuta entonces debe ocuparse del violento como de otras patologías de un paciente designado.

### **LAS INTERVENCIONES DIFERENCIADAS DE LA ESCUELA GENOVESA.**

En los casos de violencia, abuso y maltrato, nuestra metodología no prevé una respuesta única, sino algunas intervenciones diferentes, que utilizar según la gravedad y las modalidades con que se manifiestan los comportamientos violentos. Hay casos en que es necesaria, en primera instancia, una derivación y un alejamiento, pero hay situaciones en que se puede abrir un espacio de intervención distinto.

La construcción de la intervención depende de una serie de variables:

- > La gravedad del caso;
- > El tiempo durante el cual se prolonga la manifestación de malestar;
- > La valoración de las posibilidades de cambio del sistema-familia.

Depende también del contexto institucional que ofrece el marco de referencia de la situación y del tipo de Entidades o de agencias que son llamadas a intervenir, en primer término: es distinto si, en primera instancia, se encarga un Servicio que se ocupa de adultos o un Servicio que se ocupa de niños porque éste da una marca de contexto que diferencia la intervención, como también es distinto si está implicada o no la Autoridad judicial.

### **A/ “INTERVENCIÓN PARA EL CAMBIO”: para los casos indicados por el Servicio o por el Tribunal con otorgamiento de tutela al Servicio.**

Se trata de casos en los que el maltrato se ha vuelto casi crónico en el tiempo, no es un episodio agudo y en estado inicial. En general, hay una providencia del Juez del Tribunal de Menores o de la Fiscalía o del Tribunal de Apelación. En estas situaciones, hay una remisión al Servicio con providencia que define ya la frecuentación o el alejamiento de los hijos de uno o ambos padres.

La ya producida implicación de la autoridad judicial, en los casos de violencia, maltrato o abuso, es significativa de una red institucional que ha detectado la culpabilidad y puesto en práctica mecanismos de juicio.

Estos casos, al final de los años setenta, eran tratados con una intervención de tipo diagnóstico y de asesoramiento al Juez.

Desde entonces, las reflexiones del Grupo Genovés sobre esta problemática han determinado una investigación sobre los sistemas implicados, de análisis de los contextos institu-

cionales, Tribunales-Servicio, y análisis de la relación Servicio-Familias, que se basa en la necesidad de centrar la atención en la aceptación de una “remisión coactiva” del Juez y de su superación, más que en la “terapia coactiva” como en otras experiencias, también significativas, que nacían en Italia en el mismo período, pero que no nacían en servicios territoriales y que privilegiaban una forma centralizada, una estructura de Centro superespecializado que se ocupaba de la Violencia, el Maltrato y el Abuso.

La investigación de la Escuela Genovesa ha llevado a la construcción de una intervención específica, estructurada y articulada que aprovecha, a la vez, los recursos territoriales y especializados, típicos de la riqueza de los Servicios, y que, aceptando la marca de contexto de “remisión obligada por el Juez”, redefine la relación con la familia, con el agresor y con la víctima. A través de una especie de “pacto con el diablo”: “¿Cómo es que un juez ha decidido quitarnos la patria potestad?”, se procede (hayan sido los hijos alejados o no de los padres), incluso en un contexto claro, proponiendo un recorrido a las familias para utilizar el tiempo dado por el juez, en vez de para una diagnosis del padre maltratador, para abordar juntos las problemáticas que han determinado el maltrato, para superar la relación patológica y recobrar la propia capacidad paterna. A través de un enganche introducimos la idea de que las personas pueden cambiar y que, si aceptan el proyecto, pueden intentar cambiar sus relaciones, pero también aceptan el riesgo de que, si fracasan, no pueden más que compartir la intervención de la ley. Es una idea fuerte y poderosa, que da al usuario una imagen distinta

de aquella que, en general, proporcionan los servicios. Además, nos permite tanto a nosotros como a ellos salir de la dicotomía servicio-perseguidor, usuario-víctima. En general, las familias aceptan el pacto y se involucran sacando a la luz los problemas. A esta intervención la he llamado “intervención para el cambio”. (Véanse artículos en la bibliografía.)

El Tribunal ha identificado en ésta una metodología útil para transformar el envío del Juez de la familia en crisis de forma obligada, en una potencialidad para la familia misma de retomar un diálogo constructivo para superar malestares y conflictos en función de un rol paterno.

#### **LA “INTERVENCIÓN PARA EL CAMBIO”: EL CASO DE LA FAMILIA MALIBÚ.**

Cuando la familia Malibú llegó a los Servicios, el Tribunal de menores les había quitado la tutela de la más pequeña de sus tres hijas, recién nacida, encargando al Servicio que verificara si esta medida era necesaria también para las otras dos hijas, de 9 y 10 años, por golpes y comportamientos violentos del padre y por problemáticas psicológicas de la madre. Los padres se presentaron en el Servicio, irrumpiendo con prepotencia y arrogancia, expresando toda su rabia y agresividad hacia las instituciones. El padre en particular, con la actitud de quien ha sufrido una afrenta atroz, se proponía como “un camorrista que debe hacerse respetar”, nos atacaba a nosotros, los operadores, y creía realmente en la historia que contaba: “Él, un buen padre, ha visto que le retiraban a sus tres hijas, una del todo y dos enviadas a una institución”. El Juez le había

sido hostil y se había equivocado en su valoración: “Nos ha juzgado unos pésimos padres, cuando nuestras hijas son la luz de nuestros ojos”. La madre, que hacía tiempo sufría de depresión, mostraba una actitud temerosa y sometida a su marido, a la vez se animaba apoyándolo contra nosotros y el juez. Su relación era oscilante: un grave conflicto entre ellos los llevaba a menudo a golpearse violentamente, la mujer se alejaba durante breves períodos, pero a pesar del esfuerzo de los servicios precedentes, como la asociación de “Mujeres Maltratadas”, que le ofrecía hospitalidad en la comunidad, “siempre volvía con su hombre”.

El primer paso fue tratar de salir del pulso entre los padres y el Tribunal-Servicio, considerado como “sua longa manus”, es decir, desde la lógica “¿quién es el culpable, quién es más violento, el padre o la institución?”

La asistente social y yo nos remitimos a un dato de hecho: la tercera hija ya había sido entregada en adopción y ya no habrían podido hacer nada al respecto, sería inútil catalizar su atención sobre la afrenta sufrida por las Instituciones (falsa o real), más bien tendría sentido beneficiarse de la posibilidad de aprovechar sus energías para demostrar al Juez la capacidad de ser padres adecuados respecto de las otras dos hijas.

Aquí entra la propuesta de “intervención para el cambio”: les leemos la providencia del Juez, señalo que hay una “remisión coactiva”: ellos están tan obligados a venir al Servicio, como nosotros, los técnicos, a ocuparnos de ellos. Estamos todos constreñidos a encontrarnos (aunque nosotros preferimos trabajar con familias que se dirigen a nosotros espontáneamente), tenemos dos opciones: o entregamos

al juez, terminado el trabajo, una diagnosis sobre su capacidad de atender a sus hijos o trabajamos juntos para que superen los problemas que han inducido al juez a valorar que era mejor quitarles la patria potestad. Si al final del recorrido podemos demostrar al Juez que sus modalidades relacionales han cambiado y están en condiciones de manejar a las hijas restantes, “en la segunda vuelta”, enviaremos al Tribunal un informe sobre los cambios ocurridos y sobre el recorrido hecho en vez de un peritaje. De momento, no entramos en la cuestión de los comportamientos violentos sobre sus hijas, por ahora están seguras, sino que tratamos de hacer un “pacto” de alianza con los padres (*“Si estáis de acuerdo abordaremos los problemas de la relación con vuestras hijas procurando entender por qué se instaura este mecanismo de violencia y abordaremos los problemas relativos a vuestro conflicto de pareja que influye sobre todo el contexto. Si todo sigue como ahora volveremos a enviar un peritaje al juez”*) valiéndonos del poder de una “remisión coactiva” tan prestigiosa de un juez que nos da poder y sólo gracias a este poder podemos cambiar las cartas sobre la mesa, no acusar, comprender y estar dispuestos a entrar en contacto con el “monstruo”, por más agresivo que sea con nosotros. Obviamente, en este proyecto se define un tiempo limitado dentro del cual se verifica un empeño, un cambio, o se vuelve al marco anterior.

Los cónyuges Malibú atenúan su tono y deciden aceptar el proyecto.

Sobre tales presupuestos se construye el enganche con la pareja pater-na, se trabaja sobre su alta conflictividad y sobre la relación con las hijas. En particular el padre, en el momento en que no conseguía manejarlas, se

volvía agresivo y maltratador, la madre se volvía ausente.

## **B/ INTERVENCIÓN PREVENTIVA.**

Nos referimos a esas situaciones en que aún no hay una denuncia o una remisión del Tribunal, pero llega a conocimiento del Servicio un malestar, una situación de violencia o de maltrato, presunto o no, que se puede manifestar con diversos síntomas en casa, en la escuela, entre grupos juveniles, etc... En estos casos, el problema es decidir qué hacer.

Si un vecino, un profesor o un familiar tienen una sospecha y hacen una remisión al Servicio, ante todo debe valorarse el riesgo que corren los hijos. Por tanto, deben analizarse las dinámicas familiares, para verificar si es posible intervenir sobre las relaciones que han llevado a la sintomatología del maltrato.

En estos casos, el proyecto inicial se basa en una atenta valoración y en una particular diagnosis:

### **1. DIAGNOSIS Y PROGNOSIS INICIAL DEL RIESGO DE VIOLENCIA.**

- > Si el riesgo de violencia detectado es alto, se procede, para esa específica familia, a una remisión al juez;
- > Si, en esa familia, el riesgo de violencia es contenible y se valora que es posible introducir, en un clima más libre de la autoridad judicial, un trabajo sobre la patología de la relación, se procede a través de un enganche, a un tratamiento del maltratador y de todo el núcleo familiar.

### **2. DIAGNOSIS Y PROGNOSIS DEL DAÑO MENOR.**

No se trata de una diagnosis de la persona violenta, sino más bien de una "diagnosis" de las relaciones familiares, en particular aquella entre maltratador-maltratado; es una atenta valoración del beneficio/daño de una remisión al Tribunal, comparada con el riesgo de la permanencia del hijo en casa, comparada también con la prognosis sobre la posibilidad por parte de la familia de modificar las modalidades de interacción si acepta trabajar sobre las problemáticas individuales y relacionales que han determinado la violencia o el maltrato.

En la práctica, esta fase apunta a dar un espacio de valoración sobre la utilidad de hacer o no hacer una remisión al juez que inmediatamente proyecta en un contexto de acusación-defensa y pone a Servicio y familia en clara contraposición, y en obvia simetría, volviendo así más compleja la posibilidad de trabajar con quien tiende a justificar las propias acciones. De este modo, se crea un contexto en que nos convertimos en "los remitores" y el juez vuelve a hacer el encargo, con una providencia que quita la patria potestad, a los mismos remitores ya desviados de un contexto espontáneo a uno de remisión. Estos operadores emplearán mucho tiempo en recuperar una relación con el maltratador que viene al Servicio como imputado, obligado y en posición adversa a quien lo ha denunciado.

En cambio, cuando aún no se ha presentado el problema del juicio y de la culpa, se tiene un más amplio margen para trabajar con la familia en términos terapéuticos.

En estos casos, la valoración es hecha sobre la posibilidad y la viabilidad de mantenerse fuera de un contexto judicial.

### **3. INTERVENCIÓN DE PSICOTERAPIA FAMILIAR E INDIVIDUAL.**

#### **Valoración de la capacidad de la familia de sostener un trabajo sobre las relaciones.**

La decisión de cómo intervenir depende, por tanto, de una valoración del riesgo o del daño menor, pero, aún más y aún antes, debe valorarse si y cuánto los operadores pueden sostener semejante responsabilidad, sin recurrir a la delegación (de responsabilidades) al juez.

#### **INTERVENCIÓN PREVENTIVA: EL CASO DE HUGO.**

Este caso llega espontáneamente al Consultorio. La solicitud es presentada a la asistente social por la señora Rosa, que tímidamente alude a mal identificados pero graves problemas con su marido (ya atendido por un psiquiatra), pero, durante su primer encuentro conmigo, como psicóloga, extrañamente no hace referencia a estos problemas. Balbucea sobre la dificultad de manejar a su hijo, Hugo, parece espantada y atemorizada. Cuando pregunto el motivo de la solicitud de consulta, el padre se pone nervioso y agresivo, se levanta y amenaza con marcharse, luego, con una carcajada histérica, dice que se siente engañado y burlado por su mujer: “Con el pretexto de llevar al niño donde la psicóloga, lo ha llevado a él, para hacerlo tratar”. Consigo mantener la neutralidad dando al

padre la posibilidad de abandonar la sesión, si de verdad piensa que alguien está tramando algo en su contra. El hombre decide permanecer. Hugo, en este clima de sobrentendidos, de ambigüedades y de tensión entre sus padres, de supuestas acusaciones, farfulla algo sobre pellizcos que le da su padre, pero no añade nada más, se pone inquieto, no consigue estar parado, gira como un peonza por la habitación. Cuando pregunto: “¿Qué hacéis, en general, cuando Hugo está tan agitado?”. El padre, por toda respuesta, se levanta de golpe, lo coge por la fuerza y “lo sienta con rudeza en la caja de madera de los juegos”. Valoro esto como un gesto de violencia, pero acepto la designación del niño como único problemático y decido hacer tres encuentros próximos en el tiempo: dos con Hugo, a solas, que defino como de observación a través del juego, y uno con los padres. El padre comunica que volverá al encuentro siguiente para saber qué problemas tiene su hijo. Parece tener curiosidad por la sesión y por los motivos de reflexión surgidos sobre la relación con su mujer y su hijo.

#### **LA ELECCIÓN: EL DILEMA DEL OPERADOR ENTRE LA ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDADES Y EL ENGANCHE.**

De inmediato, se evidencia una situación de violencia y maltrato familiar que merecería una remisión al Tribunal (la madre sometida y atemorizada evita hablar, el padre se siente perseguido en el trabajo, es atendido por el Servicio de Salud mental, el niño está agitado y tímidamente introduce el tema de los golpes). La remisión, por otra parte, nos pondría frente a esta

misma familia en posición adversa y no colaboradora. Me pregunto qué hacer: si hago una remisión al tribunal me siento aliviada y me quito una responsabilidad, pero el juez volverá a enviármelo a mí y a la asistente social con una providencia y este señor se sentirá acusado de ser un mal padre, volverá al Servicio agresivo y huidizo, intentará por todos los medios demostrarnos su no culpabilidad, perderemos mucho tiempo en recuperar una relación con él, la mujer está espantada y no tiene los recursos para oponerse a él, pero ha dado la idea de defender a su hijo. Valoro que, en su conjunto, aún existe la posibilidad de “darse un tiempo”, que cuantifico en un período muy breve, para enganchar al padre e iniciar junto a él y al resto de la familia un trabajo de recuperación de la paternidad y de superación de la modalidad violenta de relacionarse. Si dentro de este plazo no se ha alcanzado el objetivo, entonces se procederá con una denuncia. Decido no hacer la remisión. En los encuentros sucesivos se pasa de la negación de las actitudes violentas a la posibilidad de hablar de ellas, discutir las y darles una explicación. Padre e hijo se hacen “retruécanos”, se golpean y se muerden hasta hacerse sangre. La madre no comparte esta manera de jugar de su marido, que se vuelve violento, pero no logra imponerse, ni hacerse respetar.

Aludo a los miedos del padre, defino su actitud como “la única manera que conoce de poder estar cerca de su hijo”, pero ¿qué sucede, por qué un juego se vuelve violento? ¿Qué teme? ¿Qué sentimiento de miedo esconde

su agresión? El padre me dice que comienza jugando, pero cuando la relación con su hijo se vuelve inmanejable, pierde el rol de padre, no sabe qué hacer y le pega. (También su padre siempre lo ha golpeado.) Entonces el problema es cómo hacerse respetar por su hijo, cómo puede convertirse en un padre que educa, que maneja.

A través de una “terapia fluctuante”<sup>5</sup>, hemos trabajado fluctuando del sistema a los subsistemas. En un largo recorrido de tres años, he trabajado con la familia y con el hijo, a solas. Con la pareja se ha afrontado su conflicto: la mujer se debatía entre dejarse maltratar por su marido y su imposibilidad de dejarlo; luego pasé, siempre dentro de la terapia familiar, de este marco al individual, con marido y mujer por separado, en que cada uno reflexiona sobre sí mismo teniendo cada vez más conciencia de los problemas, de los propios límites y de los propios recursos. Alterno encuentros con la pareja en los momentos en que tratan de definir su posición. Después de la decisión de separarse, trabajé con los tres a la vez, con la madre y el hijo, el padre y el hijo. El padre ha salido de la relación violenta, ha afrontado sus miedos, el problema del juicio ajeno, ha encontrado una nueva modalidad de relación con su hijo, consigue hacerse obedecer sin pegarle, juega, monta en bicicleta con él. La madre ya no está espantada, se vuelve cada vez más consciente y determinada: ya no tiene miedo de su marido ni de que Hugo salga solo con él. Hugo, por su lado, está mucho más sereno, y sabe qué puede pedir afectivamente a uno y a otro de sus padres, va mejor en la

5. Véase el artículo en “Connessioni”, nº 20, abril de 2008.

escuela y consigue mantener relaciones con sus coetáneos. También la manera de proceder en la separación es muy particular: la solicita al tribunal, pero permanece en casa con su marido y su hijo; maneja gradualmente la situación en primera persona. *“Si me hubiera ido antes del acto oficial, él se habría enfadado y se habría vuelto otra vez violento”*.

En este punto, de hecho, el proyecto tal como había sido pensado inicialmente puede considerarse concluido. Ha cesado la condición de peligrosidad para Hugo, que efectivamente está mejor. El trabajo con los padres ha favorecido la construcción de una realidad nueva, más “sana”, sin que haya sido necesaria la intervención de la autoridad judicial o el inicio de prácticas que habrían resultado mucho más traumáticas y probablemente menos provechosas que las descritas.

### **C/ CASOS DE VALORACIÓN DE LA PATERNIDAD.**

En los casos en que, ya desde el nacimiento, el juez confía los niños al Servicio por problemáticas de drogodependencia u otras de los padres, pero sin decretar su condición de adoptable, se procede con un proyecto acordado entre los distintos Servicios implicados (SERT, Servicio de Salud mental, etc.), con la puesta a punto de una “intervención para el cambio”: en un tiempo determinado, cada Servicio deberá apoyar con su propia competencia a padre y madre, a fin de que recuperen su capacidad paterna.

Si al final del tiempo acordado la valoración es positiva, es decir, si se ha conseguido realizar un recorrido evolutivo funcional respecto del restable-

cimiento de la paternidad, entonces se continuará apoyando el proyecto. Si, en cambio, la valoración es negativa, estarán dados los presupuestos, verificados en una intervención que ya no permite recriminaciones, para iniciar un procedimiento de adopción.

### **EL TRABAJO DE RED A TRAVÉS DEL CASO DE LA FAMILIA MALIBÚ.**

#### **IMPLICACIÓN DE DIVERSOS SERVICIOS Y COORDINACIÓN DE INTERVENCIONES.**

Retomo el caso de la familia Malibú para explicar cómo, según nuestra metodología, “la intervención para el cambio” es útil, pero, por sí sola, no exhaustiva. En éste, como en muchos otros casos, nos hemos hecho promotores de un proyecto que prevé la implicación de otros Servicios, activando la red de colaboración entre profesionales. Para una intervención orientada, hemos puesto en movimiento y coordinado encuentros con los operadores del Servicio de Salud mental, y con los educadores del Instituto y de la escuela. Hemos identificado las respectivas competencias y modalidades de integración. En base a nuestra propuesta, se ha llegado a un proyecto común, compartido por todos, y que, en un segundo tiempo, hemos ilustrado a la familia en un encuentro multidisciplinar, en presencia de todos los operadores involucrados.

Nuestro Servicio de asesoramiento, formado por la asistente social y por mí, como psicóloga, se ocupaba de mantener el contacto con los demás Servicios (para actualizarnos sobre lo que cada uno había hecho y cómo redefinir de vez en vez los nue-

vos objetivos, compartiéndolos) y de tratar a la familia. Los encuentros estaban articulados así:

- > Con toda la familia;
- > Sólo con los padres, para abordar los problemas de pareja;
- > Con las hijas, a solas.
- > Con el Servicio de Salud Mental, que seguía individualmente a la madre y al padre;
- > Con los operadores del Instituto (director, educadores, psicólogo) para discutir el manejo de las chicas y su permanencia en el Instituto.

Así fue posible pasar de los encuentros protegidos en el consultorio, es decir, de la observación de la relación padres-hijas, al gradual regreso de las hijas a casa en los fines de semana, con la presencia de un educador que no debía sustituir a los padres, sino que tenía la función de ayudarlos y apoyarlos paso a paso en las nuevas modalidades de manejo, reforzando su paternidad.

Ha sido fundamental la colaboración con el sistema judicial, que ha compartido esta propuesta de trabajo aceptando la dilatación de los tiempos, con vistas a un recorrido terapéutico complejo. El Juez era informado de los progresivos pasos a través de un informe conjunto, que incluía todo cuanto había desarrollado cada Servicio; luego esperaba el final del recorrido para tener un informe completo.

Al término de este trabajo se pudo entregar al Juez un recorrido complejo, que llevó, en unos dos años, a la vuelta de las chicas a la familia, además de a la superación de las problemáticas individuales y relacionales de todo el núcleo. Todo esto ha des-

plazado el foco de la inicial solicitud de valoración diagnóstica sobre la adecuación de los padres a un cambio de las modalidades relacionales y a una transformación de las relaciones familiares.

### **CÓMO SUPERAR EN EL TRABAJO DE RED EL “RIESGO DE SIMETRÍA” ENTRE SERVICIOS.**

En general, en este trabajo de red pienso que los puntos nodales de mayor dificultad están representados por el compartimiento del proyecto y por el mantenimiento de un hilo que conecta a los operadores y que permanece siempre fuera de la simetría.

A menudo, al principio, cada operador parece cristalizado en su propio rol institucional y en la propia función, listo para entrar en simetría con el colega del otro servicio, para demostrar las razones de su usuario. Desde una óptica circular es posible ampliar las mallas de la red movilizadas en apoyo de la familia, para integrar las intervenciones de manera global y multidisciplinar, en el respeto de los diferentes roles y las profesiones, acogiendo las necesidades de cada componente, pero también del sistema en su conjunto.

Para contener el daño de la simetría, el Servicio proponente debe estar dispuesto a renunciar al plan de trabajo que tenía en mente (articulado e interesante), si no es compartido por los demás operadores: el proyecto inicial puede sufrir grandes reducciones, pero esto es irrelevante respecto del peso que adquiere un proyecto compartido por la red de los Servicios.

Para mantener una posición complementaria con los demás profesionales puede ser útil calibrar los en-

cuentros alternando aquellos con la familia y aquellos con los operadores: ningún operador debe apasionarse demasiado con su usuario, a riesgo de tomar partido. El encuentro, la confrontación y el debate son garantes de la presentificación de los diversos puntos de vista que luego son discutidos con la familia en la reunión conjunta, con la asistencia de los profesionales de los diversos Servicios. Esto garantiza que los operadores mantengan la visión de conjunto del sistema, escuchen a los miembros de la familia, que no son el propio usuario, y reequilibren el propio trabajo recuperando la neutralidad y la curiosidad por el sistema ampliado.

### LA FORMACIÓN.

Del mismo modo que he decidido no crear un centro especializado sobre la violencia, sino mantener una intervención superespecializada en el servicio territorial, también la formación se ha visto afectada por estos presupuestos epistemológicos y, en estos años, nuestra Escuela se ha orientado hacia la construcción de recorridos formativos integrados y diferenciados, que vuelven a proponer el esquema general ilustrado hasta aquí (desde la manera de leer la violencia hasta las intervenciones diferenciadas, al trabajo de red estimulando un proyecto común, a las “terapias fluctuantes”, etc.). Como si las dos consignas que unen nuestro trabajo sobre esta temática fueran: “Integrar competencias e intervenciones” y “Moverse en el espacio de los técnicos, en el espacio terapéutico” como en un calidoscopio cuyas piezas se distinguen, pero luego se reúnen en el diseño final.

Se propone a los operadores una lectura sistémica de la violencia, el maltrato y el abuso que permita afrontar el malestar, la patología que determina la violencia, trabajar sobre la relación saliendo de la lógica “víctima-agresor”, a través de una “intervención de cambio” o una “intervención preventiva”, no para dar, donde es posible, sólo una diagnosis, sino para trabajar sobre las relaciones salvaguardando el principio, por ejemplo, de que es importante para un hijo no perder a su padre si, cambiando la relación, el padre supera el problema de ser maltratador.

A tal fin, se hace inevitable construir una red de servicios, implicar a operadores y profesiones distintas, para articular, aprovechando la especificidad de cada uno, intervenciones diversificadas (sociales, psicoterapéuticas, farmacológicas, educativas, etc.) que mantienen la trama común de la urdimbre final. Una red utiliza diferentes roles relacionales e institucionales (ej., terapéuticos, de acompañamiento, de verificación y, si es necesario, de juicio) que tienen como único fin el de ser útiles a los niños y a sus familias para la superación de la violencia y el inicio de modalidades relacionales más funcionales.

La complejidad de los servicios exige coordinación y conexiones.

Por eso realizamos un recorrido de Formación que se articula a través de fases comunes y diferenciadas por servicio y por profesiones, según las especificidades, pero que mantiene una base y un fundamento epistemológico común entre todos los operadores de los Servicios de ese ámbito territorial. En la experiencia de formación efectuada en el Servicio público hemos identificado las siguientes fases.

> **COORDINACIÓN Y  
CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO  
DE TRABAJO INTEGRADO,  
INTERDISCIPLINAR Y  
ESPECIALIZADO FORMADO  
POR LOS OPERADORES DE LOS  
DIVERSOS SERVICIOS**

que, con distinto título, se ocupan del maltrato a fin de que asuman una común epistemología y cultura sobre la temática, una base para programar, manejar e integrar las intervenciones que verificar en las actividades. Para los operadores, implicados en contextos diversos, que se ponen a prueba con este tipo de responsabilidad sobre el tema de la violencia, es indispensable tener una formación común y beneficiarse de una coordinación entre diversas agencias pero, aún más, es importante que se cree un pensamiento común, difuso sobre el territorio, sobre cómo abordar estas temáticas saliendo de la dicotomía víctima-carnicero.

> **CONSTITUCIÓN DE GRUPOS  
DE TRABAJO POR SERVICIO**  
sobre las competencias específicas de cada servicio.

> **CONSTITUCIÓN DE GRUPOS  
DE TRABAJO POR PROFESIÓN,**  
en modo de aprender, según las diversas profesiones, la intervención específica. Con los psicoterapeutas se profundizaran los aspectos clínicos y de tratamiento de los maltratados y de sus familias. A los asistentes sociales se les darán instrumentos para afinar intervenciones de toma a cargo, valoración e individualización de los elementos

de riesgo con eventual remisión al Servicio. A los educadores se les darán instrumentos para manejar las relaciones con niños y adolescentes maltratados en los distintos momentos y en las diversas situaciones vitales, apoyándolos en la relación con los otros y con la familia.

El caso, pues, no debe ser valorado por sí solo, sino en el interior del más amplio marco en que está insertado, y de este marco formamos parte también nosotros, que nos ocupamos de él, con cometidos y modalidades diferentes. Los operadores deben aprender a integrarse en el campo y a moverse de manera coordinada en su interior. Debe haber, por tanto, un paso, de la actuación singular y sin intercambios, a la coordinación con los demás operadores del propio servicio y de las otras agencias, comunicándose informaciones, construyendo y compartiendo un proyecto que incluya la aportación de todos. Quien remite determina la intervención, pero el operador elige entre posibles intervenciones.

Un servicio territorial debe saber leer los informes y valorar los riesgos o las ventajas de una denuncia; debe, en pocas palabras, saber qué es más útil hacer, para proyectar un recorrido de intervención que sepa tener constantemente en cuenta las distintas necesidades del usuario y de los servicios, y que sea suficientemente flexible como para poder adaptarse a los cambios de contexto, de demanda y de recursos a lo largo del camino. Es fundamental el análisis de la demanda y de las necesidades, tanto del niño/de la niña como de la familia, el análisis del contexto, tanto familiar

como social, para decodificar necesidades y demandas, y para construir respuestas idóneas.

Es precisamente basándose en la riqueza representada por los servicios públicos, diversificados por función y por competencia, que se puede estructurar una metodología de trabajo compleja, pero eficaz, es decir, compuesta por intervenciones distintas e integradas a varios niveles.

Por estas razones, en la formación de los operadores es oportuno partir de la construcción de una epistemología común, que permita el diálogo entre diversos modos de pensar y actuar, construyendo una base de intercambio e integración de competencias entre servicios, elaborando intervenciones que utilicen los diferentes recursos del territorio, para una mayor colaboración y coordinación, que permita identificar los recursos de cambio para la familia.

Si, cuando se produce una situación problemática, el operador usa como intervención de rutina la denuncia al Juez y asume sólo una función de control, introduce él mismo “el paso a la acción” típico de algunas familias multiproblemáticas, y se sitúa especularmente respecto de la realidad sobre la que querría incidir y provocar un cambio. Si los operadores reproducen esta estructura, nada cambiará; las dos realidades sólo podrán “enfrentarse”, disponiéndose de manera simétrica la una respecto de la otra, reafirmando la imposibilidad de evolucionar y la interrupción de un vínculo que existe sólo en términos de control social.

Para evitar el riesgo de que el equipo asuma esta posición respecto de la realidad que nos ocupa (familias multiproblemáticas), es provechoso utilizar una lectura capaz de salir de los

prejuicios y entrar en la complejidad. Por otra parte, mientras los Servicios se ocupen de realidades separadas y troceadas no pueden restituir a las familias una imagen de composición de la realidad a un nivel más complejo y unitario.

Si el servicio tiene una epistemología fuerte y quiere dar una imagen de asunción de responsabilidades, debe funcionar de manera inversa, es decir, debe introducir algunas perturbaciones que consigan romper la rigidez de las formas relacionales y comunicativas que se han estructurado con el tiempo.

## Bibliografia

- BATESON, G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milán, 1976.  
(Hay traducción en español: "Pasos hacia una ecología de la mente".  
Buenos Aires, Planeta Carlos Lohle, 1985).
- BOSCOLO, L., Bertrando, P., *I tempi del tempo*, Bollati Boringhieri, Turín,  
1993. (Hay traducción en español: "Los tiempos del tiempo. Una nueva  
perspectiva para la consulta y la terapia sistémica" Paidós, Barcelona 1996).
- CECCHIN, G. F., *Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità e  
neutralità. Un invito alla curiosità*, "Ecologia della mente", 1988.
- CECCHIN, G. F., Lane, G., Ray, W., *Irriverenza*, Franco Angeli, 1992 .  
(Hay traducción en español: "Irreverencia. Una estrategia de supervivencia  
para terapeutas". Paidós, Barcelona 1992).
- CECCHIN, G. F., Lane, G., Ray, W., *Verità e pregiudizi*, Raffaello Cortina,  
Milán, 1997.
- CIRILLO, s., di blasio, P., *La famiglia maltrattante diagnosi e terapia*,  
Raffaello Cortina, Milán, 1989.
- CIRILLO, S., Cipolloni, V., *L'assistente sociale ruba i bambini*, Raffaello  
Cortina, Milán, 1994.
- FIVAZ-Depeusinge, e., Corbez-Warnery, A., *Il triangolo primario*, Raffaele  
Cortina, Milán, 2000.
- FRUGGERI, L., *Famiglie Dinamiche interpersonali e processi psicosociali*,  
Carrocci, 1999.
- LINARES, J. L., (2001) *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar,  
entre la terapia y el control*, Paidós, Terapia familiar, Barcelona, 2002;  
Intorno all'abuso. Il maltrattamento familiare tra terapia e controllo,  
Armando, Roma, 2007.
- GASPARI, G., Mastropaolo, L., *Le terapie individuali, le terapie "fluttuanti".  
Riflessioni di due psicoterapeute sistemiche sulla loro pratica clinica,  
en "Connessioni", n° 20, 2008.*
- GASPARI, G., *C'era una volta la famiglia tradizionale*, en "Connessioni",  
n° 8, 2001.
- MADANES, C., *Sexo, amor y violencia*, Paidós, Terapia Familiar,  
Barcelona, 1993.
- MASTROPAOLO, L. et alia, *L'interazione Consultorio Tribunale. Strategie  
sistemiche operative*, en "Terapia familiare", n° 17, 1985.
- MASTROPAOLO, L., (1989) *Ridefinire la coazione: Terapeuta sistémico  
e Tribunale*, "Ecologia della mente", 18.
- MASTROPAOLO, L. *Interculturalità, lavoro di rete e mediazione familiare".  
Pensare sistémico in contesti che cambiano en "Connessioni", n°4 (1999).*

- SELVINI Palazzoli, M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., *Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta, en "Terapia familiare", nº 7, 1980.*
- SELVINI Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M., *Ragazze anoressiche e bulimiche. "La terapia familiare", Raffaele Cortina, 1998. (Hay traducción en español: "Muchachas anoréxicas y bulímicas". Paidós, Barcelona 1999).*
- VARELA, F. *Principles of biological Autonomy*, Nort Holland, Nueva York, 1979.



# Cronicidad y Depresión. Una aproximación sistémica a los trastornos afectivos

JOSÉ ANTONIO SORIANO PACHECO<sup>1</sup>

## RESUMEN

*El campo de los trastornos afectivos constituye uno de los principales escenarios de las políticas de salud mental. Junto a la investigación de factores biológicos de diversa índole implicados en su etiopatogenia, los factores psicosociales (o ambientales) siguen constituyendo un elemento indispensable para poder entender el fenómeno depresivo. El presente artículo constituye un extracto de la tesis doctoral “Marcadores relacionales en la depresión mayor y la distimia” y se centra en el papel de dichos factores psicosociales en el curso de la depresión, incorporando parte de los resultados obtenidos. Se analiza el papel de la familia creada y la familia de origen en la cronicidad de la depresión.*

## ABSTRACT

*The field of affective disorders is one of the stages of mental health policies. Along with the research of biological factors of various kinds involved in etiology, psychosocial (or environmental) factors remain an indispensable element for understanding the phenomenon of depression. This article is an excerpt of the doctoral thesis “Relational markers in major depression and dysthymia” and focuses on the role of these psychosocial factors in the course of depression, incorporating part of the results. We analyze the possible role of the created family and the original family in the chronicity of depression.*

1. Psiquiatra y terapeuta familiar. Hospital de San Pablo. Barcelona.

Cualquier aproximación a la nosología y etiopatogenia de los trastornos afectivos debe tener muy presente el potencial factor distorsionador de los factores psicosociales intervinientes. En aproximadamente un 75% de los casos de depresión existe un acontecimiento vital precipitante (Brown y Harris, 1975; Frank y cols., 1994).

Las evidencias que sustentan el aumento de la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en el siglo XX refuerzan la hipótesis de que estos factores ambientales han jugado y juegan un papel muy importante. (Kasen y cols. 2003). La hipótesis más verosímil que responde a este incremento epidemiológico es la de algún cambio en los factores ambientales, mucho más creíble que posibles cambios genéticos subyacentes.

Resulta muy difícil interpretar la dirección causal de las relaciones entre riesgo de un trastorno afectivo y factores sociales o ambientales. En muchos casos las influencias son bidireccionales, por ejemplo, un trastorno depresivo puede conducir a la pérdida de empleo que, a su vez, contribuye a un empeoramiento del estado anímico. Lo mismo podríamos decir respecto a otros factores ambientales destacados como el nivel socioeconómico, el estado civil, la relación de pareja, etc. Sin embargo, el análisis de algunos de los principales factores de riesgo psicosocial implicados en el fenómeno depresivo nos puede aportar datos de interés que admiten discusión:

#### **ESTADO CIVIL:**

Las personas viudas, separadas y divorciadas tienen más riesgo de depre-

sión mayor y trastorno bipolar que las personas casadas. En el estudio ECA (Epidemiologic Catchment Area), la prevalencia de la depresión mayor fue el doble en las personas que vivían solas en comparación con las que vivían con otras personas, lo que puede indicar que el aislamiento social es un factor de riesgo (Weissman y cols 1991). De cualquier forma, parece que el factor de riesgo clave es la ruptura de una relación matrimonial o de pareja estable y no el aislamiento social en sí mismo. Superar de forma simultánea una pérdida y la soledad parecen sobrepasar los mecanismos adaptativos de muchos sujetos. La cuestión del duelo como fenómeno adaptativo o enfermedad que precisa tratamiento es un tema polémico y abierto a debate. Asistimos a una "medicalización" de los procesos de duelo que parece obedecer a una consigna social: "se debe evitar todo sufrimiento". (Maj, 2008). Posiblemente los avances en la terapia del dolor "físico" que preconizan la erradicación de dicho dolor de forma absoluta hayan podido influir en el deseo de erradicación del dolor anímico o psicológico que acompaña de forma indisoluble una gran cantidad de situaciones vitales.

#### **GÉNERO:**

Existe una prevalencia, incidencia y morbilidad más elevada en mujeres para depresión mayor y distimia, no así para el trastorno bipolar. Estudios biológicos apuntan al probable papel de los estrógenos y sus cambios cíclicos en la mujer como responsables parciales de esta situación.

Kendler (2001) encontró que las mujeres eran más sensibles a los efectos depresógenos de los problemas relacionales, mientras que los hombres

eran más sensibles a los problemas laborales.

Un reciente metaanálisis (Tolin y Foa, 2006) concluye que los estudios no apoyan la idea de que las mujeres estén más expuestas a los traumas ni que existan diferencias de género en los traumas infantiles. En general las mujeres serían más proclives a desarrollar depresión al enfrentarse a acontecimientos vitales significativos.

En este apartado del género un apunte de los resultados de nuestro trabajo en el que resultaba interesante constatar cómo los hijos varones atrapados en juegos triangulares (aliados de la madre y rechazados por el padre) tienen menos tendencia a desarrollar trastornos depresivos que las hijas (mayoritariamente distimias), aunque, ciertamente, no sean inmunes a ellos. Quizás juegue un papel importante la identificación con la progenitora aliada, también distímica a menudo, que resultaría más fácil a las hijas que a los hijos. El papel del género y roles predestinados a cada uno de ellos, así como los valores asociados deben de ser la explicación más plausible a estas diferencias epidemiológicas.

#### **ESTRÉS:**

Existen múltiples investigaciones en torno a esta relación. Pueden ser relevantes las conclusiones de Kessler (1997):

1. Existe una asociación sistemática entre exposición a acontecimientos vitales e inicio de depresión mayor.
2. La magnitud de dicha asociación varía en función de la evaluación de los acontecimientos vitales, con una relación dosis-respuesta.
3. La mayoría de los pacientes deprimidos viven una experiencia

vital estresante poco antes del inicio de su depresión, mientras que la mayoría de personas que experimentan acontecimientos vitales no se deprimen.

#### **FACTORES SOCIALES Y EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS.**

Al parecer, los principales factores implicados en la cronicidad de las depresiones son los llamados factores del desarrollo (Riso y cols. 2002), entre los que se sitúan el abuso sexual o físico en la infancia (Kendall-Tackett, 2002), las malas relaciones con los padres en las etapas iniciales de la vida y el neuroticismo elevado (este último no puede considerarse como un factor del desarrollo, sino como una cualidad inherente de la persona). La calidad de las relaciones matrimoniales o de pareja constituye también un buen predictor, tanto de la gravedad como de la evolución de los trastornos afectivos (Lewis 1998).

El papel de la familia de origen y las relaciones intrafamiliares durante el desarrollo constituye un evento de capital importancia en el posible desarrollo de una mayor o menor vulnerabilidad frente al estrés, así como los estilos de afrontamiento. Existen multitud de estudios sobre las posibles repercusiones de padres depresivos sobre el carácter y desarrollo de los hijos, todos ellos con resultados en la línea de mayores dificultades psicológica para los hijos (Hops 1987; Lee y Gotlib 1989; Hammen 1987). La presencia de algún tipo de patología psiquiátrica parece evidente en la posible repercusión sobre los hijos, pero no lo es tanto ante la existencia de conflictiva conyugal o paterno-

filial. Posiblemente, los conflictos paterno-filiales sean consustanciales a la propia existencia de las familias y al proceso evolutivo de hijos y padres, por lo que no deberíamos esperar repercusiones destacadas. Pero no es la misma situación el caso de conflictos conyugales sin patología psiquiátrica, clarísimos en casos de separación o divorcio sin acuerdo, pero presentes en multitud de parejas que no llegan a separarse y hacen pagar un “peaje” doloroso a algunos o todos los hijos. (Brown 2002; Linares y Campo 2000)

### FAMILIA Y DEPRESIÓN DESDE EL MODELO SISTÉMICO.

Tras este sucinto repaso al papel de los factores psicosociales en la cronicidad de la depresión, nuestro foco de atención se sitúa en el papel de la familia. Las situaciones anteriormente referidas de conflictos conyugales sin patología psiquiátrica son muy difíciles de evaluar, aunque la observación empírica de pacientes en interacción con sus familias (creadas o de origen) revela una gran complejidad y potenciales repercusiones.

Las aproximaciones desde el campo familiar relacional de los últimos años indican una clara relación entre los trastornos depresivos y los conflictos de pareja, y reconocen no únicamente los efectos que las relaciones significativas tienen sobre la depresión, sino también los efectos que la depresión tiene sobre las relaciones significativas. En general, del análisis de la literatura sobre los aspectos relacionales de la depresión, surge la tendencia a considerar la relación de pareja como el ambiente privilegiado para que se manifieste la sintomatología

depresiva. Diferentes estudios han puesto de manifiesto la correlación entre depresión y conflictos de pareja. La relación que establecen el deprimido y su cónyuge adquiere ciertas peculiaridades de interacción.

Tan sólo señalaremos algunas referencias de los últimos años, como los estudios de Crowther (1985), que mostraron una correlación estadísticamente significativa entre depresión y desacuerdo matrimonial. En la investigación se observaba una mayor sensibilidad al desacuerdo conyugal por parte de las mujeres en comparación con los hombres y, por tanto, una manifestación más frecuente de la sintomatología depresiva en la mujer en relación a este tipo de situaciones.

Manfrida y Melosi (1996) hablan de las depresiones integrando los niveles bioquímico, intrapsíquico, cognitivo y relacional. Intentan recoger un fondo común para las diversas depresiones. Entienden la depresión como “*el producto conjunto de algunos factores de base predisponentes, de ciertos vínculos sociales y de las estrategias de diversos jugadores*”.

Vella y Lorieo (1993) plantean la hipótesis de la competencia transgeneracional para explicar la dinámica familiar del trastorno depresivo. Existiría una competición (generalmente sin vencedores, dada la absoluta falta de resultados) entre el cónyuge sano y un padre sano en el cuidado del familiar enfermo. Esta competición sufre un drástico cambio cuando el hijo elige para sí una pareja depresiva. El fracaso en la tarea de curar al cónyuge les une y permite, tal vez, reconciliar al cónyuge sano con el propio padre sano. La hipótesis subyacente podría ser: “*Un matrimonio depresivo sería el surgimiento de una competición trans-*

*generacional de larga duración con respecto al progenitor del mismo sexo”.*

Una propuesta cercana a la de Vella y Lorieo es la de Linares y Campo (1996, 2000), que centran su interés en algunas características de las familias de origen de los pacientes depresivos y de sus familias creadas. Sus fundamentos teóricos contribuyen a las hipótesis que sustentan nuestro trabajo.

Cancrini y Cecilia la Rosa (1996) atribuyeron también un papel importante a los acontecimientos estresantes como desencadenantes de las crisis maníaco depresivas. Ellos ponen énfasis en los momentos de desvinculación de la familia de origen, como una de las situaciones que producen un aumento de tensión, la cual contribuye a la aparición de sintomatología depresiva. Los ciclos en que se presentan estas crisis estarán también en estrecha relación con el aumento y la disminución de la tensión emotiva del sistema familiar en su totalidad, influyendo a su vez en los posibles cambios de su organización interna.

### **MARCADORES RELACIONALES EN LA DEPRESIÓN MAYOR (TDM) Y LA DISTIMIA (TD).**

La parte central de nuestra investigación se focalizó en el análisis del tipo de relación que el paciente depresivo mantenía con su familia de origen y con su familia creada. Parte de nuestros resultados aparecen reflejados a continuación, soslayando el apartado de metodología que combinaba técnicas de análisis cualitativas y cuantitativas.

Hemos analizado 41 casos de personas diagnosticadas de algún tipo de trastorno depresivo (distimia o depre-

sión mayor recurrente), evaluando de forma minuciosa variables relacionales en familia creada y en familia de origen y factores intercurrentes.

### **PAPEL DE LA PAREJA.**

El hallazgo de una sola familia con diagnóstico de trastorno afectivo en ambos miembros de la pareja es significativo y podría conducirnos a reflexionar sobre el posible papel “protector” de la depresión sobre el miembro de la pareja sano. Un elemento común en esta pareja con doble diagnóstico era el del sacrificio, la entrega hasta el límite sobre todo en el tema de los hijos.

En las entrevistas se evaluaba exhaustivamente los antecedentes psiquiátricos del cónyuge y también la posible sintomatología depresiva actual, destacando más el papel protector, cuidador o de “reto” frente a situaciones de abatimiento o desesperanza. Sólo en algunos casos algunas parejas explicitaban un cierto cansancio cuando la depresión clínica se prolongaba mucho en el tiempo o los episodios se repetían con una cierta frecuencia.

### **CONFLICTOS EN LA PAREJA: TIEMPO DE CONVIVENCIA/ TIEMPO DE EVOLUCIÓN.**

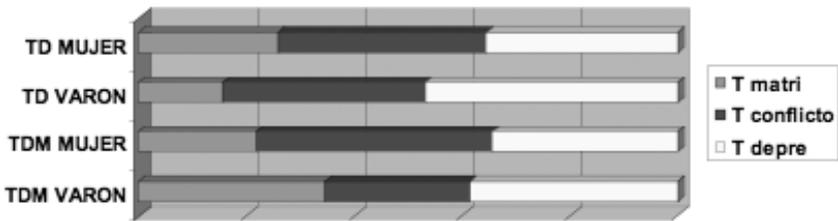
La relación del tiempo de matrimonio (o convivencia estable) y tiempo de evolución del trastorno afectivo aporta un resultado digno de analizar. Los depresivos mayores de género femenino inician un conflicto de pareja mucho antes del inicio del trastorno afectivo y también mucho antes que los varones, diferencias también presentes en el caso del grupo TD aunque no tan

acentuadas. El inicio de la depresión (ya sea distimia o TDM) en las mujeres de nuestra muestra viene antecedido por un conflicto explícito de pareja (en forma normalmente de decepción o desengaño). (Figura 1) En nuestras hipótesis iniciales no barajábamos estas diferencias entre sexos, aunque los datos apuntan a una mayor relevancia de los conflictos de pareja para el eventual desarrollo de trastornos afectivos en la mujer, mientras que para el varón

puedan serlo los conflictos laborales (por exceso o por defecto, pero siempre con un contenido relacional innegable) los que se hacen más presentes en el inicio del trastorno afectivo.

La mujer depresiva (TDM) tendría una mayor dependencia de su pareja (vuelca sus necesidades relacionales en ella), mientras el hombre depresivo (TDM) presentaría más frentes relacionales, con mayor relevancia del ámbito laboral y de la familia de origen.

Figura 1. Conflictos de pareja



### ORDEN EN LA FRATRIA.

Una variable que ha sido estudiada con relativa frecuencia entre las características familiares es el “orden dentro de la fratría” o el hecho de ser hijo único como factor predisponente para diversas problemáticas de índole psicológico (especialmente referido a patologías como la anorexia nerviosa, la personalidad narcisista o dificultades adaptativas varias) (Amato, 2001; Bauserman, 2002)

También la posición de hijo mayor dentro de la fratría supone un cierto factor de riesgo por la “hiperresponsabilidad” que lleva asociada en algunos casos. De acuerdo con nuestras hipótesis, podrían ser estos hijos mayores o hijos únicos, “candidatos” a desarrollar problemas depresivos del tipo TDM en el ambiente familiar por

picio. Nuestra muestra sólo destaca por la baja frecuencia de últimos hijos (sólo 13 para un total de 82 personas) entre pacientes y cónyuges, que suelen ser primogénitos o situarse entre varios hermanos. Resulta sugerente el resultado aunque también arriesgada su interpretación. ¿Puede ser protectora la presencia de hermanos y ayudar a la maduración psicológica de los individuos que en el futuro permita aumentar su resiliencia? En un plano absolutamente teórico, la presencia de esos hermanos debería contribuir a un aumento del número y calidad de las interacciones del individuo, lo que desde el modelo sistémico supondría un factor favorable en el crecimiento individual y colectivo (Watzlawick, 1981; Bateson 1984). Evidentemente, otros muchos factores podrían incidir en cada situación individual, pero po-

siblemente la familia numerosa de año tenga ventajas frente a la exigua familia postmoderna (en ocasiones de sólo dos miembros).

### LA IDEACIÓN SUICIDA.

En un análisis cualitativo de los antecedentes de ideación o tentativa autolítica sí encontramos aspectos a comentar, no significativos por su baja frecuencia en nuestra muestra. La mayoría de pacientes distímicos de nuestra muestra que refieren ideación suicida o antecedente de una tentativa, reflejan un componente finalista o movilizador, habitualmente de la pareja o la familia de origen. Por el contrario, los depresivos mayores suelen presentar un componente de desesperanza o vacío más claro, desencadenante aparente de la ideación suicida. Aunque parezca clara la connotación relacional en el caso de la distimia, también pensamos que la crisis suicida en la depresión mayor tiene muy frecuentemente connotaciones semejantes. No serían evidentemente iguales, pero el sentimiento de fracaso y carga resultante de una relación de pareja complementaria y no siempre protectora puede facilitar la aparición, en la mente del depresivo mayor, de la idea del suicidio como escapatoria para todos.

El componente de crisis familiar inherente a cualquier tentativa autolítica no merece ser despreciado, y un detallado análisis puede conducirnos a diferenciar tipologías relacionales y, ocasionalmente, facilitar diagnósticos e intervenciones terapéuticas. La mayor parte de estudios se centran en aspectos genéticos de la conducta suicida y en la prevención, sin prestar excesiva atención a factores psicosocia-

les, salvo los de cariz marcadamente negativo (como pueda ser el alcoholismo, la situación de pobreza o incapacidad, etc.) (Bostwick, 2000). Pensamos que indagar en el estado de las relaciones e interacciones del sujeto puede conducir no sólo a clarificar la situación, sino a abrir puertas para la prevención de eventuales conductas suicidas (Richman, 2004).

### EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Un aspecto no evaluado en nuestro estudio es el papel del tratamiento farmacológico (presente en el 100% de los pacientes de nuestra muestra y en algunos de sus cónyuges) en la relación conyugal y familiar, con implicaciones a diferentes niveles (repercusiones en la esfera sexual, física, etc.). A pesar de que en la definición del problema un porcentaje relativamente elevado de familias lo sitúa en el ámbito relacional, la aceptación “universal” del tratamiento farmacológico nos puede hacer reflexionar en varias direcciones. Por un lado, y de forma coherente, contemplamos la plena aceptación del modelo médico en un entorno hospitalario. ¿Hasta qué punto esta posición puede conducir a “olvidar” o relegar conflictos eventualmente trascendentes en el inicio y curso de la depresión? Quizás la respuesta la encontramos en el hecho de que nuestras familias no buscaban ayuda a nivel familiar o de pareja, sino que acudieron a un estudio exploratorio de sus relaciones familiares (evidentemente es imposible llegar a conocer las motivaciones últimas de cada caso). También es cierto que posiblemente falten en nuestra muestra pacientes depresivos

“curados” por la medicación (en el sentido de remisión completa con medicación mantenida) al visitarse de forma mucho más espaciada o, incluso, haber recibido el alta, por lo que difícilmente hayan podido ser entrevistados.

### LA DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

La variable “*definición del problema*” nos introduce en la epistemología familiar y/o de la pareja, elemento trascendental a la hora de entender los procesos y de plantear la intervención terapéutica.

Aunque no permita diferenciar los grupos diagnósticos, sí ofrece un panorama revelador donde casi el 50% de nuestras parejas definen su problema de salud como secundario o derivado de un conflicto relacional. Se podría discutir si sujetos no profesionales de la salud mental son capaces de discernir estos asuntos, pero en la situación actual de completa medicalización de situaciones cotidianas, esta valoración nos parece especialmente significativa y reveladora. Abundando en esta línea, las pocas discrepancias al respecto entre los miembros de la pareja refuerza la tesis de la importancia del conflicto relacional (al menos en la mente de los sujetos implicados en primera persona).

Estrechamente ligada a esta variable estaba otra, denominada “*unanimidad en la definición del problema*” que no permitía obtener resultados concluyentes. En esta variable creemos importante reflexionar sobre la incidencia que puede tener, en aquellos que definen el trastorno como una enfermedad, el hecho de que la depresión esté siendo tratada en un contexto hospitalario y el hecho de

ser la definición más extendida socialmente. El considerar la depresión como una enfermedad médica actúa como “efecto amortiguador”, en el sentido que tanto los familiares como los propios pacientes adoptan una actitud pasiva esperando que los médicos y los psicofármacos actúen y “curen”.

### CONFLICTOS CON LA FAMILIA DE ORIGEN.

Especial atención nos merecen los problemas con las familias de origen que se reactivan cíclicamente y aparecen relacionados con recaídas y agravamientos de la sintomatología depresiva cuando hacemos una cronología exhaustiva de la historia de la enfermedad depresiva en nuestros pacientes. Este fenómeno es común a distimia y TDM, pero mucho más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, y tanto referido a la propia familia de origen como a la del cónyuge (con situaciones de rechazo inicial o de fracaso de las expectativas generadas por la relación, una especie de “trampa” emocional, donde tras la inicial y aparente aceptación por la familia política se produce un desengaño, con rechazo más o menos explícito y no cumplimiento de las expectativas). Resulta muy difícil poder cuantificar el papel de estos conflictos como el del resto de factores externos negativos intercurrentes, aunque el análisis cronológico (hasta donde la memoria de los sujetos lo permite) nos reafirma en nuestra tesis de un papel destacado de dichos conflictos. Inclusive desde la óptica comunicacional, no es infrecuente la minimización explícita de dichos conflictos cuando

la repercusión emocional y anímica ha sido extraordinaria. Los depresivos mayores, especialmente, no son a veces conscientes de la importancia sobre sus vidas de estos fenómenos, pudiendo llegar a ser negadores de conflictos como mecanismo pseudo-protector.

La aparición de estos conflictos, mayoritariamente en el caso de mujeres, tiene similares connotaciones a las ya comentadas en otros apartados de los resultados y contribuyen a los datos epidemiológicos de mayor incidencia de trastornos afectivos en mujeres. Aparentemente, la tendencia negadora de conflictos de los varones con sus familias de origen o con la de los cónyuges no tiene la misma intensidad que en el caso de las mujeres y la reactivación de conflictos no tiene tantas repercusiones. No hemos encontrado investigaciones que estudien específicamente esta cuestión, pero sí muchas referencias que pueden arrojar luz. Un estudio con parejas que habían compartido la experiencia de un acontecimiento estresante grave revelaba que no había diferencias en la aparición de depresión para el pequeño número de varones que se encargaban de las tareas domésticas (Brown, 2002). Parece que las diferencias epidemiológicas por sexos se acortan cuando se invierten los roles tradicionales de hombre y mujer (Rosenfield, 1999).

El trabajo de Brown ilustra el destacado papel de los factores de vulnerabilidad en el inicio de la depresión a un nivel muy complejo. Así, la calidad de los vínculos sociales básicos en la vida adulta ejerce una importante influencia en la autoestima actual, algo constatado también en el estudio de Paykel (1994).

Respecto a los acontecimientos estresantes, la **situación laboral** se manifiesta como un factor importante tanto en el inicio de la sintomatología depresiva como en la evolución. Algunos pacientes han reflejado a través de su excesiva dedicación al trabajo el nivel de exigencia personal, anteponiéndolo a sus propias necesidades personales. Cuando la situación se vuelve insostenible, los síntomas depresivos, la consecuente baja laboral y la tramitación de la invalidez, supondrán una manera de acabar con dicha situación, salvando de alguna manera su “honorabilidad” como persona. Esta situación podría ser un obstáculo en el proceso terapéutico ya que actuaría como “mantenedor” de los síntomas.

Incidir en la relevancia que podría tener, para el conocimiento de los cuadros depresivos, la observación ya apuntada en esta exposición referente a que en algunas pacientes que se definen como amas de casa, nos hemos encontrado que su situación como tal no ha sido fruto de una decisión tomada por sí mismas, sino que les ha venido impuesta por las circunstancias del mercado laboral o bien por imposición del rol asumido o por una situación de agravio.

La situación de **duelo por la muerte** de los padres u otras personas cercanas puede verse complicada con la aparición de sentimientos de culpabilidad, que podrían estar relacionados con experiencias de triangulación, aunque su análisis excede a nuestros propósitos.

## LA SEPARACIÓN O LA IMPOSIBILIDAD DE RUPTURA.

Dos variables también de segundo nivel dentro de nuestro estudio fueron el “**deseo de separación**” y la “**imposibilidad de ruptura de la relación**”. A pesar de no diferenciar tampoco los grupos diagnósticos, creemos que son variables a desarrollar y estudiar en muestras más amplias por su cercanía conceptual y epistemológica a nuestras hipótesis centrales. El mayor deseo de separación parece conceptualmente más ligado a relaciones conflictuadas y simétricas, típicas de la distimia, mientras que la imposibilidad para separarse debiera aparecer más frecuentemente en una relación complementaria como la de la depresión mayor. Algunos autores describen unas interacciones de pareja en situaciones de depresión (sin especificar el tipo de trastorno afectivo) caracterizadas por la tensión y la hostilidad (Kahn, 1985), incluso con tasas de divorcio 9 veces mayor que la población general tras un ingreso psiquiátrico (Merikangas, 1984). En nuestra muestra no objetivamos dichos niveles de tensión (algo más presentes en las interacciones simétricas de pacientes distímicos, pero habitualmente inexistentes en TDM), aunque varias de las parejas siguieron algún tipo de proceso terapéutico a la finalización del estudio con tasas de divorcio o separación bajas en el seguimiento a 5 años. Estas diferencias pueden atribuirse a la menor gravedad de nuestra muestra y a la inclusión restringida de TDM y TD, frente a otros trastornos afectivos de mayor gravedad.

## TIPO DE RELACIÓN CONYUGAL.

El *tipo de relación conyugal* mostró diferencias significativas que apoyaban nuestras hipótesis de partida. Los pacientes distímicos se decantan mayoritariamente por relaciones simétricas con sus parejas, mientras los depresivos mayores tienen más tendencia a la complementariedad. Este resultado se ve corroborado por los de las variables “fracaso de la igualdad” y “fracaso de la protección”, más presente el primero en los distímicos y el segundo en los TDM de nuestra muestra.

En el caso de la distimia la evolución de la nueva pareja bajo el signo de la simetría conocerá suertes diversas, dependiendo de múltiples factores, internos y externos a la propia relación conyugal. El cambio de signo en la relación suele presentarse en forma de un desequilibrio en la relación simétrica. Era clásica la situación en que, en una pareja equilibrada profesionalmente, el abandono del trabajo por uno de los miembros (generalmente la mujer, a raíz de la boda o del nacimiento de los hijos) o la pérdida del empleo, actúan como factores precipitantes de la crisis. Se crea una situación de simetría inestable en una pareja cuando la conservación del equilibrio pasa por la inclusión de los síntomas en el conjunto de recursos que definen la situación. Ésta continúa siendo simétrica porque se mantiene el igualitarismo básico en los juegos de poder o, en términos batesonianos, en la capacidad de definir la naturaleza de la relación. Sin embargo, la simetría es inestable porque los efectos de las pérdidas relacionales, paradójicamente compensados por los síntomas que inducen, generan

una continua oscilación entre posiciones de igualdad, de inferioridad y de superioridad.

El juego relacional distímico es, de por sí, potencialmente cronificador, pero existen diversos factores que pueden intensificar esa tendencia, especialmente el peso inexorable del ciclo vital, con las pérdidas que comporta.

### **PARENTALIDAD EN LA FAMILIA CREADA.**

Un resultado estadísticamente significativo fue la mayor presencia de triangulaciones manipulatorias en las familias creadas por pacientes distímicos, algo muy poco frecuente en las familias de los depresivos mayores. Dichas triangulaciones repiten las experimentadas en sus propias familias de origen y, eventualmente, podrían facilitar el desarrollo de cuadros de la estirpe neurótica en los hijos triangulados. Serían necesarios estudios de seguimiento de estos hijos triangulados para confirmar nuestras hipótesis. Por el contrario, la variable "parentalización en la familia creada" refleja unos valores mínimos en ambas muestras. Aunque esperábamos encontrar una mayor incidencia en el grupo TDM, posiblemente la gravedad moderada de nuestra muestra no permite asistir a estas situaciones de sustitución del rol de uno de los progenitores por parte de un hijo, propias de situaciones de abandono o patologías psiquiátricas graves.

### **RECAPITULACION FINAL.**

Existen suficientes evidencias a favor de que los factores sociales (en su acepción más amplia) afecten al riesgo de presentar un trastorno afectivo y a

su evolución y tratamiento. Ningún factor por sí solo puede explicar adecuadamente la amplia gama de fenómenos asociados a la depresión. Por tanto, hay múltiples oportunidades para que las intervenciones psicoterapéuticas reduzcan potencialmente las tasas de los trastornos afectivos y la carga de discapacidad que producen en la sociedad. Son necesarias más investigaciones que permitan delinear tanto los factores psicosociales patogénicos como aquellos otros potenciadores de la salud, así como los procesos por los que operan. Creemos que la búsqueda de marcadores relacionales (o interaccionales) de los diferentes trastornos afectivos (y posiblemente de otros trastornos mentales) puede complementar los ya existentes a nivel biológico y psicológico.

El análisis cualitativo de nuestra muestra ha reflejado de forma incuestionable la presencia de múltiples factores ambientales presentes en las recaídas de estos cuadros. Entre dichos factores ambientales destacan los del ámbito familiar (tanto familia creada como familia de origen) en el caso de mujeres depresivas, y los del ámbito laboral en el caso de varones depresivos.

Queda patente la importancia de la relación interpersonal (en sus ámbitos cognitivos, pragmáticos y emocionales) a la hora de determinar estados de ánimo. La relación puede nutrir psicológicamente, fortaleciendo a la mente y defendiéndola frente a erosiones y traumas, o puede, por el contrario, debilitarla o hacerla añicos. Reconocer estos fenómenos y tenerlos presente a la hora de planificar la intervención o cuidados que el sistema sanitario presta al ciudadano se nos antoja imprescindible.

- AMATO, P.R.(2001): *Children of Divorce in the 1990s: An Update of the Amato and Keith (1991) Meta-Analysis*. Journal of Family Psychology, 15, 355-370.
- BARBATO A., D'Avanzo B. *Terapia de pareja para la depresión* (Revisión Cochrane traducida) en: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 n°4, Oxford.
- BATESON G (1972) *Steps to an Ecology of Mind*. Chandler Pub. Company, New York (Ed. esp.: Pasos hacia una ecología de la mente. Ed. Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1977).
- BAUSERMAN, R.(2002): *Child adjustment in joint-custody versus sole-custody arrangements: A meta-analytic review*. Journal of Family Psychology, 16, 91-102.
- BOSTWICK JM, Pankratz VS (2000) *Affective disorder and suicide risk: a reexamination*. Am J Psychiatry 157: 1925-1932.
- BROWN, GW; Harris, T. (1978) *The Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorders in Women*. Tavistock Pub., London.
- BROWN GW (2002) *Social roles, context and evolution in the origins of depression*. J Health Soc Behav 43: 255-276.
- CANCINI, L, LaRosa C. (1996) *La caja de Pandora*. Barcelona: Paidós.
- CROWTHER, J.H. (1985). *The relationship between depression and marital adjustment: A descriptive study*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 173, 227-231.
- FRANK E, Anderson B, Reynolds C y cols. (1994) *Life events and the research diagnostic criteria endogenous subtype: a confirmation of the distinction using the Bedford College methods* Arch Gen Psychiatry 51:519-24.
- HOPS, H., Biglan A., Sherman L., Arthur J., Friedman L. and Osteen V. (1985) *Home observations of family interactions of depressed women*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 55: 341-346.
- KAHN j., Coyne j. and Margolin G. (1985) *Depression and marital disagreement: The social construction of despair*. Journal of Social and Personal Relationship, 2: 447-461.
- KASEN A, Cohen P, Chen H, et al. (2003) *Depression in adult women: age changes and cohort effects*. Am J Public Health 93: 2061-2066.
- KENDALL-Tackett K (2002) *The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health*. Child Abuse Negl 26:715-729.
- KENDLER KS, Thornton LM, Prescott CA. (2001) *Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects*. Am J Psychiatry 158:587-593.
- KENDLER KS, Myers J, Zisook S (2008) *Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events?* Am J Psychiatry 165: 1449-1455.

- KESSLER, R. (1997) *The effects of stressful life events on depression*. Annual Review of Psychology. 48:191-214.
- LEE CM, Gotlib IH (1989) *Maternal depression and child adjustment: a longitudinal analysis*. J Abnorm Psychol. 98(1):78-85.
- LEWIS, J.M. (1998) *For better or worse: Interpersonal relationships and individual outcome*. Am J Psychiatry 155: 582-589.
- LINARES JL, Campo C (2000) *Tras la honorable fachada*. Paidós Barcelona.
- LINARES, J.L. (1996) *Identidad y narrativa*. Paidós, Barcelona.
- LORIEDO, C., Vella, G. (1992). *Paradox and the Family System*. Nueva York: Brunned/Mazel.
- MAJ M. (2008) *Depression, Bereavement, and "Understandable" Intense Sadness: Should the DSM-IV Approach Be Revised?* Am J Psychiatry 165: 1373-1375.
- MERIKANGAS, K.R.. (1984) *Divorce and assortative mating among depressed patients*. American Journal of Psychiatry 141: 74-76.
- PAYKEL ES (1994) *Life events, social support and depression*. Acta Psychiatrica Scand suppl 377:50-58.
- RICHMAN J (2004) *The family therapy of attempted suicide*. Fam Process 18:131-142.
- RISO L.P., Blandino J.A., Hendricks E., Grant M.M., Duin J.S. (2002) *Marital history and current marital satisfaction in chronic depression*. Journal of Contemporary Psychotherapy 32: 291.
- ROSENFELD S (1999) *Gender and mental health: do women have more psychopathology, men more, or both the same (and why)?*, in A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories and Systems. Edited by Horowitz A, Scheid T. Cambridge University Press, New York 348-360.
- TOLIN DF, Foa EB. (2006) *Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research*. Psychol. Bull 132: 959-992.
- VELLA, G. y Loriedo, C. (1990) *Comprensión y tratamiento del síndrome depresivo desde la perspectiva sistémica*. Psicobiético nº 2: 39-50. (Trad. esp.: Revista de Psicoterapia 13:53-65).
- WAKEFIELD JC, Schmitz MF, First MB, Horwitz AV (2007) *Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses: evidence from the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry 64:433-440.
- WATZLAWICK, P.; Beavin, J, Jackson, D.(1981) *Teoría de la comunicación humana*. Ed. Herder, Barcelona.

- WEISSMAN MM, Bruce ML, Leaf PJ, et al. (1991) *Affective disordersn in Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. Ed by ROBINS LN, REGIER DA, Free Press, New York 53-80.
- WEISSMAN MM, Olfson M (1995) *Depression in women: implications for health care research Science*, 269: 799-801.

# Trastornos de conducta en la adolescencia y relaciones familiares. Estudio de un caso

RAMON ALMIRALL FERRAN, MARIA MARTÍN SANTACREU,  
LAIA SALAT I FOIX, SÒNIA SÀNCHEZ BARTOLOMÉ

## RESUMEN

*Este artículo es el resultado de una investigación en la que se ha analizado la parentalidad y las relaciones familiares en una familia con un hijo adolescente que presenta Trastorno de Conducta (TC). Tras una introducción teórica que enmarca el estudio en la perspectiva relacional sistémica y que define los conceptos de nutrición relacional, funciones normativas, cohesión y adaptabilidad familiar sobre los que gira la investigación, se presentan los resultados obtenidos después del análisis cualitativo del contenido de cuatro entrevistas semiestructuradas y de la administración de la Escala de Cohesión y Adaptación Familiar (CAF). En la discusión se relacionan minuciosamente los resultados con la literatura de referencia, y finalmente en la conclusión, se sintetizan los hallazgos más relevantes del estudio y se proponen nuevos planteamientos para futuras investigaciones.*

*Palabras clave: Trastorno de conducta, Nutrición relacional, Cohesión familiar, Adaptabilidad familiar.*

## ABSTRACT

*This article is the result of a research project in which parenthood and family relations have been analyzed in a family with a teenage child that exhibits behavioral disorder (BD). Following a theoretical introduction that frames the research in the relational systemic perspective and that defines the concepts of relational nutrition, regulatory functions, cohesion and family adaptation around which the project verses, the results after the qualitative analysis of the contents of four semi-structured interviews and the administration of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES) are presented.*

*In the discussion, results and references are meticulously related, and finally, in the conclusion, the most relevant findings of the research are summarized, and new approaches for future research projects are proposed.*

*Key words: Behavioral Disorder, Relational nutrition, Family cohesion, Family adaptability.*

Los problemas relacionados con las conductas disruptivas en la infancia y en la adolescencia son motivo de preocupación en la sociedad actual, tanto en los centros educativos que escolarizan a dichos niños y adolescentes, como también para sus familias. Así mismo, en el ámbito clínico son cada vez más frecuentes las demandas relacionadas con este tipo de dificultades, que han acabado denominándose Trastornos de Conducta (TC).

Aunque hasta hoy no se dispone de una definición interdisciplinaria consensuada sobre las características de los chicos y chicas afectados por un TC, ni tampoco de una definición totalmente compartida de lo que se ha dado en llamar TC, poco a poco parece asentarse una definición coincidente, que será necesario, no obstante, explicitar y justificar suficientemente.

Este estudio ha indagado sobre aspectos del ambiente familiar del adolescente con problemas de conducta. Concretamente, se ha pretendido conocer el tipo de dinámica familiar entre los progenitores y los hijos adolescentes que desarrollan estas disfunciones.

En el presente trabajo, cuando se habla de adolescentes con TC se hace referencia a personas que, aunque no se puedan agrupar en determinadas entidades clínicas definidas, tienen en común el hecho de mostrar, de forma repetida y continuada, comportamientos socialmente disruptivos, generadores de molestia y malestar en otras personas, que habitualmente van acompañados de una ruptura destacable de las normas socialmente aceptadas en una cultura y un mo-

mento histórico determinados (Abio y Vilaragut, 2006; Castejón y Prieto, 2007; Wood, 1998).

Más allá de esta definición inicial, también coincidimos con Castejón y Prieto (2007) cuando han destacado que los TC, a pesar de no ser una entidad clínica definida, pueden ser considerados la manifestación plural y compleja de la dificultad emocional y relacional para ajustar la conducta a las convenciones educativas y sociales de la época y, a menudo, resultan ser el signo emergente de un desarrollo conflictivo.

A efectos de este estudio, diferenciamos los TC de las entidades clínicas con cuadros que incluyen trastornos de acción y motilidad. Así, se entiende que los Trastornos Generalizados del Desarrollo que incluyen patologías del espectro autista, así como las psicosis infantiles, si bien pueden presentar trastornos de comportamiento de forma secundaria, tienen sus problemas psicopatológicos principales centrados en la no integración de las esferas psicomotora y cognitiva, y en la falta de diferenciación del yo respecto a los otros (Castejón y Prieto, 2007). Asimismo, y pese a que se pueden encontrar también importantes trastornos en el comportamiento, tampoco consideramos objeto de estudio en este caso las psicosis de la segunda infancia y de la adolescencia con presencia de experiencias alucinatorias y pensamientos delirantes.

La clínica con adolescentes con TC ha puesto de manifiesto que puede establecerse alguna relación entre las disfuncionalidades presentes en la familia de estos adolescentes y el desarrollo de un TC, mostrando que, tanto la conyugalidad disarmónica como la parentalidad deteriorada,

pueden ser factores favorecedores de la emergencia de TC (Linares, 2006; Micucci, 2005; Nardone, Giannotti y Rocchi, 2003).

Este estudio adopta como marco de referencia la perspectiva relacional-sistémica, la cual propone que la familia es un sistema dinámico en el cual la actuación o el comportamiento de uno de los miembros debe ser visto atendiendo a la actuación de los otros y, sobre todo, como fruto de sus interacciones. Partimos de la definición de familia adoptada por Andolfi (2001) cuando dice que la familia es un conjunto organizado e interdependiente de unidades relacionadas entre ellas por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior.

Describir la familia como sistema, nos lleva a considerar la importancia de las influencias mutuas en su interior como un elemento definidor de la evolución de cada uno de sus miembros: lo que hace uno de los miembros está condicionado y, a su vez, condiciona lo que hacen los otros.

Además, a diferencia de otras perspectivas psicológicas, en la tradición sistémica se habla de sistema adolescente cuando se estudian familias con un hijo o hija adolescente, atendiendo al hecho que tanto el hijo como sus familiares viven una etapa común del ciclo familiar (Abio y Vilaragut, 2006; Garrido y Fernández-Santos, 1995). Desde esta perspectiva, un foco fundamental de interés se sitúa en la dinámica del adolescente con su propia familia.

Así, desde la orientación relacional-sistémica, los TC se entienden como la expresión sintomática de una disfunción en el sistema familiar. Se

considera que los problemas de conducta actúan como un mecanismo regulador del equilibrio familiar, como una solución adoptada por el sistema familiar por evitar enfrentarse con una situación de crisis o caos, cuando se produce el paso de una etapa a otra en el ciclo vital familiar (Abio, 2007).

Por su parte, Linares (1996, 2006) habla de nutrición relacional refiriéndose a las actuaciones de los padres en relación a los hijos, a través de las cuales, en diferentes planos (cognitivo, emocional y pragmático), pueden garantizarles el reconocimiento, la estimación y la valoración necesarios para su desarrollo.

El mismo autor se refiere a los aspectos normativos como las funciones socializantes, mediante las cuales los padres controlan el contacto de sus hijos con la sociedad en un doble sentido: por una parte, ayudándolos a defenderse de las agresiones del entorno (funciones protectoras) y por otra, orientándolos sobre como tratar a los demás a través de la enseñanza de las normas esenciales por vivir en sociedad (funciones normativas). Se trata de una dimensión parental que hace confluir los aspectos protectores y los normativos que contribuyen a la socialización de los hijos.

El mismo Linares (1996) habla de doble parentalidad para referirse al comportamiento parental propio de una pareja de progenitores, enzarzados en una relación simétrica poco equilibrada, y con muchas dificultades para armonizar y unificar sus propuestas relacionales a los hijos. La doble parentalidad puede traducirse en la busca de alianzas con los diferentes hijos que, si obtienen la acogida de estos, generarán triangulaciones ma-

nipulatorias, ya sea en forma de evidentes alineamientos preferenciales hacia un hijo o hija, o de coaliciones continuadas entre uno de los progenitores y uno de los hijos. Las criaturas trianguladas de este modo, reciben continuamente mensajes contradictorios en los aspectos esenciales de las funciones socializantes, relativos a cómo tratar las personas significativas de su entorno y a cómo interpretar el trato recibido.

También desde una perspectiva sistémica, autores como Estalayo y Romero (2005) han propuesto considerar diferentes aspectos y dimensiones no exclusivamente relativos al sistema familiar, como por ejemplo la existencia de ambientes invalidantes, especialmente nocivos para los chicos con una alta vulnerabilidad emocional, refiriéndose a aquellos ambientes que tienden a responder de manera inapropiada y siempre exagerada (por exceso o por defecto) y poco sensibles a los sentimientos particulares del individuo, cuando estos son, además, poco compartidos por el grupo.

Patterson (1982), en cambio, destacó que las familias de adolescentes con TC siguen un patrón de interacción característico. Según este autor, aparece un patrón circular, en el cual los padres ignoran las exigencias del niño cuando se producen en un nivel bajo, pero se inhiben, o responden con castigos desproporcionados, cuando esta conducta se incrementa.

Desde otra perspectiva, Moreno y Cubero (1990) han destacado que los diferentes tipos y grados de control ejercidos por los padres, así como las formas de expresar el afecto o de comunicar entre los miembros de la familia, pueden resultar factores fuertemente influyentes en la emergencia

y/o consolidación de TC. Estas autoras, remitiéndose a los trabajos de Maccoby y Martin (1983, en Moreno y Cubero, 1990) y de Baumrind (1971, en Moreno y Cubero, 1990), describen diferentes estilos de socialización parental que denominan: democrático o autorizativo cuando los progenitores ejercen control-guía y se muestran sensibles y comunicativos; autoritario, cuando ejercen control impositivo y se muestran poco sensibles y limitadamente comunicativos; permisivo-indulgente cuando hay alto nivel de comunicación y afecto, unidos a la ausencia de control y a la exigencia anticipada de madurez; y finalmente, indiferente-negligente, caracterizado por los niveles más bajos de control, y también de implicación afectiva y comunicación, con escasa responsabilización en las tareas de crianza. Estas investigaciones destacan el predominio de problemas de comportamiento y TC entre los adolescentes criados en entornos familiares indulgentes y negligentes.

Otros autores han desarrollado investigaciones en las cuales tienen en consideración la Teoría del apego (TA) de Bowlby (1989) y, a la vez, presupuestos desarrollados desde la Terapia Familiar en relación a la emergencia de TC en los adolescentes. Así, Donley (1993), destaca que los hijos que desarrollan un vínculo seguro en la primera infancia, que genera seguridad con la figura cuidadora, tienen mayores posibilidades de devenir adolescentes y adultos sanos, añadiendo a la vez, que el vínculo va mucho más allá de la relación madre-hijo, puesto que hay una transmisión generacional del mismo y, además, las circunstancias de la vida y las relaciones entre las personas afectan también al vínculo.

Buist, Deković, Meeus y VanAken (2002), adoptando la perspectiva del ciclo vital, amplían la TA a otros periodos de la vida y hablan de dos dimensiones del vínculo: la comportamental y la afectiva/cognitiva. Desde esta consideración, indican que en la adolescencia disminuye la proximidad y aumenta la conflictividad y la distancia emocional. Asimismo, su investigación los lleva a destacar que en la adolescencia, por una parte el vínculo con la madre disminuye si se trata de una hija y se mantiene si se trata de un hijo y, por otra parte, el vínculo con el padre se mantiene igual si se trata de una hija y disminuye si se trata de un hijo. Contrariamente, el vínculo entre los hermanos en la adolescencia dependerá mucho del género de los hermanos: en general aumenta si son del mismo género y disminuye si son de géneros distintos.

Alegret (2008) ha puesto a su vez de manifiesto la incidencia de los diferentes tipos de apego y la emergencia de conflictos de lealtades en el seno de la familia, como elementos influyentes en la aparición de TC. Esta autora, habiendo descrito tipologías diferentes de niños en el curso del afianzamiento de la base segura a lo largo de su vinculación temprana, ha destacado, además, que los bebés pueden devenir niños y adultos exitosos si las reacciones de las personas que cuidan de ellos se adaptan a su originalidad, respetándola y modulando los aspectos más extremos. Por su parte, Lamas (2007), también desde la terapia familiar relacional-sistémica, propone una mirada a los adolescentes problemáticos como niños sufrientes que, al crecer, evidencian su malestar y sus rígidas estrategias de supervivencia. Atribuye el mencionado sufrimiento

infantil a la combinación de la baja parentalidad y a la inclusión del menor en dinámicas disfuncionales de los adultos. Cuando, más tarde, el adolescente busca el reconocimiento de sus iguales, el sufrimiento puede convertirse en tragedia y el padecimiento infantil escondido emerge en forma de adolescente problemático.

Byng-Hall (2002) muestra cómo la parentalización puede ser consecuencia de un vínculo inseguro durante la niñez, el cual, además, puede tener sus orígenes en experiencias parecidas de apego de las anteriores generaciones. Se observan, así, encadenamientos de expectativas familiares que hacen que los progenitores de la nueva familia esperen que alguno de los hijos asuma el rol parentalizado que les tocó a ellos mismos.

Elgar, Knight, Worrall y Sherman (2003) explican que el vínculo inseguro favorece, al llegar la adolescencia, los problemas de conducta, el consumo de sustancias y un pobre funcionamiento familiar. Los adolescentes de ambiente urbano presentan más problemas de comportamiento externalizante disfuncional: más consumo de sustancias, más problemas de conducta, más problemas de salud y más bajo rendimiento académico. También aumenta el riesgo de hipervigilancia, de inhibición, de respuestas ambivalentes y de sociabilidad indiscriminada. Se pone de manifiesto también, que una mala relación entre padres e hijos y una disciplina inapropiada son precursores de comportamiento inadecuado.

Fishman (1990) habla de una autoridad parental débil en familias con un hijo con trastorno grave de conducta y expone, como posibles explicaciones a esta situación familiar, o

bien la ausencia de una figura parental, generalmente el padre o, en otros casos, un patrón crónico de desacuerdo parental con respecto a los límites y las normas familiares.

Mikulincer y Florian (1999) en una investigación fundamentada en el modelo de Bowlby (1989) y en los estilos de apego seguro, evitativo y ansioso-ambivalente descritos por Ainsworth (1978, en Mikulincer y Florian, 1999), confirman también que la experiencia durante la infancia en cuanto a la atención y cuidado por parte de los progenitores, marca los antecedentes para el posterior desarrollo del estilo de apego durante la vida adulta. Esta investigación intenta llenar algunos vacíos que otros estudios habían dejado. Así, por una parte, focaliza la indagación en el apego en la vida adulta, mientras otras se habían centrado en el estilo de apego en la niñez. Por otra parte, analiza la contribución del padre al estilo de apego, más allá del estilo de apego materno habitualmente analizado. Finalmente, analiza también otros factores del ambiente familiar menos frecuentes en investigaciones anteriores como son la cohesión, la adaptabilidad, la comunicación y la conflictividad en el seno de la familia.

Estos investigadores observan que existe la relación esperada entre el estilo de apego parental y el de la descendencia y que existe correlación de género: madre-hija y padre-hijo a este respecto. Concluyen, asimismo, que cuando se observa alta expresividad en la familia y un bajo nivel de conflicto, se puede esperar encontrar vínculo seguro en los hijos. De lo contrario, cuando se han observado bajos niveles de cohesión, adaptabilidad y expresividad en la familia, se ha pues-

to de manifiesto un vínculo evitativo en los hijos. Finalmente, la alta cohesión, adaptabilidad y expresión observadas en la familia, que conviven sin embargo con conflicto, harían prever un vínculo inseguro/ambivalente en los hijos.

Haley (1995) describe como trastornos de la emancipación juvenil las alteraciones y actitudes problemáticas que aparecen en el momento de su emancipación del hogar familiar, identificando su origen en la inestabilidad de la familia y la falta de organización doméstica familiar. El mismo Haley (1995) destaca el hecho de que, cuando en el proceso de emancipación el joven abandona el triángulo formado con los progenitores, estos se encuentran enfrentándose a problemas propios de la pareja, que hasta entonces habían sido amortiguados por la presencia del hijo. En esta situación, la permanencia de un hijo sintomático puede ayudar a mantener la homeostasis familiar.

Cancrini (1996, en Abio, 2007) señala la posibilidad de que las conductas provocadoras de los comportamientos de desvinculación estén sostenidas, favorecidas y/o reforzadas por uno de los dos progenitores. Además, el autor considera que el TC en el adolescente se da a menudo en términos de trastorno de la socialización o sociopatía, entendidos como la dificultad al establecer límites y adoptar comportamientos funcionales en la relación con los otros. Nuevamente, estas dificultades remiten a carencias en la organización familiar y a carencias en el afecto en la relación parento-filial.

Micucci (2005), desarrolla una teoría propia, sólidamente fundamentada en su práctica clínica, y en

contraste con otros pronunciamientos teóricos, con la cual describe lo que denomina el ciclo sintomático. Su tesis central es que los síntomas familiares surgen en un contexto de aislamiento interpersonal, caracterizado por la aceptación condicional y los intentos de controlar al otro. Mientras los miembros de la familia están concentrados en el control de los síntomas (por ejemplo, los problemas conductuales del adolescente), la preocupación que esto genera los lleva a pasar por alto otros aspectos impor-

tantes de la relación entre ellos, como por ejemplo el cuidado mutuo entre los miembros de la pareja, la atención a los demás hijos o las muestras de afecto entre los diferentes miembros de la familia.

De este modo, cuanto más se centran los integrantes de la familia en la conducta sintomática del adolescente, más tenderán a considerar éste como el problema, lo cual hace que el adolescente se sienta, a su vez, cada vez más incomprendido y aislado del resto de la familia (ver Figura 1).

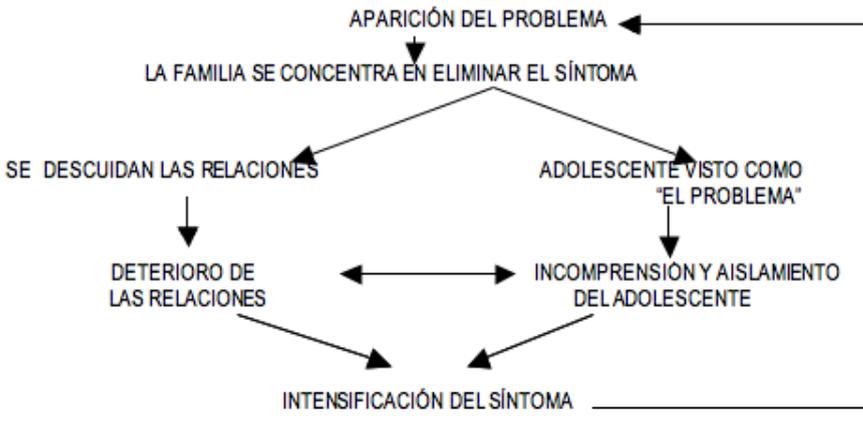


Figura 1. Ciclo sintomático (adaptado de Micucci, 2005)

El mismo Micucci (2005), describe también un patrón de comportamiento entre los adolescentes, que denomina bajo rendimiento pasivo-agresivo, caracterizado por la hostilidad encubierta hacia los padres (que no se ha podido manifestar de forma directa), por la preocupación y por la rivalidad con los padres y hermanos, que ha intensificado el temor al fracaso, así como también por la preferencia por los medios pasivos -agresivos para afrontar las situaciones difíciles. Este patrón es especialmente frecuente en familias en las cuales el buen rendimiento escolar es altamen-

te valorado, lo cual genera a menudo que el adolescente reciba un mensaje de aceptación condicional, que hace depender la valía personal de los resultados académicos.

Cyrulnik (2005, en Pereira y Bertino, 2009) destaca que en muchas ocasiones los adolescentes tiranos han sido antes niños conformistas ansiosos, con dificultades para experimentar la separación respecto a uno de los progenitores. En la misma dirección, Pereira y Bertino (2009) explican como la conducta violenta adolescente ha venido precedida, en ocasiones, por una fusión emocional intensa entre hijo

y progenitor, que durante un tiempo ha convenido a ambos, pero que posteriormente entra en crisis al inicio de la adolescencia, generando comportamientos disfuncionales y alteraciones conductuales ante la dificultad del adolescente para salir de la fusión.

Finalmente, nos referiremos también a la aportación de Olson, Sprenkle y Rusell (1979) conocida como el Modelo Circumplejo de Olson. Este modelo describe la conducta familiar a través de tres dimensiones: la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación.

La Cohesión Familiar se define atendiendo al vínculo emocional existente entre los diferentes miembros de la familia y el nivel de autonomía individual que cada persona experimenta en el ámbito de la propia familia. Esta dimensión incluye diferentes conceptos: vínculo emocional, límites, coaliciones, tiempos, espacio, amigos, toma de decisiones e intereses y ocio, que dan lugar a un continuum de aspectos de la cohesión familiar, que los autores segmentan en cuatro partes. En el extremo de máxima cohesión se sitúa el tipo de cohesión denominada enredada, y en el otro extremo la desvinculada o suelta, caracterizada, contrariamente, por la mínima cohesión y la máxima autonomía de los miembros. En el centro de la dimensión, se sitúan dos modalidades de cohesión más equilibradas y con un mayor equilibrio entre los períodos de actividad compartida o independiente, que se han denominado unida y separada (Olson y col.,1983; Polaino-Lorente y Martínez, 1998b).

La Adaptabilidad Familiar ha sido definida por los autores como la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura, los roles y las

reglas de relación, para dar respuesta a las necesidades surgidas en el seno de la familia y/o entre sus miembros. La hipótesis de los autores es que un sistema adaptado y equilibrado requiere el equilibrio entre la morfogénesis (cambio) y la homeostasis (estabilidad). Dentro de esta dimensión, el continuum de situaciones posibles es igualmente segmentado en cuatro partes que, desde la máxima a la mínima adaptabilidad, denominan respectivamente: rígida, estructurada, flexible y caótica. Del mismo modo que en la dimensión anterior, se prevé disfuncionalidad en los extremos, de forma que cuando la adaptabilidad es extremadamente alta (de tipo caótico) el control parental, el liderazgo y la disciplina tienden a ser inexistentes, mientras que en el extremo contrario, de tipo rígido, el control es autoritario, los roles rígidamente definidos y las negociaciones inexistentes. La adaptabilidad flexible y estructurada, por el contrario, se caracterizan por ofrecer perfiles más equilibrados en los aspectos señalados, diferenciándose entre ellas por moderadas diferencias de grado (Olson y col.,1983; Polaino-Lorente y Martínez, 1998b).

Finalmente, la Comunicación Familiar ha sido descrita como una dimensión que dinamiza y facilita el movimiento de las otras dos y que remite a habilidades positivas entre los miembros (del tipo empatía, comentarios de apoyo, escucha activa...), y a habilidades negativas para la comunicación (del tipo dobles mensajes, críticas destructivas...). A diferencia de las anteriores, esta dimensión no ha sido incluida por los autores en su propuesta de análisis de tipologías familiares (Olson y col.,1983; Polaino-Lorente y Martínez, 1998b).

A partir de considerar los diferentes niveles de cohesión y adaptabilidad familiares, Olson y col. (1979) crean una estructura que las relaciona, dando lugar a 16 diferentes tipo-

logías familiares, resultantes del cruce de las categorías creadas con respecto a la cohesión y a la adaptabilidad, tal como se ve a la Figura 2.

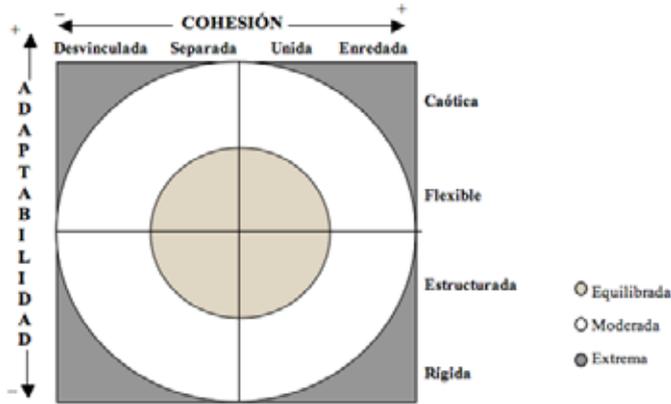


Figura 2. Modelo Circumplejo de Olson y col. (1983) (adaptado por Abio, 2007)

Estas tipologías familiares han sido posteriormente agrupadas por los autores en tres modalidades que han denominado: equilibrada, moderada y extrema. Los tipos de familias equilibradas, situadas en el círculo central de la figura (por ejemplo el tipo separado-flexible o el unido flexible...), se caracterizan por la habilidad de sus miembros para conseguir el equilibrio entre la independencia y la unión familiar y, a la vez, por un considerable nivel adaptativo que les permite afrontar funcionalmente los retos cotidianos y, en particular, las transiciones vitales de sus miembros. En el extremo opuesto se situaría la modalidad extrema, situada en las esquinas de la figura, donde pueden esperarse las situaciones más disfuncionales a nivel individual y familiar. El resto representan los tipos intermedios.

Polaino-Lorente y Martínez (1998a) han destacado, sin embargo, la conveniencia de leer esta clasificación con la prudencia necesaria, teniendo en

cuenta, especialmente, los matices aplicables a los diferentes momentos del ciclo vital individual y familiar. Si bien es cierto que, en términos generales, las zonas centrales representan tipologías familiares más funcionales, esto no excluye, por ejemplo, que la cohesión extrema pueda resultar funcional justo después de una situación de crisis, como la pérdida de un miembro de la familia, o después de un cambio en la estructura familiar, como el nacimiento de un nuevo miembro. Los mismos autores alertan también sobre el hecho de que es la permanencia prolongada de estos patrones extremos la que puede determinar disfuncionalidad, cuando menos en alguno de los miembros del sistema familiar.

A partir del mencionado Modelo, Olson y col. (1983) crearon la escala Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES), que permitió categorizar estas dimensiones y observar las tipologías familiares que

resultan. Esta escala ha sido adaptada al contexto español por Polaino -Lorenzo y Martínez (1998b) con el nombre de *Escala de cohesión y adaptación familiar* (CAF).

Las diferentes investigaciones que han profundizado en la cohesión y la adaptabilidad familiar y, en particular, en el modelo presentado por Olson y col. (1983), han resultado particularmente útiles para el abordaje de estudios como el presente.

Abio (2007) cita varias de estas investigaciones (como las de Gorman-Smith y col., 1998; Ary, Duncan, Duncan y Hops, 1999; Barber, Belitho y Bertrand, 2001; Torrente, 2002) que ponen de manifiesto que las dinámicas familiares caracterizadas por altos niveles de conflicto familiar, por niveles bajos de cohesión familiar y por una adaptabilidad caótica resultan favorecedoras de la emergencia de problemática conductual entre los hijos adolescentes.

La literatura consultada, así como el marco teórico de referencia adoptado por el grupo investigador, que como se ha destacado anteriormente se sitúa dentro del enfoque relacional sistémico, han conducido a plantear los objetivos de investigación que se presentan en el próximo apartado. En estos objetivos destacan algunos conceptos claves como son la nutrición relacional y los aspectos normativos en el seno de la familia, al respecto de los que se ha adoptado la definición de Linares (1996, 2006), presentada anteriormente en este trabajo. También resultan claves los conceptos de cohesión y adaptabilidad familiar, en relación a los cuales se han adoptado las definiciones presentadas por Olson y col.(1983), que han sido igualmente citadas en este mismo apartado.

## OBJETIVOS

El estudio que el grupo investigador se propuso llevar a cabo ha tenido como objetivo analizar la parentalidad y las relaciones familiares en una familia con un hijo o hija adolescente que presenta TC. En especial, se ha hecho referencia a la *nutrición relacional* y a los *aspectos normativos*, según las definiciones adoptadas de Linares (1996, 2006) y a la *cohesión y adaptabilidad* familiares, según las definiciones adoptadas de Olson y col.(1979), tal como se han expresado en el epígrafe anterior.

Este objetivo general se concretó en seis objetivos específicos:

Primero, detectar y analizar las expresiones de *nutrición relacional* presentes en las relaciones familiares, a partir de observar las muestras de afecto, las valoraciones positivas entre los miembros y la preocupación e implicación de los progenitores en relación a los hijos.

Segundo, detectar y analizar la presencia de signos y expresiones contrarias a la *nutrición relacional*, mostrados en forma de descalificaciones, desconfirmaciones y agresiones, en el seno de las relaciones familiares.

Tercero, detectar y analizar la *expresión y formas de gestión de los aspectos normativos* por parte de los progenitores, expresados a través de la gestión doméstica, el establecimiento de normas y reglas familiares, las estrategias disciplinarias utilizadas por los padres y la transgresión de normas por parte de los hijos.

Cuarto, analizar *las características de la cohesión familiar* en relación a los aspectos siguientes: vínculo emocional entre los miembros, utilización de los tiempos y espacios individuales y

compartidos, presencia de coaliciones entre los miembros y desafíos expresados por los hijos hacia los padres.

Quinto, analizar *las características de la adaptabilidad familiar* expresadas a través de la flexibilidad/rigidez familiar, control parental, la modificación de estrategias disciplinarias y la distribución de roles.

Sexto y último, analizar *las expresiones y muestras del legado familiar transmitido por parte de las familias de origen* (FO) de los progenitores, en forma de expectativas y creencias de las respectivas FO, de valoraciones hechas por las FO, de apoyos ofrecidos por parte de las FO y de obligaciones y responsabilidades de los progenitores de la familia creada respecto a las FO.

## METODOLOGÍA

### Diseño.

Este estudio se encuadra dentro de un diseño de caso único. Se trata de una investigación cualitativa, puesto que pretende analizar el fenómeno del TC en su contexto, así como el significado que este tiene para los diferentes miembros de la familia. Es una investigación descriptiva, porque no se manipulan los rasgos estudiados, sino que se analizan tal como existen en la realidad.

### Sujetos participantes.

El estudio se ha llevado a cabo con una familia que hizo demanda de terapia en la Escuela de Terapia Familiar (ETF) del Servicio de Psiquiatría de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, a partir de sentirse desbordados por las conductas dis-

ruptivas tanto en el domicilio como en la escuela del hijo mayor, las cuales no parecían poder enmendarse únicamente desde el ámbito familiar. La familia reside en dicha ciudad y consta de cuatro miembros: padre (P) de 40 años, con estudios secundarios y con un cargo en una empresa de servicios; madre (M) de 40 años, con estudios superiores y funcionaria de la administración pública; hijo (H1) de 13 años y estudiante de 1r curso de ESO; hija (H2) de 10 años y estudiante de 5º de Primaria.

### Instrumentos.

Para la recogida de datos se han utilizado dos instrumentos: *Entrevistas diagnósticas semiestructuradas* y *Escala de cohesión y adaptación familiar* (CAF) (Polaino-Lorente y Martínez, 1996).

Las *entrevistas diagnósticas* han sido realizadas por el equipo de terapeutas / investigadores que se ha hecho cargo de la terapia con la familia. Se ha adoptado el protocolo de entrevistas diagnósticas de Linares y Campo (2000), el cual propone tres fases de entrevistas (análisis de la demanda de terapia, familia de origen y historia de pareja), con el objetivo de poder hacer un diagnóstico relacional.

La *Escala de cohesión y adaptación familiar* (CAF) es una adaptación española de la "Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III" (FACES) de Olson y col. (1979). Los estudios de traducción, adaptación, validación y normalización han sido realizados por Polaino-Lorente y Martínez (1996).

La CAF, que consta de 20 ítems tipos Likert con cinco alternativas,

pretende evaluar las dos dimensiones principales del “Modelo Circumplejo” -la cohesión y la adaptabilidad familiares-, con el objetivo de clasificar las familias en 16 tipos específicos de dinámica familiar.

### Procedimiento.

A partir de las diferentes solicitudes recibidas en la ETF, se seleccionó una familia que cumpliera con los criterios de inclusión del estudio. Con respecto al adolescente: (a) edad comprendida entre 12 y 16 años; (b) que iniciara tratamiento de terapia familiar en el momento de iniciar el estudio; (c) que no tuviera ningún otro diagnóstico psicopatológico según CIE 10 o DSM-IV; (d) que conviviera con los dos progenitores; y (e) se desestimaron parentalidades adoptivas.

Con respecto a los progenitores: (a) no estar diagnosticados de ninguna psicopatología según CIE 10 o DSM-IV; y (b) que ambos progenitores convivan con el hijo diagnosticado con TC.

Una vez seleccionada la familia, por una parte se inició el proceso terapéutico con una periodicidad primero semanal y después quincenal, con el objetivo de poder hacer la recogida de información necesaria para la investigación, al tiempo que se respetaba el proceso terapéutico. Por limitaciones de tiempo, a partir de la grabación de las sesiones, únicamente se pudieron transcribir las 4 primeras entrevistas, las cuales incluyen las dos primeras fases de las entrevistas diagnósticas propuestas por Linares y Campo (2000) (motivo de la demanda desde el punto de vista de todos los miembros de la familia y historia de la FO de ambos progenitores), aunque el

proceso terapéutico incluyó todas las fases. Y por otra parte, se recogieron los resultados de la CAF obtenidos con las respuestas de cada uno de los miembros de la familia.

Una vez obtenidos todos estos datos, se efectuó el análisis del contenido de las entrevistas, siguiendo el modelo de Feixas y Villegas (1990), utilizando el software NVIVO. El equipo de investigación se dividió en dos grupos de dos personas, para llevar a cabo dicho análisis. Cada pareja analizó individualmente las entrevistas asignadas y posteriormente las puso en común con su compañero/a. En una última fase del análisis, se hizo una revisión de todas las entrevistas por parte de todos los miembros del equipo.

Se elaboraron unas categorías provisionales, previas a los análisis de las entrevistas, partiendo de los objetivos específicos de la investigación. De este modo se obtuvieron cuatro bloques de categorías (*Nutrición relacional, Aspectos normativos, Cohesión familiar y Adaptabilidad familiar*), los cuales se desglosaron en diferentes dimensiones para cada una de ellas. A partir de éstas, se hizo el primer análisis, del cual se desprendió la necesidad de ampliar el número de bloques de categorías e incluir tres más: *Signos contrarios a la nutrición relacional, Muestras de transmisión del legado familiar y Otros*). En los siguientes análisis, una vez establecidos los siete bloques de categorías y las diferentes dimensiones de cada uno, se optó por personalizar aquellas categorías donde se hacía imprescindible saber quién decía o hacía la acción y hacia quién iba dirigida. De esta forma, se llegó a un tercer nivel de desglose que dio lugar a las categorías definitivas.

En la Tabla 1 se observan los bloques de categorías y dimensiones utilizados. Asimismo, en los documentos anexos de la memoria de investigación

puede encontrarse el detalle completo de categorías utilizadas dentro de cada dimensión, con un total de 114 categorías.

Tabla 1.  
Bloques de categorías y dimensiones.

BLOQUES DE CATEGORÍAS (Nodos NVIVO)	DIMENSIONES (Nodos ramificados 1 NVIVO)
Presencia de nutrición relacional → NR SI	muestras de afecto calificación - valoración positiva preocupación por los hijos creencias y expectativas positivas en relación a la familia implicación de los padres interés por los sentimientos - pensamientos hijos apoyo-confidencia
(Signos) Contrarios a la nutrición relacional → NR NO	descalificación desconfirmación negligencia en el cuidado del hijo/a agresiones físicas agresiones verbales
Expresión y gestión de los Aspectos → AN	normativos por parte de los padres. horarios normas-reglas gestión doméstica – responsabilidades estrategias disciplinarias 1 trasgresión de las normas
Cohesión familiar → CF	vínculo emocional límites coaliciones desafíos tiempo y espacio amigos – intereses – ocio
Adaptabilidad familiar → AF	flexibilidad ante el cambio rigidez ante el cambio control parental roles estrategias disciplinarias 2 expectativas i creencias de la FO

Muestras de la transmisión  
del Legado familiar proveniente  
de la familia de origen de  
los progenitores → LF

valoraciones por parte de la FO  
apoyo de la FO  
obligaciones y responsabilidades respecto a FO

OTROS → O

autoconcepto positivo  
autoconcepto negativo  
sentimientos negativos  
agravios y quejas  
expectativas varias

Con respecto al análisis de resultados, por una parte, se ha realizado efectuando un vaciado de cada una de las categorías, donde aparecen los fragmentos literales de las transcripciones de las cuatro primeras entrevistas de la terapia familiar con la familia investigada. Utilizando el programa NVIVO, estos fragmentos (“referencias” en el software NVIVO), se han clasificado de acuerdo con cada una de las categorías de análisis. Posteriormente, con el mismo programa, se han generado listados de las referencias para cada una de las categorías y se ha procedido al análisis de cada uno de los bloques de categorías y dimensiones, con el propósito de efectuar la presentación de resultados. Se ha añadido el bloque de categorías “otras”, que agrupa dimensiones y categorías aparecidas que resultaban de difícil clasificación en los bloques creados.

Por otra parte, se han obtenido los resultados de la aplicación de la CAF a los diferentes miembros de la familia investigada.

Los resultados totales obtenidos por los miembros de la familia en los diferentes factores de la CAF, permiten calcular el índice de percepción de la cohesión y la adaptabilidad fa-

miliar por parte de cada uno de ellos. Así, a partir de los factores 2 y 3 se puede calcular la percepción de la cohesión y a partir de los factores 4, 5 y 6 la adaptabilidad. En los resultados de la CAF los datos correspondientes al Factor 1 se consideran independientemente, y quedan al margen de estas dos dimensiones.

## RESULTADOS.

La exposición de resultados se hará en dos partes. En la primera parte, los resultados se presentan en forma de resumen cualitativo de acuerdo con los objetivos de investigación, detallando, además, algunos datos cuantitativos en forma de gráficas, cuando se considera oportuno para facilitar la lectura de resultados. En la segunda parte, se presentan los resultados obtenidos en la aplicación de la CAF a los diferentes miembros de la familia investigada. Se presentan igualmente en forma de resumen cualitativo. El detalle cuantitativo de dichos datos está disponible en la memoria de esta investigación.

**Primera parte: resultados cualitativos de acuerdo con los objetivos de la investigación.**

El primer objetivo es detectar y analizar las expresiones de *nutrición relacional* presentes en las relaciones familiares, a partir de observar las muestras de afecto, las valoraciones positivas entre los miembros y la preocupación e implicación de los progenitores en relación a los hijos.

El resumen de los resultados obtenidos para cada una de las dimensiones del bloque de categorías *nutrición*

*relacional* es el siguiente:

Con respecto a la dimensión *muestras de afecto*, se puede observar que P es el progenitor que expresa más muestras de afecto, en contraste con M, la cual expresa pocas, como puede verse en la Figura 3. Entre los hermanos existen también pocas muestras de afecto. Aún así, las muestras de afecto en los saludos entre padres e hijos están preservadas.

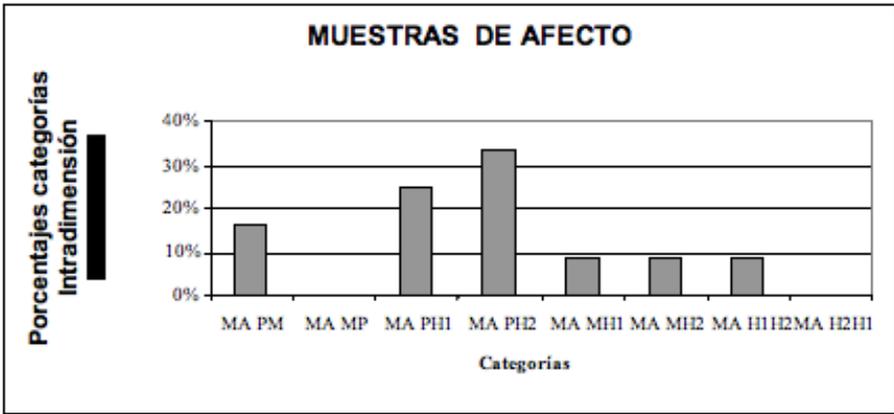


Figura 3. Resultados de la dimensión muestras de afecto.

También se ha podido ver que aparecen algunas valoraciones positivas entre los padres. Cuando estas valoraciones se dirigen a los hijos, existen diferencias según cada uno de los progenitores: M hace pocas valoraciones positivas de H2 y hace muchas de H1,

mientras que P realiza tantas respecto a un hijo como hacia el otro, siendo moderadamente más frecuentes respecto a H2. Se observa también que H1 es el destinatario principal de expresiones de valoración positiva (ver Figura 4).

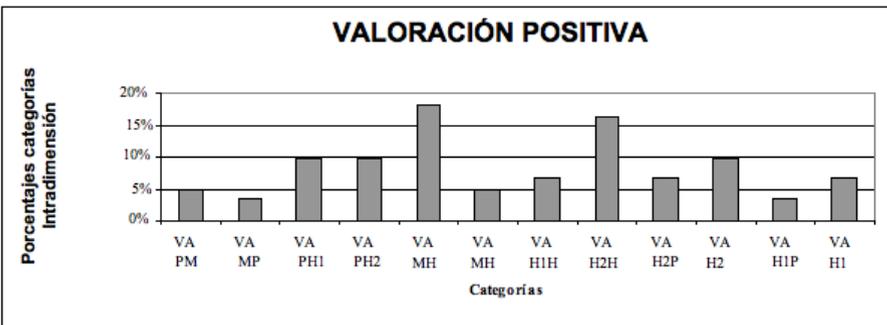


Figura 4. Resultados de la dimensión valoración positiva.

Con respecto al contenido de estas valoraciones, los dos progenitores coinciden en que H2 es una niña “generosa” y “se entrega mucho a los demás”, así como en que tiene mucha admiración por su hermano. Con respecto a H1 los dos valoran que es “un niño muy sensible”, aunque la madre habla al respecto en tiempo pasado. Entre los hermanos se pueden apreciar diferencias en esta dimensión: H1 hace pocas valoraciones positivas hacia el resto de la familia; en cambio, H2 hace valoraciones positivas de los padres y, sobre todo, de H1.

Respecto a las *muestras de preocupación por los hijos y entre los hijos*, se constata que los dos progenitores coinciden en mostrarse preocupados por la relación entre sus hijos, por la de sus hijos con ellos y, en especial, por las dificultades de comunicación. Por separado, a P le preocupa la actitud y comportamiento de H1 tanto en la escuela como en casa, así como que no les explique sus problemas, y a M le preocupan los “dolores imaginarios” de H2, a la vez que su comportamiento y rendimiento en la escuela.

Atendiendo a las *creencias y expectativas positivas en relación a la familia*, los padres expresan el deseo de no discutir tanto con sus hijos y que estos cumplan las normas que ellos establecen. Los hijos coinciden en no querer discutir tanto con los padres como lo hacen. Por su parte, H2 expresa querer que H1 no se meta con ella, ni se ría tanto de ella.

Con respecto a la *implicación en la organización y actividad diaria*, ambos progenitores expresan estar implicados por igual con los dos hijos, aunque algo más con H2. Destaca que H2 conoce los horarios y activi-

dades del resto de la familia, en particular de H1 y de M.

No han aparecido referencias a las *muestras de interés por los sentimientos y/o pensamientos de los hijos*. En cambio, han aparecido muestras de confianza y apoyo entre los padres, pero no de hijos a padres, ni de padres a hijos.

Los resultados en relación al segundo objetivo, detectar y analizar la presencia de *signos y expresiones contrarias a la nutrición relacional*, mostrados en forma de descalificaciones, desconfirmaciones y agresiones, en el seno de las relaciones familiares, son los siguientes:

Del análisis de las entrevistas se desprende que P descalifica a ambos hijos por las constantes peleas que tienen. A nivel individual descalifica la actitud, comportamiento y rendimiento de H1 en la escuela (“desde que ha entrado en el IES tiene el *record guiness* de las notas de mal comportamiento”), así como las imitaciones que H2 hace de la actitud rebelde de H1. Con respecto a M, esta identifica sus hijos como la causa de su malestar y hace muchas atribuciones negativas a H2 (“complicada, difícil...”; “no razona”; “tiene dolores imaginarios”). Los hijos hacen algunas, pero pocas, descalificaciones a sus padres y H2 expresa no poder hacer ninguna atribución positiva a H1. (Ver Figura 5).

Los hermanos expresan que se pelean y se pegan entre ellos, pero no aparece ninguna muestra de agresión física de padres a hijos. Si que aparecen, en cambio, muchas referencias a agresiones verbales entre hermanos (gritos, insultos), aun cuando en ningún caso se dieron durante las sesiones. También aparecen referencias a agresiones verbales entre padres e hi-

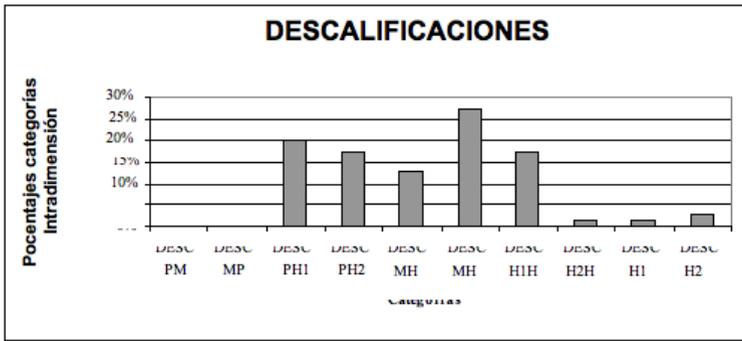


Figura 5. Resultados de la dimensión descalificaciones.

jos (regaños en forma de bronca de padres a hijos, faltas de respeto de hijos a padres, etc.). Más específicamente, H2 se queja de continuas agresiones verbales de H1 hacia ella.

No ha aparecido ninguna muestra de desconfirmación ni de desatención en el cuidado de los hijos.

Comparando los resultados totales de los bloques *signos de nutrición relacional* y *signos contrarios a la nutrición relacional*, se observa un porcentaje casi igual del total de expresiones de valoración positiva y del total de expresiones de descalificación, como puede verse en las Figuras 6 y 7.

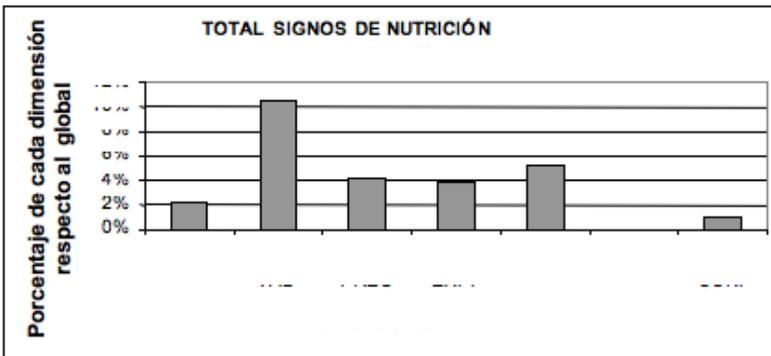


Figura 6. Resultados del bloque de categorías Nutrición Relacional.

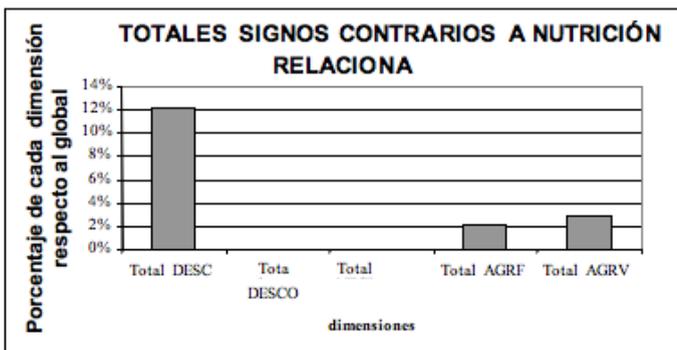


Figura 7. Resultados del bloque de categorías signos Contrarios a Nutrición Relacional.

En relación al tercer objetivo, detectar y analizar la expresión y formas de *gestión de los aspectos normativos* por parte de los progenitores, expresados a través de la gestión doméstica, el establecimiento de normas y reglas familiares, las estrategias disciplinarias utilizadas por los padres y la transgresión de normas por parte de los hijos, los resultados obtenidos para cada una de las dimensiones son los siguientes:

Aparecen muestras de la existencia de *horarios* establecidos en el funcionamiento doméstico, de trabajo, de escuela y de actividades extraescolares, así como el conocimiento de estos por parte de todos los miembros de la familia.

Los hijos expresan entender que sus padres son los que ponen las *reglas y normas*. Los padres usan una planificación de tareas diarias con sus hijos y esperan que estos las cumplan sin ponerlas en entredicho. Los hijos consideran que el no cumplimiento de las normas comporta malestar y discusiones con sus padres, aun cuando H2 expresa que, en algunas ocasiones, sus padres son flexibles con las normas. Según el padre, el no cumplimiento por parte de sus hijos de las normas es la causa de la mala comunicación que hay entre padres e hijos.

Los padres están involucrados en la gestión doméstica de sus hijos y usan la mencionada planificación de tareas diarias para organizar el funcionamiento familiar. P expresa tener dificultades para que sus hijos cumplan con las tareas domésticas asignadas y se queja a este respecto (“yo creo que es bastante fácil recordar que si yo he puesto la mesa ayer, a mí no me toca hoy”).

A *nivel disciplinario* los padres expresan poner castigos de forma

recurrente por las continuas peleas de sus hijos (“nadie ha empezado, nadie sabe, bueno pues dices ‘tengo que castigar a los dos’, así de claro”), así como por el comportamiento y las calificaciones de H1 en la escuela (“le hemos castigado, hoy, ahora mismo tendría que estar esquiando con el colegio...”). Existen diferencias entre los dos progenitores, puesto que mientras el padre hace referencia a castigos específicos ante lo que él considera un incumplimiento de las normas, la madre se refiere más a intentar conversar y hacer razonar a sus hijos, pero a la vez alude a su sentimiento de incapacidad para hacer cumplir las normas.

Con respecto a la presencia de transgresiones, H1 y H2 reconocen no cumplir, en muchas ocasiones, con las tareas cotidianas y diarias que les piden sus padres (“hacerse la cama que nunca lo hacemos, barrer que nunca lo hacemos...”). Asimismo, ambos progenitores expresan que H1 y H2 transgreden la norma discutiendo y peleándose entre ellos, así como con faltas de respeto hacia ellos (“últimamente también, falta al respeto, levanta el tono de voz...”). Se referencian más expresiones de transgresiones por parte de F.

Respecto al cuarto objetivo, analizar las *características de la cohesión familiar* en relación a los aspectos siguientes: vínculo emocional entre los miembros, utilización de los tiempos y espacios individuales y compartidos, presencia de coaliciones entre los miembros y desafíos expresados por los hijos hacia los padres, los resultados obtenidos para cada una de las dimensiones del bloque de categorías es el siguiente:

Se observan muestras de *vínculo emocional* unido entre P y M, en espe-

cial con expresiones de aval y confirmación por parte de P de lo que dice M respecto a diferentes situaciones de dificultad familiar. Entre H1 y H2 aparecen algunas expresiones de *vínculo emocional unido*, particularmente a través de afirmar como un valor positivo el hecho de ser hermanos. Los padres hacen referencia a las imitaciones que H2 hace de su hermano, tanto a nivel de comportamientos, como de querer pasar por las mismas experiencias que él pasa.

Con respecto al vínculo emocional separado, se observan varias referencias de M expresando no sentirse tan unida emocionalmente a H1 como se sentía antes (“conmigo ya no es cariñoso como lo era...”), y refiriéndose a él como la causa de que cambien mucho las cosas entre ellos.

En relación a los *límites familiares*, destaca el hecho que P y M convivieron varios años, de mutuo acuerdo, con el padre de M hasta la muerte de éste. Ambos coinciden en afirmar que la relación que H1 pudo tener con su abuelo, fue positiva para él. Se hace referencia en diferentes ocasiones a tener relación próxima con los tíos y sobrinos de M.

Se observa *coalición* entre P y M, especialmente de apoyo mutuo en la descripción o valoración de hechos familiares (“corroborar todo lo que está diciendo ella...”; “la niña, tal y como ha dicho M, es todo...”). También se observan cuando P y M expresan compartir la visión problemática en relación a sus hijos y cuando coinciden en situar el problema actual en sus hijos, descartando cualquier dificultad en ellos como pareja.

En cuanto al *desafío*, se explicitan desafíos de H1 a P y M en las ocasiones que estos le llaman la aten-

ción (“Si, se lo digo, ‘pues vale, me da igual...’”). H2 desafía a M replicando los castigos que le impone o discutiendo todo lo que esta le dice (“dice siempre la última palabra”).

Aparece más *tiempo y espacio compartido* entre los miembros de la familia que *tiempo y espacio individual*, puesto que en relación a este último únicamente se hacen referencias relativas a cuando H1 y H2 practican sus actividades extraescolares. Se hace referencia al espacio y tiempo compartido en situaciones del tipo: H1 y H2 juegan juntos los fines de semana a la consola, o cuando ven juntos programas de televisión.

Respecto al tiempo y espacio compartido parento-filial, destaca que H2 y P comparten tiempo y espacio cuando cada día P acompaña a H2 a la escuela. H2 comparte también, tiempo y espacio con M cuando ésta la va a buscar cada día a la salida de la escuela (ver Figura 8).

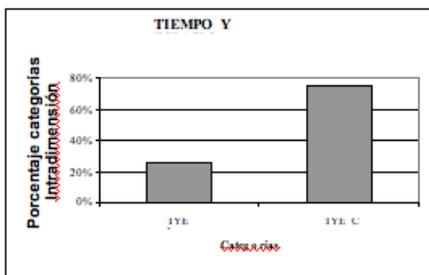


Figura 8. Resultados totales de la dimensión Tiempo y Espacio.

En relación al *ocio individual*, P explica que dedica su tiempo libre a ver la televisión, a escuchar música y a descansar en el sofá de su casa. M, en cambio, explica que le gustaría hacer muchas cosas, pero no hace nada por falta de tiempo, aun cuando dedica el poco tiempo que le queda a leer o a navegar por Internet. A H1 le gusta

dedicar su tiempo libre a jugar a fútbol y al ordenador, mientras que H2 hace referencias a la guitarra.

En cuanto al *ocio compartido*, M lo dedica a salir con un grupo de madres de la escuela de sus hijos, y P explica que una vez al mes sale con un grupo de compañeros del trabajo. H1 explica que comparte el tiempo de ocio con sus amigos de la escuela y también bastantes ocasiones jugando con H2. Tanto H1 como H2 hacen referencia a los muchos amigos que tienen en la escuela (ver Figura 9).

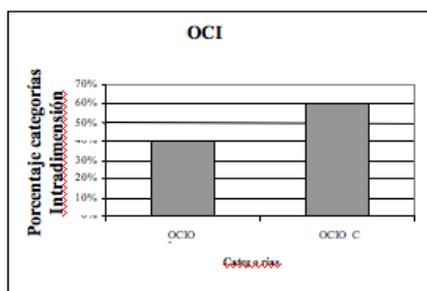


Figura 9. Resultados totales de la dimensión Ocio.

En cuanto al quinto objetivo, analizar las características de la *adaptabilidad familiar* expresadas a través de la flexibilidad/rigidez familiar, control parental, la modificación de estrategias disciplinarias y la distribución de roles, el resumen de los resultados obtenidos es el siguiente:

Por una parte, encontramos muestras de *flexibilidad* ante el cambio por parte de P y M cuando expresan haber cambiado varias veces de trabajo con el propósito de mejorar su situación laboral, cuando M explica que ha visitado un psicólogo en el momento que ha creído necesitarlo o cuando P recuerda haber apoyado a M ante de períodos más difíciles (“Y evidentemente, toda la carga la llevaba ella... yo la ayudaba, pero bueno...”). Por otra

parte, P y M muestran *rigidez ante el cambio* cuando califican el cambio de actitud y de comportamiento de H1 como problema o cuando dicen que actualmente no reconocen a H1 (“antes era muy...”, en cambio ahora no sé como es”; “está cambiando y no parece él”).

En relación al *control* ejercido, aparecen más referencias de *control autoritario* (ver Figura 10). Aún así, aparece un estilo de control permisivo cuando H2 explica que se producen cambios en las normas o castigos establecidos (“...pero a veces nos perdona, le digo ‘¿me puedo poner en el ordenador?’ y me dice que sí”) y un estilo democrático cuando M o P dan explicaciones a H1 o H2.

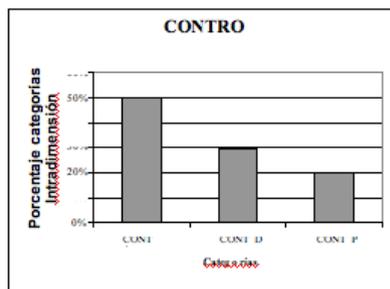


Figura 10. Resultados totales de la dimensión Control.

En cuanto a los *roles familiares*, tanto H1 como H2 opinan que los padres ponen las normas de casa, aun cuando H1 considera que M es quien las hace cumplir y H2 opina que las hacen cumplir los dos por igual. H1 y H2 coinciden en decir que P castiga más que M, y H2 añade que P reacciona más rápido ante el incumplimiento de una norma (“No, porque mamá, no sé, papá lo dice enseguida, dice ‘te quedas sin ordenador’”). M explica haber asumido el rol de cuidadora dentro de su familia de origen (“Bueno, sí, cuando enfermó mi ma-

dre tuve que cuidar de mi madre...”).

En cuanto al tipo de *estrategias disciplinarias* que creen más convenientes, P opina que las normas de casa se deben cumplir sin discutir y que a veces se ve en la necesidad de gritar para que H1 y H2 las cumplan. M desea que H1 y H2 arreglen ellos sus discrepancias, pero siente no poderlos dejar solos porque teme que se puedan acabar haciendo daño (“...pienso déjalos, pero es que me da miedo dejarlos”). Se observa un número muy superior de referencias por parte de P, respecto a las de M, como se puede ver a la Figura 11.

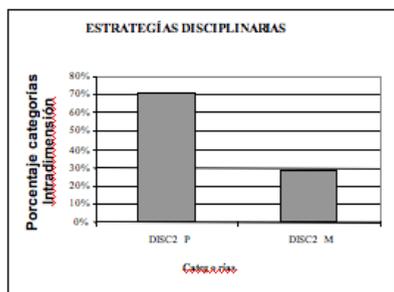


Figura 11. Resultados totales de la dimensión Estrategias Disciplinarias.

En relación al sexto objetivo, analizar las *expresiones y muestras del legado familiar transmitido por parte de las familias de origen de los progenitores*, en forma de expectativas y creencias de las respectivas FO (familias de origen), de valoraciones hechas por las FO, de apoyos ofrecidos por parte de las FO y de obligaciones y responsabilidades de los progenitores de la familia creada respecto a las FO, el resumen de los resultados obtenidos es el siguiente:

P expresa que siente que decepcionó a su familia de origen cuando continuó con los estudios, mientras que M cree que ha logrado las expectativas que su familia depositó en ella

(“Bueno, ahora, según cómo, he cumplido con su deseo”). A la vez, tanto P como M sienten haber tenido el apoyo de sus familias respectivas en los momentos que lo han necesitado. Coinciden también en considerar que M ha asumido muchas obligaciones y responsabilidades de su familia de origen (“Bueno sí, cuando enfermó, tuve que cuidar de mi madre”; “Si, era la pequeña y (la madre) decía que era la única que no le hacía daño, que los demás le hacían daño cuando la tocaban”).

Finalmente, en cuanto a los resultados en relación al bloque de categorías que hemos denominado “otras”, el resumen de los resultados obtenidos para cada una de las dimensiones es el siguiente:

Se observa la presencia de *agravios* expresados por parte de toda la familia. P y M se quejan de las peleas entre H1 y H2, de las transgresiones constantes de H1 y H2 y del cambio en la actitud y el comportamiento de H1. Particularmente, M se queja de que H1 ya no es tan afectuoso como antes y de las provocaciones de H2 y, finalmente, H1 y H2 creen que su comportamiento no es tan grave como sus padres dicen.

P y H1 muestran un *autoconcepto positivo* cuando el primero se considera impulsivo en relación a la muestra de sentimientos hacia los demás (“Pues si una persona me gusta, pues le demuestro...”) y el segundo cree que puede mejorar su rendimiento académico.

M muestra un *autoconcepto negativo* al considerarse más débil que P en relación a la crianza de los hijos (... pero conmigo... no sé, supongo porque yo soy más, más...débil o lo que sea,...”), o cuando dice que le cuesta expresar los sentimientos. H1 y H2

también muestran un *autoconcepto negativo* cuando H1 expresa ser consciente de su cambio de actitud y de comportamiento tanto en casa como en el instituto y cuando H2 considera que el problema de la familia es el comportamiento tanto de ella como de su hermano. Asimismo, M demuestra tener sentimientos negativos cuando percibe que H2 la desautoriza al desafiarla (“O sea, sabes, aquella sensación de decir, es que no la he castigado, se ha puesto de cara a la pared, sabes aquello que dices... o sea...”).

Con respecto a la dimensión de *expectativas variadas*, se observa que P se queja del funcionamiento del sistema educativo y que H1 y H2 creen que sus padres esperan que se comporten tan bien como los hijos de sus amigos.

### Segunda parte: resultados obtenidos de la aplicación de la escala CAF a cada uno de los miembros de la familia.

En relación al Factor 1 (“Sobre los hijos”) destaca que P y M obtienen la misma puntuación (14) y por lo tanto se sitúan en el mismo rango de puntuaciones (14-17), según la gradación de rangos establecida en la CAF. Por su parte, H1 y H2 coinciden en el mismo rango de puntuaciones (10-13), aunque sus puntuaciones no son iguales (13 y 11 respectivamente), tal y como se puede observar a la Figura 12. Aunque padres e hijos están situados en diferentes rangos, ambos hacen referencia a límites claros entre generaciones, aun cuando difieren en el grado de proximidad entre padres e hijos.

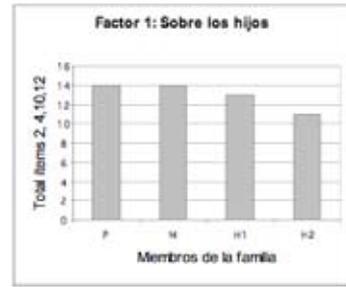


Figura 12. Resultados del Factor 1 de la CAF: “Sobre los hijos”

En relación al Factor 2 (“Sobre la unión como sentimiento”), se observa que P y M coinciden de nuevo en la puntuación obtenida (15), mientras H1 y H2 obtienen puntuaciones diferentes uno respecto al otro (8 y 9 respectivamente), aunque esto no los sitúa en rangos diferentes y ambos coinciden en el rango 3-11. Destaca la diferencia de puntuación total entre padres e hijos, tal y como puede verse en la Figura 13, lo que los sitúa en dos extremos opuestos en cuanto a la percepción de la unidad afectiva: padres con una percepción de proximidad emocional e hijos con una percepción de separación emocional extrema.

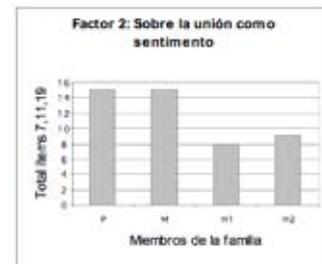


Figura 13. Resultados del Factor 2 de la CAF: “Sobre la unión como sentimiento”

Con respecto al Factor 3 (“Sobre el compromiso familiar”), destaca la diferencia de puntuaciones obtenidas por M (12) y las del resto de la familia

(P=18, H1=17, H2=19), tal y como puede verse en la Figura 14. Estas puntuaciones sitúan a los miembros de la familia en diferentes rangos de puntuación: M en el rango 5-14, asociado a un compromiso de interacción muy baja; H1 a 15-17, asociado a un compromiso aceptable, con preferencias por la distancia emocional; P y H2 a 18-20, asociado a un compromiso personal óptimo en relación a la distancia emocional que existe entre sus miembros.

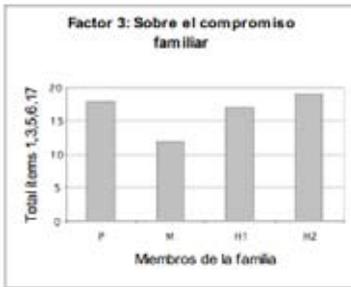


Figura 14. Muestra de resultados del Factor 3 de la CAF: “Sobre el compromiso familiar”

En cuanto al Factor 4 (“Sobre la creatividad familiar”), tal y cómo puede verse en la Figura 15, las puntuaciones obtenidas por P y H1 (12 y 11 respectivamente) se acercan y los hacen estar situados en el mismo rango de puntuaciones (11-13), coincidiendo en la percepción del estilo de negociación familiar como flexible. Por su parte, M y H2 también están próximas (puntuaciones de 10 y 9 respectivamente), situándose también en un mismo rango (8-10), lo cual hace referencia a una visión de negociaciones estructuradas y decisiones tomadas por los padres, sin que aparezcan muchos cambios en la aplicación de las normas.



Figura 15. Resultados del Factor 4 de la CAF: “Sobre la creatividad familiar”

En relación al Factor 5 (“Sobre la responsabilidad”), se observa que existe una dispersión de puntuaciones entre los diferentes miembros de la familia, lo cual los sitúa a cada uno de ellos en un rango diferente de puntuaciones. P obtiene una puntuación de 2, lo que se corresponde con el rango 2-3 y con una percepción de un repertorio de roles limitados impuestos por los padres; M puntúa 6 en este factor, lo que la sitúa en el rango 6-7 asociado a una percepción de roles compartidos y elaborados de forma conjunta; H1 obtiene una puntuación de 5, lo que se corresponde con el rango 4-5 donde la percepción es de estabilidad en el establecimiento de roles; H2 puntúa 8 en este factor y por lo tanto se sitúa al rango 8-10 asociado a una percepción de carencia de claridad en los roles, con cambios frecuentes (ver Figura 16).



Figura 16. Resultados del Factor 5 de la CAF: “Sobre la responsabilidad”

Finalmente, en cuanto al Factor 6 (Sobre la adaptación a los problemas”), se observa que, por una parte, P, H1 y H2 obtienen unas puntuaciones (9, 10 y 11 respectivamente) que los sitúan en el mismo rango de puntuaciones (9-11). Por lo tanto, comparten la percepción de un estilo de liderazgo igualitario dónde la disciplina se aplica de forma democrática y negociada. Por otra parte, M obtiene una puntuación de 12 y se sitúa al rango 12-15 asociado a una percepción de liderazgo limitado y errático, donde la disciplina no es siempre consistente (ver Figura 17).



Figura 17. Resultados del Factor 6 de la CAF: “Sobre la adaptación a los problemas”

Una vez calculados los resultados con los criterios definidos a la CAF en relación a las dimensiones Cohesión y Adaptabilidad, se obtuvieron los resultados globales que se exponen a continuación.

Con respecto a la cohesión se puede observar cómo únicamente M y H2 coinciden en el mismo rango (27-31), siendo 27 y 28 sus puntuaciones respectivamente. P se sitúa al rango 32-36, obteniendo una puntuación de 33 en esta dimensión. Por último, H1 puntúa 25 en esta dimensión, y por lo tanto se sitúa él solo en el rango 8-26.

En cuanto a la adaptabilidad, destaca que M, H1 y H2 se sitúan en el rango 25-32, aun cuando H1 puntúa 26 y M y H2 coinciden en obtener una puntuación de 28. Por su parte, P se sitúa él solo en el rango 17-24, habiendo obtenido una puntuación de 23.

La combinación de las puntuaciones obtenidas en estas dos dimensiones sitúan a la familia en las diferentes posiciones del gráfico propuesto por Olson y col.(1983) que aparece en la Figura 18.

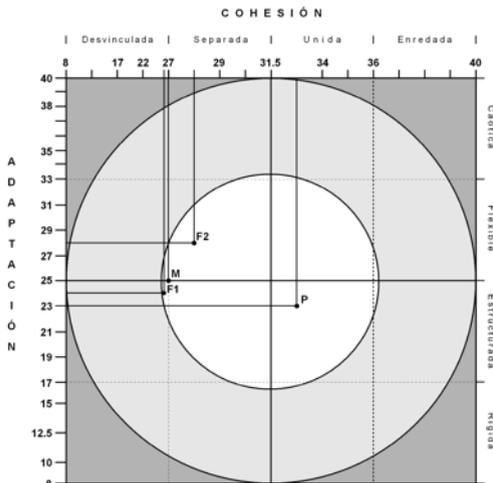


Figura 18. Muestra de resultados globales familiares de la CAF.

## DISCUSIÓN.

Basándonos en la bibliografía revisada y comentada a lo largo del marco teórico con el que hemos iniciado este artículo, a continuación exponemos las reflexiones que se han realizado de los resultados obtenidos en nuestro estudio; en otras palabras, el significado que se otorga a estos resultados respecto de los objetivos de la investigación.

Con respecto a la *Nutrición relacional* en el seno de la familia, en el caso investigado se ha podido observar, por una parte, la presencia de valoraciones positivas de los padres hacia los hijos - y en particular de M en relación a H1 - y por otra, que las muestras de afecto entre los miembros de la familia, aparecen moderadamente preservadas, aun cuando a menudo se muestren desajustadas. En los resultados del estudio no se han encontrado pues, los aspectos que Cancrini (1996, en Abio, 2007) y Elgar (2003) han descrito como precursores de la emergencia de TC en adolescentes.

De lo contrario, el hecho de que M hable de las muestras de afecto de parte de H1 en tiempo pasado, insistiendo en la diferencia respecto a la situación actual, aparece como un indicador de lo que Buist y col. (2002) han descrito como las dificultades de adaptación del sistema familiar a los cambios en la expresión de los vínculos emocionales por parte de los hijos adolescentes. Este mismo hecho, ampliado con otras expresiones referenciadas, que muestran una fuerte vinculación entre M y H1, hacen visible un escenario de fusión entre ambos miembros de la familia, aspecto que ha sido descrito por Pereira y Bertino (2009) como uno de los posibles fac-

tores favorecedores de violencia filio parental.

Las peleas entre los hermanos apuntan en la misma dirección que las presentadas por Buist y col. (2002) cuando las describe como conductas esperables en las fratrías preadolescentes de diferente sexo.

Mientras que en este estudio aparece, aunque sólo parcialmente, un bajo nivel de comunicación y afecto, que Moreno y Cubero (1990) describen como precursores de TC, no se han podido encontrar en cambio, ni negligencia parental, ni actitudes desconfirmadoras hacia los hijos, aun cuando sí se observan descalificaciones. Todas estas dimensiones han sido señaladas por Linares (1996, 2006) como indicadores destacados de falta de nutrición relacional y posibles generadores de disfuncionalidad en la actuación parental, y consideradas por Maccoby y Martin (1983, a Moreno y Cubero, 1990) como favorecedoras de la emergencia de TC en adolescentes.

Aunque hay una alta implicación en el cuidado de los hijos, no aparece en cambio preocupación por los intereses o sentimientos de estos. Este hecho concuerda con lo que expresa Miccuci (2005) respecto a que los progenitores con hijos con TC tienden a centrarse tanto en el *ciclo sintomático*, que desatienden otros aspectos de la relación.

La ausencia de muestras de interés por los sentimientos o preocupaciones de los hijos, puede haber favorecido también los problemas de conducta escolar, que podrían aparecer como respuesta del adolescente para evitar la visualización de los problemas de aprendizaje que pueden haber aumentado al pasar a la Educación Secunda-

ria. Este resultado coincidiría con lo que Miccuci (2005) describe como *bajo rendimiento pasivo-agresivo*.

En relación a los *Aspectos Normativos*, tanto los resultados de las entrevistas como los de la CAF, ponen de manifiesto que, con respecto a las normas, P es más normativo y M menos, pese a que declaran expectativas familiares parecidas. Esta diferencia se traduce, además, en incoherencia parental en el ejercicio de la disciplina y tiene especial incidencia en el momento que M, la progenitora que expresa tener más dificultades para hacer cumplir los límites definidos por los propios progenitores, es quien debe supervisar las normas, y expresa sentirse más débil que P en relación a la crianza. Estos resultados relativos a la incoherencia parental, o doble parentalidad, coinciden con lo que han descrito Fishman (1990), Linares (1996), Moreno y Cubero (1990) y Pereira y Bertino (2009), en relación a su papel precursor de la emergencia de TC.

Con respecto a la Cohesión familiar, la percepción de cohesión *separada-desprendida* - en los términos utilizados por la CAF - observada en M, H1 y H2, contrasta con la percepción de P, que expresa que hay *cohesión familiar unida*. Esta discrepancia, pese a que no ha sido considerada lo suficiente significativa en los estudios de Olson y col (1979), ni en los de Polaino-Lorente y Martínez (1998a), como indicador de disfuncionalidad importante, sí que resulta informadora de una diferencia de percepciones entre los progenitores a tener en cuenta, mostrándose, además, como un dato que correlaciona bien con el TC moderado observado en el adolescente de la familia investigada. Resulta

revelador asimismo, que P sea quien tiene una visión de mayor cohesión, cuando es el miembro de la familia que por motivos laborales más se ausenta de la vida cotidiana familiar desvelando un contraste, frecuente en el caso investigado, entre los ideales familiares y las muestras de la actividad cotidiana.

Con respecto a la Adaptabilidad, nuevamente concuerdan los resultados de las entrevistas con los de la CAF, mostrando ciertos márgenes de flexibilidad por parte de los dos progenitores en relación a varios ámbitos de la vida cotidiana. Este hecho contrasta sin embargo, con la rigidez aparecida en relación a la definición de normas y en la aplicación de estrategias disciplinarias. La rigidez en las normas y la disciplina resulta especialmente significativa por el momento del ciclo vital familiar, cuando la incorporación de uno de los hijos en la adolescencia entra en especial colisión con las dificultades adaptativas familiares. Estos resultados se pueden relacionar con lo que han descrito Abio y Vilaregut (2006), Buist (2002), Garrido y Fernández Sánchez (1995) y Haley (1995) con respecto a la incidencia de la rigidez parental y a la falta de adaptabilidad familiar en la aparición de TC en los sistemas familiares con adolescentes.

Añadiéndose a lo que se acaba de mencionar la presencia de castigos desmesurados, en forma de sanciones - de las que a veces los padres olvidan por qué estuvieron puestas -, junto con la falta de atención por los sentimientos y preocupaciones de los hijos antes mencionada, mostrarían lo que Patterson (1982) describe como un patrón circular disfuncional de respuesta parental presente en los siste-

mas familiares con adolescentes con TC.

Con respecto a la incidencia del legado de la familia de origen de los progenitores en las creencias sobre la familia creada y las formas de relación actuales, se han podido observar algunos rasgos especialmente significativos en la herencia relacional aportada por M a la nueva familia. La experiencia biográfica de M como responsable y cuidadora de su propia familia desde la infancia, parece tener fuerte relación con sus expectativas en relación a la función de los hijos hacia los padres, esperando por ello respuestas de los propios hijos muy diferentes de las que efectivamente encuentra. Asimismo, se observan indicadores, en la relación con el hijo, de formas de apego que tenderían a reproducir las anteriormente vividas por ella. Ambos resultados apuntan en la misma dirección que el que han descrito Mikulincer y Florian (1999) en relación a la reproducción del vínculo, y Byng-Hall (2002) sobre esquemas de reproducción de la parentalización vivida.

## CONCLUSIONES.

A partir del estudio de caso realizado se han puesto de manifiesto algunos aspectos relevantes, entre los cuales podemos destacar que la presencia de rigidez en la adaptación a los cambios, y todavía más en la definición de normas y estrategias disciplinarias, puede tener un papel altamente favorecedor en la emergencia de TC. Es decir, aun cuando se confirma la necesidad de una estructura normativa clara, la carencia de flexibilidad actúa en dirección contraria a la adaptación necesaria en el ciclo vital de familia con un hijo adolescente.

A su vez, la fusión entre uno de los progenitores y el hijo adolescente, aparece como un importante obstáculo al proceso de separación y emancipación de este hijo adolescente, favoreciendo la emergencia de respuestas disfuncionales por parte de éste, como por ejemplo el TC, en un intento de conquistar la separación. Esta dificultad de separación resulta especialmente difícil cuando concurre, además, con una fuerte insensibilidad por parte de los progenitores respecto a los sentimientos reales del hijo.

La incoherencia parental y la inconsistencia en las conductas relacionales y en las estrategias disciplinarias han dado muestras, en el caso investigado, de ser fuertemente favorecedoras del desconcierto en la respuesta del adolescente y de la emergencia de respuestas conductuales con disfuncionalidad creciente.

Así mismo, el legado relacional heredado de la familia de origen de los progenitores ha actuado, en el caso investigado, como un factor activador de los intentos de parentalización por parte de uno de los progenitores,

así como de la presencia de valores y la puesta en práctica de estrategias disciplinarias que reproducían de forma rígida modelos vividos por los progenitores en su infancia. Los progenitores han tendido a esperar de los propios hijos aquello que se esperaba de ellos en su infancia.

Finalmente, la actitud disruptiva del hijo adolescente en la escuela se ha podido desvelar como un posible encubrimiento de las dificultades de aprendizaje del adolescente o del miedo a evidenciarlas ante sus padres, en tanto que éstos resultaban para el adolescente poco receptivos a una noticia decepcionante sobre él. Según esto el adolescente de la familia estudiada preferiría ser visto como malo a ser visto como *incapaz*.

Para terminar nos parece oportuno sugerir posibles líneas de continuidad a la investigación presentada. En primer lugar, nos parece interesante abordar un estudio parecido al presentado escogiendo un caso en el que se pueda contar con un TC en un momento más avanzado de su manifestación, para contrastar, en una situación de disfuncionalidad más grave, la presencia o ausencia de los distintos aspectos analizados en el caso presentado.

Para futuras investigaciones, creemos que pueden ser útiles las dimensiones y categorías empleadas en este estudio, ampliando en algunos casos la concreción de categorías, sobre todo en el sentido de especificar en mayor grado la direccionalidad del fenómeno observado en todas las interacciones analizadas.

También nos parecería positiva la ampliación de los objetivos en estudios futuros, abordando un análisis de discurso que, más allá del análisis de contenidos abordado en esta inves-

tigación, permita adentrarse en otras nuevas dimensiones relacionales. De esta manera, tal y como exponían Cecchin, Lane y Ray (1992):

*“Así se obtendrían indicios sobre qué aspectos del sistema familiar conviene fortalecer. De esta manera se estudiaría lo que en teoría sistémica se ha llamado ‘multifinalidad y equifinalidad’: ¿cómo es que personas con antecedentes parecidos terminan siendo distintas? ¿Cómo es que otras de antecedentes diferentes desarrollan los mismos problemas? (p. 90).*

## Referencias Bibliográficas

- ABIO, A., (2007). *Estructura familiar, dinámica familiar i relacions familiars bàsiques en famílies amb un fil adolescent amb trastorn de conducta*. Trabajo de investigación no publicado, Facultat de psicologia, ciències de l'educació i l'esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull.
- ABIO, A. y Vilaragut, A. (2006). Adolescents amb trastorns de conducta: percepció de l'estil de socialització rebut de les seves figures parentals. *Aloma*, 18, 159-173.
- AINSWORTH, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978) *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- ALEGRET, J. (2008). La relació entre pares i mestres: una pintura sobre seda. *Guix*, 345, 71-77.
- ANDOLFI, M. (2001). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- ARY, D. V., Duncan, T. E., Duncan, S. C. y Hops, H. (1999). *Adolescent problem behavior: the influence of parents and peers*. Behaviour research and therapy, 37, 217-230.
- BARBER, J. G., Belitho, F. y Bertrand, L. (2001). Parent-child synchrony and adolescent adjustment. *Child and adolescent social work journal*, 18, 51-64.
- BOWLBY, J. (1989) *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una Teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- BUIST, K. L., Dekovi , M., Meeus, W. y VanAken, M. A. G. (2002). *Developmental patterns in adolescent attachment to mother, father and sibling*. Journal of youth and adolescence, 31, 167-176.
- BYNG-Hall, J. (2002). *Relieving parentified children's burdens in families with insecure attachment patterns*. Family proces,s 41, 375-388.
- CASTEJÓN, E. y Prieto, A. (Coords.) (2007). *Els Trastorns de la Conducta a l'escola*. Publicaci n del Departament d'Educaci  de la Generalitat de Catalunya.
- CECCHIN, G., Lane, G. y Ray, W. A. (1992). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- DONLEY, M. (1993) *Attachment and the Emotional Unit*. Family Process, 32, 3-30.
- ELGAR, F. J., Knight, J., Worrall, G. J. y Sherman, G. (2003). *Attachment characteristics and behavioural problems in rural and urban juvenil delinquents*. Child psychiatry and human development, 34, 35-48.
- ESTALAYO, A. y Romero, J. C. (2005). *Intervención en problemas de conducta: desarrollo y contención validante*. Redes, 15, 100-113.
- FEIXAS, G. y Villegas, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: PPU. Promociones y Publicaciones Universitarias.

- FISHMAN, H. C. (1990). *Tratamiento de los adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- GARRIDO, M. y Fernández-Santos, I. (1995) *Adolescencia y familia*. En A. Espina, B. Pumar y M. Garrido (Comp.), *Problemáticas familiares actuales y terapia familiar* (pp. 157-224). Valencia: Promolibro.
- GORMAN-Smith, D., Tolan, P. H., Loeber, R. y Henry, D. B (1998). *Relation of family problems to patterns of delinquent involvement among urban youth*. Journal of abnormal child psychology, 26, 319-333.
- HALEY, J. (1995). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- LAMAS, C. (2007). *Para comprender la adolescencia problemática*. Redes, 18, 63-85.
- LINARES, J. L. (1996). *Identidad y narrativa*. La terapia familiar en la práctica clínica. Barcelona: Paidós.
- LINARES, J. L. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós.
- LINARES, J. L. (2006). *Una visión relacional de los trastornos de personalidad*. En A. Roizblatt (Ed.), *Terapia familiar y de pareja* (pp. 166-178). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- MICUCCI, J. A. (2005). *El adolescente en la terapia familiar. Cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Buenos Aires: Amorrortu.
- MIKULINER, M. i Florian, V. (1999). *The association between parental reports of attachment style and family dynamics, and offspring's reports of adult attachment style*. Family Process Journal, 38, 243-257.
- MORENO, M. C. y Cúbero, R. (1990). *Relaciones sociales: Familia, escuela compañeros. Años preescolares*. En J. Palacios, C. Coll y A. Marchesi (Comps.), *Desarrollo psicológico y educación I*. Madrid: Psicología Evolutiva. Alianza Ed.
- NARDONE, G., Giannotti, E. y Rocchi, R. (2003). *Modelos de familia. Conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. Barcelona: Herder.
- OLSON, D. H., Sprenkle, D. H. y Rusell, C. S. (1979). *Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications*, Family Process, 18, 3-28.
- OLSON, D. H., Russell, C. S. y Sprenkle, D. H. (1983). *Circumplex Model of marital and family systems: VI. Theoretical update*. Family Process, 22, 69-83.
- PATTERSON, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene: Castalia.
- PEREIRA, R. y Bertino, L. (2009): *Una comprensión ecológica de la violencia filio-parental*. Redes 21.
- POLAINO-Lorente, A. y Martínez, P. (1996). *Escala de cohesión y adaptación familiar* (C.A.F.). Traducción, adaptación y validación para la población española, Instituto de ciencias para la familia, Universidad de Navarra, España.

- POLAINO-Lorente, A. y Martínez, P. (1998a). *El funcionamiento familiar en el modelo circunflejo de Olson, Russell y Sprenkle*. En *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. Madrid: Ediciones Rialp.
- POLAINO-Lorente, A. y Martínez, P. (1998b). *¿Cómo evaluar el funcionamiento familiar?*. Madrid: Instituto de ciencias para la familia.
- TORRENTE, G. (2002). *Patrones de interacción familiar relacionados con el desarrollo de la conducta antisocial en adolescentes murcianos*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, España.
- WOOD, M. D. (1998). *Trastorno del comportamiento y trastorno negativista desafiante*. En D. X. Parmelee (Ed.), *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Harcaur Brace.



# Un abordaje sistémico-relacional en residencias geriátricas: un estudio de observación sistemática de personas con demencia.

JOSEP VILA MIRAVENT

## RESUMEN

*Este estudio de observación sistemática tiene el objetivo de confirmar la existencia de la psicología social maligna en una residencia geriátrica usando el Dementia Care Mapping, y valorar la formulación de emergencias sistémicas con los resultados obtenidos. Para la observación se dispone de una muestra de 5 personas con demencia, seleccionadas en su ambiente natural. Los resultados más relevantes son la confirmación de los indicadores de la psicología social maligna y el DCM como un instrumento que permite plantear formulaciones sistémicas. Se concluye que el modelo de la atención centrada en la persona y el modelo sistémico-relacional comparten muchos ámbitos de conocimiento.*

*Palabras clave: modelo sistémico relacional, modelo de la atención centrada en la persona, demencia*

## ABSTRACT

*The aim of this systematic observation research is to confirm the existence of malignant social psychology in a nursing home using Dementia Care Mapping, as well as to assess the formulation of systemic therapy emergencies with the results obtained. Sample consists of 5 people with dementia, selected in their natural ambience. More relevant results are the presence of malignant social psychology has been confirmed and DCM as a tool that supports the formulation of systemic therapy emergencies. It is concluded that person centred care and the systemic therapy approach share basic knowledge fields.*

*Key words: systemic therapy approach, person centred care approach, dementia*

Según los estudios de epidemiología, las enfermedades identificadas como síndrome de demencia afectan entre un 5% y un 10% de las personas mayores de 65 años. (Llinàs, 2005). La edad, es decir, el hecho de envejecer, se considera un factor de riesgo. En nuestro país hay estudios de prevalencia e incidencia de la demencia que confirman que el número de personas afectadas aumenta con la edad y puede alcanzar entre un 25% o 30% en el caso de las personas mayores de 80 años. (Llinàs, 2005). Se trata de unas enfermedades orgánicas y crónicas, que causan un deterioro de las capacidades cognitivas y funcionales, que irrumpen en la vida de las personas interfiriendo su proyecto vital y provocando una situación de pérdida de autonomía personal que obliga a buscar apoyo en otras personas, con frecuencia la familia, o en una red de apoyo más amplia, los recursos sociales y sanitarios, preferentemente las residencias geriátricas.

Aunque existe una gran diversidad de tipos de demencia, los estudios epidemiológicos concluyen que las más frecuentes son la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular o las manifestaciones mixtas de Alzheimer y vascular. (Llinàs, 2005). Se trata de enfermedades de larga evolución, de un proceso lento pero insidioso, que necesita de un continuum de recursos de apoyo desde la manifestación de los primeros síntomas y la elaboración del diagnóstico diferencial, hasta el exitus. En España, la familia es el entrono cuidador mayoritario y se calcula que existen 3,19 plazas residenciales por cada 100 ciudadanos

mayores de 65 años (SEGG, 2000). En el proceso de la enfermedad suelen producirse un tipo de alteraciones de conducta que deterioran la convivencia y desbordan el entorno familiar, precipitando la demanda de un recurso asistencial y posterior ingreso en alguna residencia geriátrica (Tobaruela, 2004). Actualmente, en las residencias geriátricas de nuestro país el 53% de sus usuarios sufren algún tipo de deterioro cognitivo o sospecha de demencia (Tobaruela, 2002).

Tradicionalmente, el modelo biomédico ha sido el predominante en la atención a las personas mayores con enfermedades orgánicas como la demencia. Desde este modelo la persona mayor es un sujeto pasivo, receptor de atención y apoyo, y su familia su interlocutor y cuidador principal. Disponemos de una extensa literatura sobre el impacto psicológico en el entorno cuidador, principalmente la familia, y las dificultades para mantener la autonomía de la persona afectada (Zarit y Edwards, 2008). También disponemos de unos pocos estudios que, desde un modelo sistémico, han abordado el impacto de la enfermedad en las relaciones familiares, así como la interacción entre la demencia, el rol de cuidar y las relaciones de pareja, y el rol de los amigos en la red de apoyo de una persona con demencia (Curtis y Dixon, 2005). A pesar de tratarse de una problemática que tiene un gran impacto en la familia y los entornos cuidadores, el número de estudios siguiendo un modelo sistémico es muy bajo. En una revisión sistemática de literatura realizada entre los años 1986 y 1994 tan sólo se identificaron un 3% de artículos sobre el envejecimiento y sus principales problemas (Mitrani y Czaja, 2000). El concepto

de enfermedad crónica ha recibido más atención y se han planteado más propuestas de intervención donde se confirma la efectividad de un abordaje sistémico para disminuir la carga emocional de la familia (Carr, 2009).

La gerontología es la disciplina que tiene por objeto de estudio el proceso de envejecimiento y se ha alimentado de muchas otras disciplinas para entender en su globalidad los fenómenos bio-psico-sociales de la vejez y del proceso de envejecimiento. La práctica gerontológica también se ha enriquecido enormemente del modelo sistémico-relacional. Un ejemplo son los trabajos de Herr y Weakland (1982) publicados en *Terapia interaccional y tercera edad: Asesorando la familia del geronte* donde se conceptualizó un modelo de terapia breve sistémica para atender las necesidades de las familias que afrontaban el envejecimiento de alguno de sus miembros. Desde aquellos inicios hasta la actualidad ha habido algunas nuevas experiencias de servicios y propuestas de intervención, usando esta orientación y específicamente dirigidos a personas mayores (Benbow et al, 1990; Benbow et al, 1993; Benbow y Marriott, 1997).

De acuerdo con Herr y Weakland (1982), las personas mayores, de igual forma que las personas con esquizofrenia, tiene que soportar la visión de que sus problemas cursen de forma descendente, irreversible y progresivamente. Los problemas están dentro de la persona, y por lo tanto, se la excluye de la sociedad común, ubicándola en una institución donde una asistencia especial podrá compensar sus deficiencias. En su trabajo, identifican diversos temas muy frecuentes en este grupo de edad; uno

de especialmente significativo es la institucionalización del anciano en un centro residencial. Hay factores, y no únicamente la condición médica de la persona mayor, que causan la alteración del equilibrio familiar, y determinan la institucionalización (Herr y Weakland, 1982). Observaron que, en muchos casos de institucionalización, los miembros del personal se podían convertir en integrantes de la familia por extensión y eran arrastrados a interactuar como si fueran parte del sistema familiar. Su planteamiento representa una de las primeras miradas sistémicas de las residencias geriátricas.

Está claro que los términos que han sido prominentes en la literatura sistémica como el constructivismo, la narrativa y los vínculos han influenciado la práctica gerontológica, (Curtis y Dixon, 2005). En el sector de servicios para mayores, esta influencia ha llevado a reconocer la importancia del entorno social del anciano. La aplicación del constructivismo social ha sido determinante al estudiar el impacto de las interacciones y interrelaciones del anciano con los demás y, más concretamente, del entorno social de la persona con demencia (Curtis y Dixon, 2005). Esta influencia ha participado en la generación de nuevos modelos complementarios y, a veces cuestionadores, del modelo bio-médico. Entre éstos destacaríamos el modelo de atención centrada en la persona con demencia (Kitwood y Bredin, 1992). Todas estas nuevas propuestas han ayudado a que, actualmente, se observe una mayor aceptación de la capacidad de las personas mayores, incluso en las que sufren demencia, de beneficiarse de la psicoterapia o de las intervenciones psicoterapéuticas.

Actualmente son muchas las perspectivas que reconocen la importancia de analizar, comprender e intervenir en el contexto psicosocial de las personas mayores para mejorar su bienestar emocional. En el caso de las personas con demencia, se sabe que no todo lo que hacen, ni todas sus conductas, se explican por el daño neurológico que sufren (Kitwood, 2003). Sin embargo, aún predomina el modelo bio-médico y una visión incompleta de la demencia, donde todo es debido a la enfermedad orgánica, y sus cuidadores son los principales representantes de la persona enferma. En este modelo, se deja de lado la experiencia subjetiva del propio afectado y la importancia de sus relaciones y del entorno psicosocial que atiende sus necesidades psicológicas.

Se considera que la excelencia en la atención a las personas con demencia ha de tomar, como punto de partida, la experiencia subjetiva y nos hemos de poder preguntar cómo debe ser vivir con demencia. Si aquello que queremos es estimular las fortalezas y las habilidades que mantiene, será necesario escuchar su percepción y el relato en primera persona de lo que les acontece (Phinney, 2008). Históricamente se ha pensado que las personas con demencia no eran fiables cuando narraban su propia experiencia. El reto profesional es transformar este marco de referencia y permitir que la voz de las personas con demencia sea escuchada sin intermediarios y con el mismo valor que del resto de interlocutores (Phinney, 2008).

El proceso de envejecer se entiende mejor si se estudia a la persona mayor y a su red de apoyo social. Muchos profesionales del ámbito social y sanitario, cuando han de intervenir con la

persona mayor, han de tener presente, incluir y colaborar con esta red de apoyo. La práctica sistémica ha desarrollado un gran conocimiento sobre la interrelación entre el paciente identificado y la familia, y entre las familias y los sistemas amplios (Imber-Black, 2000). El terapeuta familiar sabe que cuando el paciente identificado, las familias y la red social extensa tienen que interactuar, suelen aparecer ciertos temas comunes. Uno de los más frecuentes es el uso de etiquetas, éstas pueden determinar las relaciones, y a menudo, la derivación desde otro sistema se hace adjudicando una etiqueta que puede jugar a favor o en contra de la persona (Imber-Black, 2000). La demencia puede ser una etiqueta que se convierta en una nueva identidad para la persona, y todo aquello que la identifica y la individualiza queda en un segundo nivel de importancia.

La construcción social de la demencia y el significado que se le otorga al deterioro cognitivo depende, en gran parte, del contexto social que la cuida (Clare, 2004). Es por eso que la práctica sistémica es muy relevante en el *día a día* de los servicios pensados para personas mayores. Las residencias geriátricas son sistemas complejos donde el personal de atención directa tiene que atender a personas mayores muy dependientes y en situación de dificultad emocional, pero con muy poca formación y entrenamiento en cómo atender las necesidades psicológicas de los enfermos (Curtis y Dixon, 2005).

Jeffery (1986), pionero en el uso de un abordaje sistémico en residencias geriátricas, identifica un cúmulo de factores que tienen un fuerte impacto sobre la calidad de atención en una residencia; los más relevantes

son la moral y la actitud del personal, el entorno físico, la organización del trabajo, el estilo de dirección, la comunicación entre propio personal y entre los usuarios y el personal. Pearce (2002) aconseja un abordaje sistémico para residencias geriátricas donde se incluya al personal, a la familia y a la persona con demencia, aunque las dificultades cognitivas sean evidentes. Finalmente, Milton y Martin (2003) proponen un modelo de consulta para residencias geriátricas donde el foco de análisis sea el sistema de la persona y no el individuo en sí. Su propuesta recomienda la creación de un equipo reflexivo, donde se discutan y analicen las diversas perspectivas del personal de atención directa; y, especialmente, las relaciones e interacciones entre el personal y los residentes, y el personal entre sí. Uno de los objetivos principales del equipo reflexivo es identificar los propios recursos y fuerzas del personal para producir una mejora en la calidad de atención.

En el abordaje sistémico-relacional, sabemos que un cambio en un miembro del sistema afecta o puede afectar al resto de los miembros. La patología o el sufrimiento psicológico se explican y se conceptualizan trascendiendo al propio individuo y explorando la función que forma el síntoma, es decir, la manifestación del sufrimiento, dentro de un sistema del cual el individuo forma parte. La patología psicológica no se considera como un conflicto del individuo, sino una patología de la relación.

El estudio y desarrollo del concepto de sistema ha sido una de las principales aportaciones al conocimiento psicológico. El concepto se empieza a desarrollar en los años 40, para poder entender mejor fenómenos humanos

que los planteamientos teóricos vigentes no podían explicar. A pesar de que no hay una teoría unificada, se considera que Von Bertalanffy en la obra del año 1968 *General Systems Theory*, y Buckey en la obra del año 1967 titulada *Sociology and Modern Systems Theory*, fueron los precursores del corpus teórico de este concepto. Tradicionalmente, la psicología ha conceptualizado el individuo como una unidad y ha considerado que los procesos de desarrollo del individuo son una parte de esta unidad. Simon, Stierlin y Wayne (2002), constatan la aportación del modelo sistémico, al conceptualizar el individuo como una parte del gran sistema que constituye la familia. Esto permite explicar mejor la conducta humana. *“La conducta no es independiente de las condiciones ambientales ni el producto de procesos intra-psíquicos, sino el resultado del interjuego de procesos recíprocos entre las partes interactuantes”* (Simon, Stierlin y Wayne, 2002: 338).

La conducta del sistema en su conjunto viene determinada por las reglas de comunicación, interacción y relaciones recíprocas entre los miembros del sistema. En el caso de las personas con demencia, las conductas consideradas inapropiadas tienen un valor de conducta comunicativa; son un fragmento de conducta que tiene unos efectos profundos sobre todos los que le rodean. El síntoma o alteración de la conducta tiene la función de mantener el equilibrio del sistema; la intervención psicoterapéutica quiere incidir activamente en el sistema, para modificar las secuencias comunicativas defectuosas.

De las distintas escuelas que han enriquecido el corpus teórico del modelo sistémico-relacional, la escuela

desarrollada en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California, es la que conceptualizó el papel de la comunicación como un fenómeno crucial para comprender las interacciones y las relaciones dentro de los sistemas. La teoría de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967) establece cinco propiedades simples de la comunicación que tiene consecuencias interpersonales:

Primera:

En las relaciones no es posible no comunicarse .

Segunda:

Toda acción comunicativa contiene un aspecto de contenido o referencial, y un aspecto relacional o conativo de tal forma que el segundo modifica al primero y por lo tanto es una metacomunicación.

Tercera:

La naturaleza de una relación depende de la puntuación de la secuencia de comunicación entre los comunicantes.

Cuarta:

Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.

Quinta:

Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según se basen en la igualdad o en la diferencia.

Para Watzlawick *et al* (1967), en una situación de interacción, toda conducta tiene un valor de mensaje, es decir, de comunicación; en otras palabras, por más que alguien lo intente, no puede dejar de comunicar-

se. Actividad o inactividad, palabras o silencio, siempre tienen el valor de mensaje: tienen una influencia sobre los demás, y estos, a su vez, no pueden dejar de responder y, por tanto, también comunican. El intento de no comunicarse puede existir en cualquier contexto donde se desea evitar el compromiso propio a toda comunicación.

Si consideramos que una persona no puede abandonar el espacio físico -pensamos en el caso de las personas con demencia y los que les cuidan en un centro residencial -, podemos anticipar las posibles reacciones que puede tener si, en realidad, no desea comunicarse. Como, por ejemplo, el rechazo a la comunicación. Se puede transmitir al otro que no interesa mantener una conversación. También se puede dar una descalificación de la comunicación. Es decir, la persona se puede comunicar de tal manera que la propia comunicación, o la del otro, queden invalidadas. Las descalificaciones cubren una amplia gama de fenómenos comunicacionales; algunos ejemplos son las autocontradicciones, las incongruencias, los cambios de tema, salir por la tangente, interpretaciones literales de la metáfora o interpretaciones metafóricas de las expresiones literales.... A menudo se utilizan estos ejemplos de comunicación cuando alguien se siente atrapado en una situación en la que se ve obligado a comunicarse pero, al mismo tiempo, se desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación. Fenómenos de la comunicación que también se observan en las relaciones de las personas con demencia. De acuerdo con Watzlawick *et al* (1967), desde este punto de vista comunicacional, no hay diferencia entre la conducta de un individuo llamado normal o la

de un individuo mentalmente enfermo. Los dos están delante del mismo dilema, no pueden no comunicarse pero desean no hacerlo. La conducta o comunicación “alienada” no es necesariamente la manifestación de una mente enferma, sino que puede ser la única reacción posible ante un contexto de comunicación absurdo o insostenible.

La comunicación transmite información e impone conductas. Aquello referencial está relacionado con la información de un mensaje y, por lo tanto, con su contenido. Aquello conativo hace referencia a qué tipo de mensaje se debe entender y, en consecuencia, a la relación entre comunicantes. Es decir, el primero transmite los datos de la comunicación y el segundo cómo debe entenderse esta comunicación en concreto. En una situación relacional puede ser que haya desacuerdo a nivel relacional, pero los implicados tratan de resolverlo a nivel de contenido, donde realmente no hay desacuerdo, y esto puede acarrear la aparición de conflictos.

La persona con demencia, de la misma manera que los que no la tienen, es incapaz de mantener su estabilidad emocional durante períodos prolongados en que sólo se comunica consigo misma. La persona con demencia también construye una narrativa de su identidad y necesita a las personas que le rodean para hacerlo. La residencia geriátrica es un contexto social y comunicacional reducido, si lo comparamos con la sociedad en general. Para muchas personas con demencia que viven en las residencias, el interlocutor principal - a veces el único- con el que pueden construir la narrativa de quién son, es el personal de atención directa.

Hagamos el siguiente ejercicio: la persona con demencia puede ofrecer a un miembro del personal una definición de sí misma. Éste puede responder a la definición con confirmación o desconfirmación. La desconfirmación no se refiere a la verdad o falsedad de la definición que la persona con demencia hace de sí misma, sino que el personal niega la realidad de la persona con demencia como fuente de tal definición. No le está diciendo únicamente que está equivocada, también le niega la existencia. Otra posible respuesta del personal ante la definición que la persona con demencia propone de sí misma es rechazarla. A pesar del dolor que implica el rechazo, como mínimo presupone un reconocimiento limitado de lo que se rechaza y, por lo tanto, no niega necesariamente la realidad de la imagen que la persona tiene de sí misma.

El ser humano se comunica de manera digital y analógica. Aquello que se ha conseguido durante la historia de la humanidad no se podría entender sin el desarrollo del lenguaje digital. Resulta muy importante cuando se trata de compartir información sobre los objetos. Sin embargo, se ha desarrollado un gran campo de conocimiento donde se identifica que, cuando se trata de la relación, la comunicación analógica se convierte en la más importante. La comunicación analógica coincidiría con la comunicación no verbal, es decir: los movimientos corporales, la postura, la gestualidad, la expresión facial, el ritmo, la cadencia de las palabras y los indicadores comunicacionales que aparecen en el contexto.

Ricci (1986) nos alerta de analizar estos conceptos de la comunicación de manera simplista y únicamente ba-

sándose en la díada emisor-receptor y formula una propuesta de actualización de los conceptos definidos en la teoría de la comunicación de Watzlawick. La escuela de Milán plantea que la comunicación debe estudiarse desde un “modelo explicativo basado en la complejidad llamado “Sistema Extenso de la Comunicación (S.E.C.)” (Ricci, 1986:251). Se trata de un sistema interactivo que contempla que toda comunicación, aunque aparentemente sea entre un emisor y un receptor, inevitablemente comporta relaciones múltiples donde el emisor se coloca ante todos los participantes del sistema. Su premisa es que la comunicación interpersonal es un fenómeno muy complejo en el cual hay distintos niveles de realidad y estos niveles se pueden “combinar, aunque conserven sus diferencias o pueden fundirse, mezclarse, hallando la armonía en su contradicción o bien en su incompatibilidad, formando una mezcla explosiva” (Ricci, 1986:266).

Bateson (1972) introdujo los conceptos de complementariedad y simetría en referencia a dos categorías básicas en las que se pueden dividir todos los intercambios comunicacionales. Las dos tienen funciones importantes y, por lo que se sabe de las relaciones sanas, es necesaria la presencia de las dos, aunque en alternancia mutua o actuando en distintas áreas. Que se relacionan simétricamente en algunas áreas y de forma complementaria en otras.

En el caso de las personas con demencia, un problema característico de las relaciones complementarias aparece cuando exigen al personal que confirme una definición que hacen de sí mismos y que no coincide con la forma en que el personal les ve. Esto

les sitúa ante un dilema, tienen que modificar la definición de sí mismos de manera que complemente y corrobore la del personal. Sabemos que en las relaciones complementarias una definición de sí mismo sólo se puede mantener si el otro participante realiza el rol específico complementario. Se debe recordar que no puede haber un enfermo de demencia en una residencia sin un cuidador, en este caso sin un auxiliar u otro profesional de la atención directa.

Además, Bateson (1972) definió que en una relación complementaria hay dos posiciones diferentes. Un participante ocupa lo que se ha descrito como la posición superior, mientras que el otro ocupa la posición correspondiente inferior. Una relación complementaria puede ser establecida por el contexto social o cultural (como en los casos de auxiliar de geriatría - o cualquier otro miembro del personal de atención directa - y paciente de demencia). En cualquier caso, destaca el carácter de encaje mutuo de la relación de ambas conductas, distintas pero interrelacionadas, y tienden a favorecerse. Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al mismo tiempo que ofrece definiciones que encajan. Son posiciones jerárquicas en un marco de relaciones complementarias. Los patrones de relación se modifican a lo largo del tiempo y, según el contexto, el mismo patrón puede ser marcadamente confirmador del *self* en un momento, y desconfirmador en otra etapa de la historia de la relación.

Otra de las grandes aportaciones teóricas y pertinentes al objeto de

nuestro estudio, fue el desarrollo de la teoría del doble vínculo. Se trata de una situación en la que *“haga lo que haga, la persona no puede ganar”* (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956: 251). No se trata de una situación relacional entre una víctima y un verdugo, sino de *“personas atrapadas en un sistema que produce definiciones conflictivas de la relación y la consiguiente perturbación subjetiva”* (Bateson et al, 1962: 157)

De acuerdo con Bateson (1972), es obvio que muchos sistemas de relación, sean entre individuos o grupos de individuos, manifiestan una tendencia hacia el cambio progresivo. Si una de las pautas de la conducta del contexto, considerada adecuada para un individuo, está culturalmente concebida como pauta de autoridad, en cuanto se espera que el otro individuo responda a ella, con lo que en este contexto se considera sometimiento, es probable que este sometimiento promueva una nueva conducta autoritaria y que ésta última exija un nuevo sometimiento.

Kitwood (2003) fue uno de los primeros psicólogos que definió todo aquello que las personas con demencia necesitan recibir de aquellos que les rodean para poder existir como personas, y desarrolló un marco teórico de trabajo llamado atención centrada en la persona y la psicología social maligna (PSM)<sup>1</sup>. Su grupo de investigación de la Universidad de Bradford, en el Reino Unido, creó un instrumento, el Dementia Care Mapping (DCM)<sup>2</sup> (Bradford Dementia Group, 2005), que permite objetivar cómo la persona con demencia se ve perjudicada

por la presencia de una PSM en la que las relaciones interpersonales no favorecen el mantenimiento del estatus de “ser persona”. Afirman que en su experiencia, en muchas ocasiones, las personas con demencia sufren porque se las atiende de una manera que perjudica su persona y definen el concepto de la siguiente manera:

*“Se trata de una categoría o estatus otorgado a un ser humano por otros en el contexto social y de relaciones del ser. Implica reconocimiento, respeto y confianza. Tanto la aceptación como la no aceptación de la condición de persona tiene consecuencias que se pueden demostrar de forma empírica”* (Kitwood, 2003:27).

Si esta posición o estatus se conserva, la persona con demencia puede mantenerse en un estado de bienestar emocional. Es muy frecuente observar que el personal de atención directa de las residencias ha de hacer frente a conductas de agresividad, actitudes desafiantes, intentos de huida, estados de angustia y de agitación. En muchas ocasiones se consideran conductas propias de la enfermedad y como consecuencia del daño neurológico, sin considerar su significado relacional y sin tener en cuenta las agresiones que pueden suponer para una persona enferma determinadas actitudes profesionales.

Según el abordaje de la atención centrada en la persona (Kitwood, 2003), la psicología social de la residencia puede favorecer o perjudicar el estatus de la persona. A medida que la enfermedad deteriora las capacidades verbales, la importancia de un con-

1. Psicología Social Maligna, a partir de ahora PSM.

2. Dementia Care Mapping, a partir de ahora DCM.

tacto auténtico, respetuoso y de aceptación mediante canales no verbales adquiere más importancia que antes. Con la irrupción de la demencia, las defensas psicológicas de la persona se vuelven muy vulnerables. Cuando el *self* o la integridad del yo se desestructura, es muy importante que se pueda mantener mediante las relaciones que se experimentan.

En este modelo se definen cinco necesidades psicológicas básicas, que se satisfacen mediante la relación social y las interacciones con otras personas (Brooker y Surr, 2005)

#### Comfort:

Todo lo que tiene relación con mostrarnos cálidos y próximos a los demás. El confort se asocia a demostrar ternura, proximidad y ofrecer ayuda.

#### Identidad:

Saber quién eres en relación a cómo te sientes contigo mismo y cómo piensas. La identidad es cada vez más algo que proviene de aquellos que rodean la persona con demencia. La identidad tiene relación con el hecho de saber quién es cada uno y con tener un sentimiento de continuidad con el pasado.

#### Apego:

Los humanos son una especie marcadamente social y necesitan sentirse cercanos a otros, especialmente en momentos de profunda angustia o de cambio. La estima tiene relación con los lazos, las conexiones, la educación, la confianza y las relaciones.

#### Ocupación:

Sentirse implicado en el proceso de la vida. Satisface la profunda necesidad que tienen los individuos de tener un

cierto impacto sobre el mundo y las personas que les rodean.

#### Inclusión:

Formar parte de un grupo es importante para la supervivencia de la especie humana. Las personas con demencia corren el riesgo de hallarse socialmente aisladas, incluso cuando viven en un entorno comunitario.

La atención y satisfacción de estas necesidades psicológicas ayuda a las personas con demencia a sentirse relajados, seguros, cómodos, valorados y útiles. Las personas con demencia, sin embargo, suelen tener menos capacidad para actuar de forma autónoma y de manera que les permita satisfacer estas necesidades y por lo tanto su bienestar es más dependiente de las atenciones que reciben del personal de atención directa.

La PSM se puede identificar, es decir, todo el personal y el equipo de trabajo de una residencia pueden crear los indicadores que ayuden a hacerla visible. El personal no lo hace con voluntad expresa de perjudicar, al contrario, los episodios de PSM nunca se cuestionan, han acabado por ser parte integrante del entramado de la cultura de la atención y, por lo tanto, de la organización. La perversidad de estas actitudes se basa en el hecho que pasan de uno a otro miembro del personal de atención con mucha facilidad. Cuando alguien empieza a trabajar en una residencia, aprende a comunicarse a partir de lo que hacen sus compañeros de trabajo. *“Si el estilo de comunicación tiende a la infantilización, al paternalismo o a la desautorización, el personal recién llegado lo adoptará”* (Kitwood, 2003:87). Se puede evidenciar empíricamente que los episodios frecuentes

de PSM perjudican a la persona, rebajan el bienestar y aumentan el grado de malestar y, en el peor de los casos, provocan una radical despersonalización de las personas con demencia y refuerzan la percepción de la sociedad de que éstas no son del todo humanas (Brooker y Surr, 2005). Identificarlo resulta el elemento indispensable para transformarlo y conseguir que las relaciones sean personalizadoras y refuercen todo aquello que otorga estatus a la persona.

Considero que el modelo de la atención centrada en la persona de Kitwood tiene muchas áreas de conocimiento compartidas con el modelo sistémico aunque no ha sido conceptualizado como tal. La atención centrada en la persona propone responder al contenido emocional y al uso de la comunicación analógica cuando la digital no es clara; el retorno de la persona al mundo de las relaciones sociales, respondiendo a su presencia en el sistema usando el principio de la neutralidad y la adaptación de la comunicación a un ritmo y estructuras adecuadas a sus posibilidades. La conceptualización de la PSM se apoya en el hecho de que las residencias son sistemas interactivos que están gobernados por muchas normas explícitas e implícitas, y que como en todo sistema, hay jerarquías formales e informales, y diversos subsistemas de personal. Cada nueva incorporación al equipo de atención directa se adaptará rápidamente a las normas imperantes. Si algún miembro del personal cuestiona alguna de estas normas, como por ejemplo el tipo de relación que se establece con los residentes, se arriesga a tener problemas con sus compañeros. Por eso, la psicología social maligna es tan difícil de

erradicar. El éxito de la intervención psicológica para mejorar el bienestar de las personas con demencia dependerá del proceso que se planifique para introducir cambios en la organización, es decir, en el sistema.

Roper-Hall (2008) nos habla de la adaptación y variación de las técnicas sistémicas cuando interviene con mayores y también del uso de otros instrumentos como los genogramas multigeneracionales, los mapas relacionales, los sociogramas en el caso de las residencias geriátricas y los ecomapas cuando la persona mayor interactúa con los sistemas más amplios de soporte socio-sanitario. Esta autora ha desarrollado un instrumento llamado ideograma donde, gráficamente, se representan las personas, las ideas, los acontecimientos, los diagnósticos y todo aquello construido en el lenguaje que tiene un significado en la conversación terapéutica. Compartiríamos la afirmación de que el uso de estos instrumentos facilitan la emergencia de una formulación sistémica del problema que queremos abordar.

Otro concepto compartido entre el modelo sistémico y la atención centrada en la persona es el reconocimiento de las necesidades psicológicas del personal de atención directa. Los equipos de trabajo tienen que apoyarse en sus posibilidades para transformar los aspectos malignos de la psicología social de la residencia. La definición de la atención centrada en la persona con demencia (Brooker, 2007) también se puede aplicar en el caso del personal (Brooker 2008), hay que valorar y tener en cuenta a cada miembro del personal, hay que valorar la individualidad de cada miembro, el punto de partida para el equipo ha de ser la perspectiva del

personal y la promoción de un entorno psicológico de soporte para poder trabajar. Así, defienden la posibilidad de que las residencias se conviertan en organizaciones centradas en todas las personas: las que viven y las que trabajan en ellas. Se trata de desarrollar una cultura organizativa y de atención de la cual se valora a todas las personas como a individuos únicos, que intenta ver las cosas desde el punto de vista del otro, y que reconoce la interdependencia que todos tenemos los unos de los otros.

El DCM es un instrumento de observación sistémica que se utiliza para hacer evaluaciones de progreso, donde se valora el desarrollo de prácticas asistenciales centradas en las personas en centros asistenciales para personas con demencia. Pensamos que, además, recoge unos datos que pueden hacer emerger una formulación sistémica que ayude a trabajar mejor al equipo.

La observación permite confeccionar un mapa donde registramos información de cuatro ámbitos. El primer ámbito es el nivel de bienestar o malestar emocional de los participantes, se observan las expresiones de estado de ánimo tanto verbales como no verbales y el nivel de implicación personal en el entorno; la codificación va de -5 máximo malestar a +5 máximo bienestar.

El segundo ámbito es el grado y tipo de diversidad ocupacional que ofrece el entorno asistencial, y se registra escogiendo una de las 23 posibles ocupaciones, actividades o comportamientos más frecuentes en un centro residencial. Esta codificación permite identificar, además del grado de diversidad ocupacional, el potencial para una implicación positiva; y para el ámbito de la psicología social ma-

ligna, el grado de implicación pasiva; es decir, cuando el entorno no ofrece suficientes estímulos para sentirse implicado activamente, y, finalmente, los niveles de agitación y angustia, y los niveles de abandonamiento, es decir la completa desvinculación y desconexión del entorno.

El tercero y cuarto ámbito son la presencia de detractores o potenciadores personales observados en las interrelaciones entre el personal y los residentes, y se registra escogiendo uno de los 17 detractores o potenciadores descritos y agrupados según necesidades psicológicas. Los detractores personales y los potenciadores personales son episodios en que los miembros del personal interactúan con una persona con demencia de una manera tal que tiene el potencial de reafirmar o perjudicar la persona en una o más de las necesidades psicológicas. El análisis de los detractores y los potenciadores también puede hacerse desde el punto de vista de sus tipos y del grado de importancia en su capacidad de potenciar o perjudicar la persona. Uno puede calcular cuántos detractores y cuántos potenciadores de cada tipo han sido observados y determinar su importancia. Vincular los detractores y los potenciadores a mejorar o empeorar las necesidades psicosociales ayuda al personal a captar el motivo por el que son tan importantes y tan significativos en la atención a personas con demencia.

Los potenciadores personales ofrecen un registro de trabajo positivo para la persona observada en un centro determinado; en particular, de las destrezas, los talentos y la creatividad del personal. Es muy importante no olvidar que el equipo de atención directa generalmente aprende y se de-

sarrolla construyendo, sobre todo a partir de sus puntos fuertes, no de sus debilidades y de sus errores.

El registro de los potenciadores permite al personal ver como sus actitudes, acciones y respuestas tienen el potencial de:

- Reconocer y apoyar el carácter de ser persona;
- Satisfacer las necesidades psicológicas de una persona con demencia;
- Despertar aptitudes en una persona con demencia;
- Transformar una situación en la que la conducta de la persona con demencia es señalada como un problema;
- Dar la vuelta a una situación muy deteriorada;
- Facilitar que, dentro del grupo, ocurran cosas positivas y se transmitan buenos sentimientos de una persona a otra ...

Los 17 detractores y potenciadores descritos en el DCM representan la dimensión más relacional y comunicacional de este instrumento. La descripción de los detractores está llena de acciones comunicativas descalificativas y desconfirmadoras. Es como si el trato que recibe la persona con demencia sólo le permitiera ser un demente. La única manera de recibir atenciones es comportándose como un demente. Por otro lado, como persona, se le ignora. Es un trato despersonalizador, que se manifiesta en las relaciones y que podríamos llamar *despersonalización relacional*.

La despersonalización relacional es un fenómeno difícil de evidenciar. Consiste en menoscabar el carácter o estatus de ser persona en las interac-

ciones relacionales, sobre todo cuando los protagonistas activos de estas interacciones consideran que ofrecen el mejor trato posible al otro. No se trata de situaciones de maltrato o abuso, sino de prácticas asistenciales bien intencionadas de las que ni se conoce ni se valora el impacto que una relación despersonalizadora puede tener sobre el estado emocional de la persona receptora de estas prácticas.

### *Objetivos generales y específicos.*

Este estudio se plantea un primer objetivo general: confirmar la existencia de la psicología social maligna en una residencia prototipo de nuestro país, y un segundo objetivo: confirmar que el DCM puede llevar a emerger una formulación sistémica sobre la calidad asistencial que se ofrece; y unos objetivos específicos: determinar el nivel de bienestar y malestar emocional de los participantes; medir el grado de diversidad ocupacional del entorno asistencial e identificar el tipo de psicología social maligna y trabajo positivo del entorno asistencial.

### *Hipótesis.*

Partimos de la hipótesis de que todos los participantes observados serán objeto de psicología social maligna.

Para comprobar esta hipótesis hemos escogido un centro asistencial público de nuestro país, donde hemos realizado una observación de 6 horas de 5 personas con demencia, usando como metodología el Dementia Care Mapping.

El centro residencial escogido ofrece servicios a ofrece servicios a menos de 100 personas dependientes mayores de 65 años, de las cuales el 65%

sufre algún tipo de demencia. Las condiciones de admisión son: tener 65 años o más, sufrir algún tipo de dependencia y tener residencia legal en Cataluña. El personal que trabaja en ella y que va a ser observado, tiene el nivel formativo de enseñanza general básica (EGB) y una formación no reglada de auxiliar de geriatría. En todos los casos, la experiencia de trabajo en este sector es de 5 años o más. La observación se realizó el 13 de mayo del 2009, de las 9,50 h a las 15,45 h y las zonas observadas fueron la sala de estar, la sala de actividades y el comedor de la 1ª planta para 20 personas.

## METODO:

### Diseño:

Estudio de observación sistemática transversal de 5 personas con demencia en una residencia geriátrica.

### Participantes:

Grupo seleccionado en su ambiente natural. 5 personas diagnosticadas de demencia: 2 participantes diagnosticados de demencia tipo Alzheimer, probable; 2 participantes diagnosticados de demencia tipo vascular y 1 participante diagnosticado de demencia mixta, Alzheimer y Vascular.

### Criterios de inclusión:

1. Tener un diagnóstico elaborado por su equipo médico de referencia: Centro de asistencia primaria (CAP) y/o Unidad de diagnóstico y tratamiento de

- demencias hospitalario (UDyTD).
2. Estar valorado según la Escala de estadios (GDS) Global Deterioration Scale de Reisberg con una puntuación de 6 (Déficit cognitivo grave-demencia inicial (ver anexo 3)).
3. Haber residido en la residencia un tiempo superior a 12 meses.

Participantes según criterios de inclusión<sup>3</sup>: *Participantes: edad, Género, Meses de usuario, GDS y diagnóstico.*

*Sujeto 1 - Lina: 85 a, mujer, 20 meses, GDS:6. Demencia mixta.*

*Sujeto 2 - Carola: 85 a, mujer, 63 meses, GDS:6. Demencia vascular.*

*Sujeto 3 - Carles: 72 a, hombre, 14 meses, GDS:6. Demencia tipo Alzheimer.*

*Sujeto 4 - Lola: 77 a, mujer, 31 meses, GDS:6. Demencia vascular.*

*Sujeto 5 - Joana: 85 a, 25 meses, GDS:6. Demencia tipo Alzheimer.*

### Instrumento:

DEMENTIA CARE MAPPING (DCM) 8ª edición. Bradford Dementia Group de la Universidad de Bradford, Reino Unido. Versión<sup>4</sup> en lengua catalana de Alzheimer Catalunya Fundació.

### Procedimiento:

El observador ha sido entrenado en el uso de este método observacional y certificado por la Universidad de Bradford del Reino Unido. La observación sistemática se realiza en las zonas

3. Confidencialidad: Todos los nombres que identifican a las personas observadas y al centro residencial han sido modificadas y no corresponden a la realidad, tanto en este apartado como en el de resultados.

4. Este instrumento también dispone de una versión en español.

públicas del centro residencial durante 6 horas, donde cada 5 minutos se registran las codificaciones establecidas en el instrumento.

El procedimiento seguido previo al inicio de la observación ha sido:

1. Reunión de presentación de la finalidad y objetivos de este estudio al personal de atención directa.
2. Reunión de presentación de la finalidad y objetivos de este estudio a todos los usuarios del centro.
3. Consenso con el equipo de trabajo sobre las 5 personas con demencia que serán observadas.
4. Obtención del consentimiento:
  - Se han realizado 2 sesiones informativas de 15 minutos:
    - 1 sesión dirigida a todo el personal
    - 1 sesión dirigida a las personas con demencia y sus familias.

Se ha proporcionado el papel de con-

sentimiento para firmar a:

*1 El personal de atención directa que trabajaba el día de la observación.*

Para la realización de este estudio experimental de observación sistemática se ha solicitado el consentimiento verbal a: *Las cinco personas con demencia observadas. Un miembro del personal ha acompañado al observador y ha sido testigo de la obtención del consentimiento.*

### Análisis de datos.

Los datos resultantes de 6 horas de observación y registro en un intervalo temporal de 5 minutos, se analizan según la metodología establecida en el DCM. Se ha utilizado el programario EXCEL para el cálculo de los datos y la representación en figuras.

### RESULTADOS.

#### RESULTADOS GRUPALES. DATOS DE ESTADO DE ANIMO / IMPLICACIÓN (ME)

##### Perfiles ME de bienestar y malestar.

(Representación gráfica de porcentajes de intervalos temporales pasados con un ánimo e implicación positivos o negativos.)

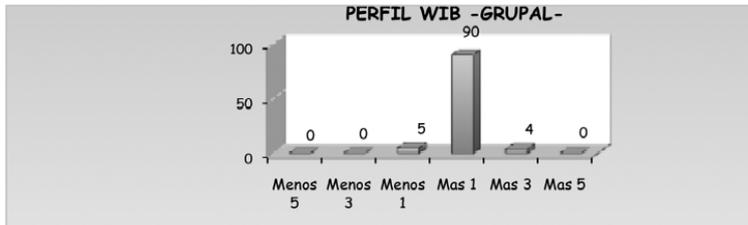


Figura 1 Porcentaje grupal de tiempos en bienestar +1 a +5 o malestar -1 a -5 emocional.

#### RESULTADOS GRUPALES. DATOS DE CATEGORIAS DE COMPORTEAMIENTO

Perfil de Categorías del Comportamiento (Representación gráfica del porcentaje de intervalos temporales que un participante o todo el grupo ha pasado en cada una de las Categorías del Comportamiento.)

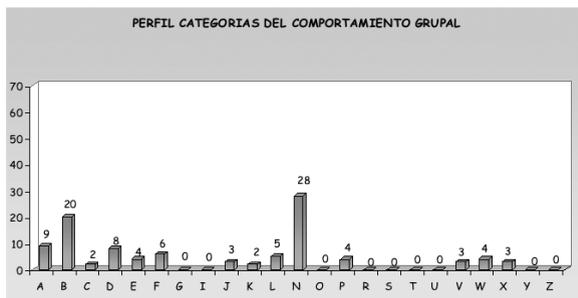


Figura 2 Porcentaje grupal de intervalos temporales en las categorías de comportamiento.

**Potencial para una implicación positiva** (Potencial para generar implicación positiva que tiene el entorno de asistencia.)

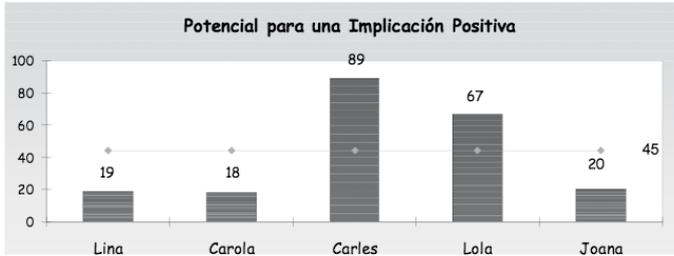


Figura 3 Porcentaje grupal e individual de intervalos temporales en las categorías de comportamiento que identifican una implicación positiva. Línea azul indica la media del grupo: 45%.

**Diversidad ocupacional** (Indicador del potencial ocupacional del entorno asistencial. Relacionado con la diversidad de actividades y el gozo experimentado en estas por parte de los participantes.)

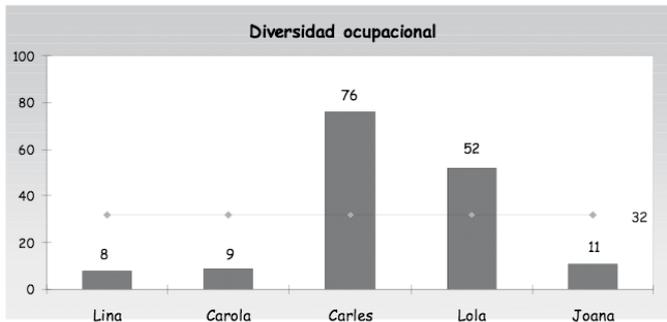


Figura 4 Porcentaje grupal e individual de intervalos temporales en las categorías de comportamiento que identifican la diversidad ocupacional. Línea azul indica la media del grupo: 32%

**Agitación / angustia** (Porcentaje de intervalos temporales en que se ha observado manifestaciones de agitación y/o angustia)

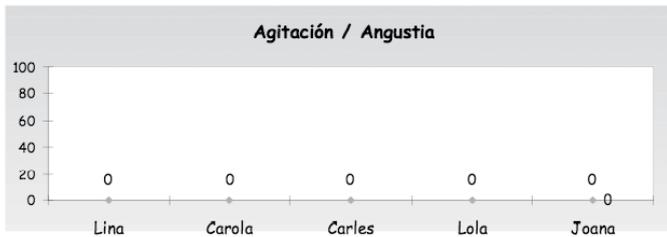


Figura 5 Porcentaje grupal e individual de intervalos temporales en las categorías de comportamiento que identifican presencia de estados de agitación y angustia. Línea azul indica la media del grupo: 0%

**Abandono** (Porcentaje de la cantidad de tiempo en que el/los participantes no muestran ningún tipo de indicio de implicación, ni activa ni pasiva -consigo mismos ni con el mundo que les rodea-)

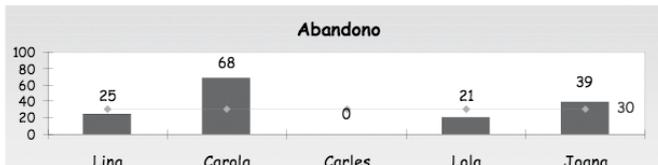


Figura 6 Porcentaje grupal e individual de intervalos temporales en las categorías de comportamiento que identifican presencia de estados de abandono. Línea azul indica la media del grupo: 30%

**Implicación pasiva** (Porcentaje de la cantidad de tiempo con manifestaciones de una implicación pasiva -susceptible de ser un potencial de implicación activa o, por el contrario, de desconexión-)

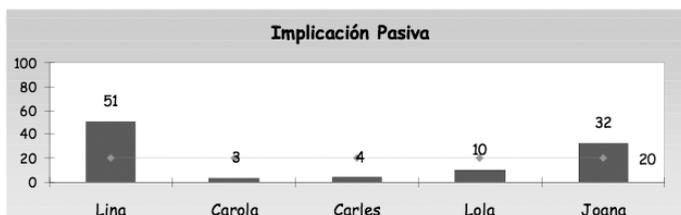


Figura 7. Porcentaje grupal e individual de intervalos temporales en las categorías de comportamiento que identifican presencia de una implicación pasiva. Línea azul indica la media del grupo: 20%

## RESULTADOS GRUPALES: POTENCIADORES Y DETRACTORES PERSONALES

Tabla 1. Registro de número y puntuación normalizada de detractores y potenciadores personales

	Número	Punt. Normalizada (*)
Potenciadores personales PE	5	0,05
Detractores personales PD	27	0,27

(\*) Mediana de PD y PE por participante/hora

Tabla 2. Registro de número, intensidad y necesidad psicológica a la que pertenecen los detractores y potenciadores personales observados.

Necesidad psicológica	Altamente detractor	Detractor	Potenciador	Altamente potenciador
CONFORT		2	1	
IDENTIDAD		6	1	
VINCULACIÓN		5	2	
OCUPACIÓN		12	1	
INCLUSIÓN		2		

Ejemplo de registro Individual del sujeto 2:

Breve descripción de los PE potenciadores y PD detractores registrados.  
Detractores que perjudican las necesidades de ocupación.

14'55	PD: Carola - Cosificación (detractor): Se ha incorporado el turno de la tarde. Un miembro del personal va directamente a buscar a Carola y, sin decirle nada, se la lleva. Parece que en el protocolo hay la instrucción de acostarla en la cama para hacer la siesta.
-------	---

El primer y segundo objetivo general de este estudio se dirigía a confirmar la existencia de la psicología social maligna en una residencia prototipo de nuestro país, y confirmar que el DCM puede hacer emerger una formulación sistémica sobre la calidad asistencial que se ofrece. Lo que los datos obtenidos, tanto grupales como individuales, nos indican en sus diversas dimensiones es:

Respecto a los datos del estado de ánimo e implicación (ver figura1), los participantes han pasado el 90% de su tiempo en un estado de ánimo neutro, es decir, en ausencia de indicios perceptibles de ánimo positivo o negativo, aunque atentos y conscientes del entorno donde viven. Está claro que este equipo consigue mantener un entorno asistencial con muy pocos signos de malestar pero, a la vez, sin estímulos que generen situaciones de bienestar. Lo podríamos calificar de un entorno aburrido, donde el tiempo pasa sin ningún objetivo concreto. El riesgo de este entorno, para los participantes, es que las horas del día se hagan muy largas, difíciles de pasar sin tender al aislamiento, encerrándose en sí mismos, y finalmente desvinculándose del propio entorno. El equipo consigue evitar el malestar emocional y esto es una fortaleza que se debe aprovechar para pensar acciones concretas que generen días más estimulantes. Si pensamos en cómo los seres humanos generamos nuestro bienestar emocional de manera cotidiana, entenderemos que las relaciones e interacciones diarias con los que compartimos espacios de vida es su principal fuente. La mejora en la calidad y autenticidad de las relaciones

entre el personal y los participantes puede tener una incidencia y conseguir que disminuya tanto tiempo en un estado emocional neutro.

Respecto a los datos de las categorías del comportamiento (ver figura2) los participantes han pasado un 28% del tiempo durmiendo y un 20% del tiempo en una implicación pasiva, es decir, sentados, observando, conectados con la mirada pero sin participar activamente en lo que estuviera pasando. Este 48% del tiempo refuerza la idea de un entorno asistencial falto de vida y estímulos suficientemente interesantes como para que despierten el deseo de hacer algo de provecho. Un 13% del tiempo ha quedado muy repartido entre unas categorías que identifican un ritmo predominantemente asistencial: (F) 6%; (P) 4% y (X) 3%. La pauta de hidratación de media mañana y la comida a medio día, la administración de la medicación y la pauta de incontinencia con los acompañamientos al baño. Sin duda, una atención indispensable para el mantenimiento físico de las personas. El riesgo es que estas pautas asistenciales sean casi la única cosa interesante que les ha pasado a estos participantes durante toda la mañana y medio día.

Sin embargo, aún queda un 39% del tiempo por interpretar. Respecto a los indicadores de potencial para una implicación positiva (ver figura3), diversidad ocupacional (ver figura 4), agitación y angustia (ver figura 5), abandono (ver figura 6) y implicación pasiva (ver figura 7), observamos que los estados de agitación y angustia son inexistentes para todos los participantes. El resto de indicadores identifican dos subgrupos de participantes: los que pasan este tiempo

sumidos en una implicación pasiva y en un estado de abandono, es decir, totalmente desconectados, aislados en sí mismos y/o durmiendo; y los que pasan este tiempo con un buen potencial para una implicación positiva y en una alta diversidad ocupacional. Se considera que un alto porcentaje de implicación positiva es un elemento clave para la calidad de vida de las personas con demencia. Se interpreta como un entorno asistencial que genera oportunidades para relacionarse e interrelacionar positivamente con personas significativas. La diversidad ocupacional quiere decir que las personas encuentran oportunidades en ocupar su tiempo en aquello que les da sentido y se adapta a su gusto y preferencia. La atención centrada en la persona considera que la implicación activa en aquello que te pasa en la vida es una señal de bienestar psicológico.

Será necesario que el equipo reflexione sobre el hecho de tener dos subgrupos tan claramente diferenciados. El hecho de que haya participantes que pueden implicarse activamente y pueden hallar tiempo para una ocupación con sentido y significado, señala una fortaleza que debe generarse para el grupo que, en estos momentos, no dispone de ella. Reflexionar sobre la manera en que las etiquetas condicionan el trabajo de los equipos, y muy especialmente el tipo de relaciones que se establece con el paciente identificado (Imber-Black, 2000), puede ayudar al entorno asistencial que hemos observado a tener pistas sobre los dos subgrupos que se han identificado. La forma en que las personas con demencia expresan el malestar o compensan las limitaciones que les causa el deterioro de las capacidades cognitivas es muy diversa

entre las personas afectadas. Algunas, ante el fracaso de sus capacidades, tienden a aislarse, a encerrarse en un mundo que les resulta más seguro y a mostrarse muy pasivas. Por el contrario, a otras el mantenimiento del control de la situación y probar activamente sus capacidades es una fórmula para compensar el malestar. Mostrarse activo o pasivo puede generar una etiqueta que condicione la manera en que el personal se relacionará.

Las experiencias revisadas en la literatura sobre el abordaje sistémico en las residencias geriátricas nos confirman que los factores que tiene un fuerte impacto en la calidad de la atención son: la actitud del personal, la organización del trabajo y la comunicación del personal entre ellos y con los residentes (Jeffery, 1986). Todos ellos, temas que el DCM puede ayudar a identificar. Sin embargo, se trata de temas que, al trabajarlos, generan un impacto emocional en el equipo. La creación del equipo reflexivo, como metodología de trabajo que genera seguridad y confianza, y el hecho de centrar el análisis en el sistema, más que en los individuos (Milton y Martin, 2003), facilita la comprensión, desde la vivencia, de temas que condicionan maneras de trabajar y actuar pero que no están identificadas.

Respecto a los datos de los potenciadores y los detractores personales (ver tablas 1 y 2), observamos una fuerte presencia de detractores personales, puntuación normalizada de 0,27 frente a los potenciadores, puntuación normalizada de 0,05. La atención centrada en la persona considera a los detractores personales el núcleo duro de la psicología social maligna. Se trata de interacciones entre los participantes y el personal de atención

directa bien intencionadas. Es decir, el personal las considera correctas y lo tiene internalizado como la única manera de tratar a estas personas. Este resultado señala uno de los puntos más críticos de este equipo, que requerirá un plan de intervención a largo plazo para ir transformando estas acciones. Una vez más, la fortaleza del equipo recae en el hecho de que hay ejemplos de potenciadores en cuatro de las cinco necesidades psicológicas. Los potenciadores demuestran que el equipo también tiene las actitudes y habilidades que refuerzan el estatus de “ser persona”. Estas actitudes y habilidades tienen que practicarse en un mayor grado, y serán la guía para transformar los detractores. Resulta interesante observar que casi la mitad de los detractores se sitúan en la necesidad psicológica de ocupación. Una necesidad que recoge la calidad de agente, es decir, la sensación de que se tiene control sobre el mundo, de poder hacer que pasen cosas, y de poder tener un efecto y un impacto sobre lo que se hace.

En resumen, en respuesta al primer objetivo general, los datos confirman la existencia de una psicología social maligna, identificada principalmente en el hecho de que los detractores superan a los potenciadores, pero también a través del nivel de estado emocional, nivel de implicación y nivel de ocupación. Todos ellos han resultado muy bajos y ejemplifican un entorno asistencial empobrecido, donde los participantes son atendidos en aquellas necesidades básicas de la vida diaria, es decir, se prioriza el cumplimiento de las tareas asistenciales, pero sin unas relaciones interpersonales ricas que generen reconocimiento de la individualidad. La hipótesis de que

todos los participantes observados serían objeto de detractores personales ha quedado confirmada.

En el entorno observado, se ha detectado una supremacía de las categorías del comportamiento que identifican tareas asistenciales relacionadas con actividades de la vida diaria. Sabemos que son tareas propias y necesarias de los entornos asistenciales, pero el hecho que sean las únicas que marcan el ritmo de vida nos remite a la implantación de un modelo únicamente bio-médico. La construcción social de la demencia y el significado que se le otorga al deterioro cognitivo depende, en gran parte, del contexto social que lo cuida (Clare, 2004). En un contexto marcadamente bio-médico, las personas con demencia son consideradas sujetos pasivos y receptores de atención y apoyo. En el entorno observado, la presencia de categorías comportamentales de agitación y angustia es nula. Algo muy bien valorado en un modelo bio-médico. Sin embargo, si la construcción social de la demencia que estos entornos hacen no valora la actividad, la propia iniciativa, la individualidad en la expresión de deseos y la individualidad en la ocupación del tiempo de maneras significativas, será difícil permitir un cierto aumento de la agitación en beneficio de otros índices de un contenido más relacional.

Está claro que el personal de atención directa del entorno observado ha sido entrenado para atender las necesidades de las actividades básicas de la vida diaria. Estaríamos de acuerdo con Curtis y Dixon (2005) en que se trata de personal que tiene que atender a personas mayores muy dependientes y en situación de dificultad emocional, pero con muy poca

formación y preparación de cómo atender las necesidades psicológicas.

En respuesta al segundo objetivo general, pensamos que de la misma forma que los genogramas, los mapas relacionales, los sociogramas y los idiogramas (Roper-Hall, 2008), el DCM ha recogido unos datos significativos de la calidad del entorno asistencial de este centro, y por lo tanto, permite generar pensamiento e identificar áreas concretas de intervención, es decir, facilita la emergencia de una formulación sistémica.

Está claro que, en sí mismos, sólo son datos. Transformar los datos en un movimiento hacia la mejora de la calidad de atención necesita formulaciones y conceptualizaciones concretas. El resultado obtenido puede producir un fuerte impacto emocional al equipo de este centro. Un equipo que puede comprobar que realiza una buena tarea asistencial, y que consigue atender todas las necesidades básicas de la vida diaria identificadas y acordadas en los planes de atención, y al que no le será fácil aceptar que la calidad relacional es pobre y, con algún participante en concreto, casi inexistente. La comprensión de este resultado requiere llevar al equipo a una posición de seguridad que les permita pensar sin sentirse descalificados como profesionales. La creación de un equipo reflexivo puede enriquecer el DCM, no como instrumento, sino como proceso en el cambio de cultura organizativa. Uno de los objetivos principales del equipo reflexivo es identificar los propios recursos y fortalezas del personal para producir una mejora en la calidad de la atención (Milton y Martin, 2003).

Si revisamos los datos obtenidos de los detractores personales no úni-

camente a nivel grupal, sino también el registro individual donde hay una breve descripción del suceso observado, hallaremos muchos episodios de infantilización, cosificación, imposición e interrupción. Desde el modelo de atención centrada en la persona, son acciones despersonalizadoras. Desde el abordaje sistémico, son episodios de comunicación e interrelación donde podemos detectar muchos de los fenómenos descritos en la teoría general de comunicación de Watzlawick et al (1967), de los conceptos de complementariedad y simetría, así como de la teoría del doble vínculo (Bateson, 1972). En las descripciones de detractores de infantilización, imposición e interrupción hallaremos descalificaciones en forma de: mensajes contradictorios, mensajes incongruentes, cambios de tema o interpretaciones metafóricas de las expresiones literales. Si además tenemos en cuenta que a nivel relacional de estas acciones comunicativas, el personal está convencido de que lo hace por el bien de la persona atendida, tendremos dos personas “atrapadas en un sistema que produce definiciones conflictivas de la relación y la consiguiente perturbación subjetiva” (Bateson et al, 1962:157).

*“Haga lo que haga la persona con demencia no puede ganar”* (Bateson et al, 1956:251).

La mirada sistémica enriquece la propuesta de la atención centrada en la persona, redimensionando los detractores identificados, no únicamente como acciones entre un emisor y un receptor, sino también como parte de un sistema de comunicación más amplio y complejo (Ricci, 1986). Cada acción comunicativa entre un miembro del personal y una persona con

demencia se produce ante muchos otros participantes del sistema de comunicación. Los otros miembros del personal y el resto de personas con demencia presentes también son parte del sistema de comunicación y, por lo tanto, lo pueden influenciar. Comprender los fenómenos de la comunicación humana y el impacto psicológico de las acciones comunicativas descalificadoras o desconfirmadoras puede ayudar a un equipo a transformarlas. En cada sistema extenso de la comunicación (S.E.C.) (Ricci, 1986) hay distintos niveles de realidad. A veces, estos distintos niveles hallan la armonía en su contradicción, o bien, en su incompatibilidad y forman una mezcla explosiva (Ricci, 1986:266).

No es el objetivo de este artículo redactar un informe completo de los resultados del DCM de cada participante. La observación realizada ha permitido perfilar un ejemplo real de cómo pasan el tiempo en este centro residencial cada participante observado y obtener datos individuales de su nivel de bienestar, nivel individual de la diversidad ocupacional y potencial individual para implicarse activamente en el entorno. La posibilidad de individualizar los datos permite marcarse objetivos específicos en el plan de atención de aquella persona, o bien, detectar alguna incidencia específica que afecta a un participante y que no se está detectando. A modo de ejemplo, queremos comentar el caso de la sujeto número 2: Carola, que ha pasado el 68% del tiempo observado en un estado de abandono, es decir, durmiendo o completamente desvinculada del entorno. Un dato que puede ser una señal de alarma sobre el estado físico y psíquico de una persona. El equipo puede reflexionar

sobre cuántas horas de sueño se consideran apropiadas en una persona y, más concretamente, en el caso de Carola. Sabemos que el ser humano, y la persona con demencia no es ninguna excepción, es incapaz de mantener su estabilidad emocional durante períodos prolongados en que sólo se comunica con sí misma. Además del porcentaje identificado, si leemos la breve descripción de detractores y potenciadores de las 14:55, el observador ha anotado un detractor: cosificación. El personal se la lleva sin darle ninguna explicación, cumpliendo el protocolo asistencial acordado de encamar a ciertos residentes a la hora de la siesta. El equipo no ha podido detectar que esta residente ha estado durmiendo casi toda la mañana y sería bueno reflexionar si en este caso la siesta sigue siendo necesaria.

## CONCLUSIÓN.

Como conclusión general de los resultados de la observación usando el DCM, se desprende que los datos obtenidos permiten elaborar emergencias sistémicas para ayudar a un equipo asistencial a mejorar la calidad de atención. El modelo de la atención centrada en la persona con demencia y el abordaje sistémico comparten muchos aspectos sobre las necesidades psicológicas relacionales y su impacto en el mantenimiento del bienestar. Los fenómenos de la comunicación también son aplicables en el caso de las personas con demencia, más concretamente en un sistema como la residencia geriátrica. La atención centrada en la persona y el modelo sistémico-relacional se pueden enriquecer mutuamente; y el DCM puede mejorar ciertos ámbitos de evaluación

si incorpora conceptos básicos de la teoría sistémica. Una cuestión para plantearse, y que no se ha desarrollado plenamente en este artículo, es la mejora de la conceptualización de la despersonalización relacional, y más concretamente, la definición de detractores y potenciadores personales con la incorporación de los fenómenos de la comunicación estudiados por el modelo sistémico-relacional.

Finalmente, cabe señalar que una observación de un centro es una limitación importante para extraer conclusiones generalizables a todo el sector de las personas con demencia.

- BATESON, G (1972). *Steps to an ecology of mind*. Nueva York: Ballantine Books. (versión en castellano: Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Lohlé. 1977).
- BATESON, G., Jackson, D., Haley, J., Weakland, J. (1956) *Toward a Theory of Schizophrenia*. Behavioral Science, 1, 251-264.
- BATESON, G., Jackson, D., Haley, J., Weakland, J. (1962) *A note on the double bind*. Family Process, 2, 154-161.
- BENBOW, S.M., Egan, D., Marriott, A., Tregay, K., Walsh, S. Wells, J. I Wood, J. (1990) *Using the family life cycle with later life families*. Journal of family Therapy, 12, 321-340.
- BENBOW, S., Marriott, A. (1997) Family therapy with elderly people. Advances en Psychiatric Treatment, Vol. 3, pp 138-145.
- BENBOW, S.; Marriott, A., Morley, M. I Walsh, S (1993) *Family therapy and dementia: review and clinical experience*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 8, 717-725.
- BRADFORD Dementia Group (2005) *Dementia Care Mapping. DCM 8th*. Editada por la Universidad de Bradford. (Versión catalana y castellana: Dementia Care Mapping. Edición 8. Barcelona: Alzheimer Catalunya Fundació).
- BROOKER, D. (2007) *Person Centred Dementia Care: Making Services Better*. Londres: Jessica Kingsley.
- BROOKER, D. (2008) *Intervention at the care team level*. En B. Woods i L. Clare (Editors) Handbook of the Clinical Psychology of Ageing. (pp. 595-611) Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- BROOKER, D; Surr, C. (2005) *DCM: Principles and Practice*. Bradford: University of Bradford. (versión catalana: DCM: principis i pràctica. Barcelona: Alzheimer Catalunya Fundació. 2008).
- CARR, A. (2009) *The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems*. Journal of Family Therapy. 31:46-74.
- CLARE, L. (2004) The construction of awareness in early-stage Alzheimer's disease: a review of concepts and models. British Journal Clinical Psychology, 43: 155-175.
- CURTIS, E.A.; Dixon, M.S. (2005) *Family therapy and systemic practice with older people: where are we now?*. Journal of Family Therapy 27: 43-64.
- HERR, J; Weakland, J. (1982) *Terapia interaccional y tercera edad: Asesorando a la familia del geronte*. México: Paidós. (versión original en inglés: Counselling Elders and Their Families: practical techniques for Applied Gerontology. Nova York: Springer 1979).
- IMBER-Black, E. (2000) *Familias y sistemas amplios. El terapeuta familiar en el laberinto*. Buenos Aires: Amorrortu editores. (Versión original en inglés: Families and larger systems: A family therapist guide through the labyrinth. Nova York: The Guilford Press, 1988).

- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. (2002) *Las personas mayores en España*. Informe 2002. Madrid: IMSERSO.
- JEFFERY, D.P. (1986) *The systems approach to changing practice in residential care*. En I. Hanley i M. Gilhooly (Editors) *Psychological Therapies for the Elderly*. Beckenham: Croom Helm Ltd.
- KITWOOD, T. (2003) *Repensant la demència. Pels drets de la persona*. Vic: Eumo Editorial. (Versión original en inglés: *Dementia Reconsidered*. Oxford: Open University Press, 1997).
- KITWOOD, T., Bredin, K. (1992) *Person to person. A Guide to the Care of those with Failing Mental Powers*. Loughton: Gale Centre Publications.
- LLINÀS Reglà, J (2005) *Epidemiología descriptiva*. En S. Lopez-Pousa, J. Vilalta Franch i J. Llinàs Reglà (Editors) *Manual de demencias*. (pp. 57-80) Barcelona: Prous Science.
- MILTON, A., Martin, E. (2003) *Working with staff teams in residential care homes*. Comunicación presentada en la conferencia KCC/STOP Space for Age and a Place for Families: A systemic Focus in Older Adult Services.
- MITRANI, V.B.; Czaja, S.J. (2000) *Family-based therapy for dementia caregivers: clinical observations*. *Aging and mental Health*. 4(3): 200-209.
- PEARCE, J. (2002) *Systemic Therapy*. En J Hepple, M.J. Pearce y P. Wilkinson (Editors) *Psychological therapies with older people: developing treatments for effective practice*. Psychology Press.
- PHINNEY, A. (2008) *Toward understanding subjective experience of dementia*. En M. Downs y B. Bowers (Editors). *Excellence in Dementia Care: Research into Practice* (pp. 35-51). Maidenhead: Open University Press – Mc Graw Hill.
- ROPER-Hall, A. (2008) *Systemic interventions and older people*. En B. Woods i L. Clare (Editors) *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. (pp. 399-504) Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- RICCI, C. (1986) *Mas allá de la diada. La naturaleza multidimensional de la comunicación*. En M. Selvini Palazzoli, L. Anolli, P. Di Blasio, L. Giossi, I. Pisano, C. Ricci, M. Sacchi I V. Ugazio Al frente de la organización. *Estrategia y táctica*. (pp.253-266) (versión original en italiano: *Sul fronte dell'organizzazione. Strategie e tattiche*. Milan: Feltrinelli Editore.
- SIMON, F.B., Stierlin, H., Wynne, L.C. (2002) *Vocabulario de terapia familiar*. (Versión original en inglés: *The Language of Family Therapy*. Stuttgart: Ernest Klett Verlag GmbH & Co. 1984).
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) (2000) *Análisis de los recursos sociales*. En *Geriatría XXI*. (pp.127-160) Madrid: Edimsa.
- TOBARUELA González, J.L. (2002) *Residencias, perfil del usuario e impacto del ingreso*. Tesis Doctoral. Madrid: Servicio de publicaciones Universidad Complutense. (pp. 139-177).

- TOBARUELA Gonzáelz, J.L. (2005) *El paciente ingresado en un centro residencial*. En S.Polez-Pousa, A. Turón y L.F. Agüera (Editores) Abordaje integral de las demencias en fases avanzadas. (pp. 555-573). Barcelona: Prous Science.
- ZARIT, S.H. y Edwards A. (2008) *Family Caregiving: research and clinical interventions*. En B. Woods y L. Clare (Editors) Handbook of the Clinical Psychology of Ageing. (pp. 255-288) Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- WATZLAWICK, P, Beavin, J., Jackson, D. (1967) *Pragmatics of Human Communication: A study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes*. Nova York: W.W. Norton. (Versión castellana: Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder Editorial. 1986).

# Las emociones del terapeuta sistémico en juego

ESTER FABREGÓ CLAPAROLS

ANNA VIÑAS MILLÁN

## ABSTRACT

*Este trabajo pretende ser una reflexión sobre la importancia de las emociones del terapeuta y su uso en el proceso terapéutico. Los conceptos clave son: la definición de las emociones y su funcionamiento desde el punto de vista neuropsicológico; el papel clave de las emociones en la construcción de la realidad, y de su relación circular con las cogniciones y las conductas; las emociones como elemento básico para la conducción de la relación terapéutica, y las herramientas que puede utilizar el terapeuta para gestionarlas.*

*La investigación plantea una entrevista en profundidad estructurada a una muestra de doce terapeutas sistémicos expertos (más de 16 años de experiencia) con el objetivo de conocer su “realidad”: qué opinión tienen sobre estos temas y, sobre todo, cómo los trabajan en su día a día. La idea es poder articular la parte teórica con la práctica clínica de terapeutas expertos y ver si se podrían abrir nuevas líneas de investigación. Nosotras, como terapeutas principiantes e investigadoras, hemos querido entrar en un área poco investigada desde la práctica: la vivencia de los propios terapeutas que llevan muchos años trabajando.*

*Palabras clave: emociones, terapeuta familiar sistémico/a, marcador somático.*

## ABSTRACT

*This work intends to be a reflection on the importance of the therapist emotions and their use in the therapeutic process. The key concepts are: definition of emotions and their functioning from a neuropsychological point of view; the key role of emotions when constructing reality, and their circular relationship with cognitions and behaviours; the emotions as a basic element in conducting the therapeutic relation, and the tools that the therapist may use in order to manage them.*

*This investigation proposes a deeply structured interview to twelve expert systemic therapists (more than 16 years of experience), the objective is to know their reality: which opinion do they have on these issues, and above all, how do they work them in their everyday practice. The aim is to articulate theory with the clinical practice of expert therapists and to see if new investigation lines can be opened. We, beginners as therapists and investigators, have wanted to get into an area not too investigated from the practical point of view: the experience of the own therapists that have been a lot of years working.*

*Key words: emotions, family or systemic therapist, somatic marker, therapeutic relation.*

## INTRODUCCIÓN Y PUNTO DE PARTIDA.

Este trabajo tiene su origen en el año 2004, en una comunicación que dimos las alumnas que en aquel momento cursábamos segundo de formación básica en el Centre d'Estudis Sistèmics de Girona en las Relates de Bilbao. "Metabolizando emociones" era el título de aquel trabajo, que intentaba ser una primera exploración sobre las emociones en el proceso de aprendizaje como terapeutas. Después de aquel, hubo otra aproximación al tema de las emociones. Y, ahora, éste, que parte de los "descubrimientos" anteriores, pero, sobre todo de la curiosidad del niño que quiere saber cómo serán las cosas cuando sea mayor, del interés de combinar aquello que le han explicado en la escuela con la experiencia de aquel que ya hace tiempo que sabe.

Los elementos clave de los que partimos son: el constructivismo, la cibernética de segundo orden, las emociones y la relación. Los dos primeros (constructivismo y cibernética), como elementos teóricos básicos en la terapia familiar sistémica que conciben la

realidad como una co-construcción conjunta que se articula dentro del sistema terapéutico y que está recíprocamente influenciada (por el terapeuta, por la familia y por la relación que se establece entre ellos). En palabras de Elkaïm (1995):

*"se vuelve imposible de describir una situación terapéutica cualquiera sin aceptar que se está incluido en ella; lo que sucede en esta situación es siempre circular, y construyo lo que digo de una familia mientras ella misma me construye, en el mismo proceso".*

## MARCO TEÓRICO.

### Las emociones.

Según Damasio (1996), la emoción es el conjunto de cambios que tienen lugar a la vez en el cerebro y en el cuerpo, normalmente producidos por un determinado contenido mental. Es una combinación de un proceso evaluador mental, simple o complejo, con respuestas predisposicionales a dicho proceso, la mayoría dirigidas hacia el cuerpo propiamente dicho, que producen un estado corporal emocional, pero también hacia el mismo cerebro,

que producen cambios mentales adicionales. En definitiva, “las emociones son una “dinámica biológica” que determina las acciones. Puede estimarse que implican afecto, sentimiento, cognición y conducta” (Maturana y Varela, citados por Lipnick 2004).

Según el mismo Damasio (1996), las emociones están ubicadas en diferentes zonas del cerebro relacionadas con los sentimientos y la razón; no se encuentran en una zona exclusiva. Parece que en el cerebro humano existen una serie de sistemas dedicados de forma consistente al proceso de pensamiento, orientado a un fin que llamamos razonamiento, y a la selección de respuestas que nos permiten tomar decisiones, con un énfasis especial en el dominio personal y social. Esta misma serie de sistemas está implicada en la emoción y el sentimiento, y se dedica, en parte, al procesamiento de las señales procedentes del cuerpo. Por lo tanto, emoción y razón están intrínseca y neurológicamente relacionadas.

Las emociones nos proporcionan información sobre nuestras propias reacciones frente a las diferentes situaciones con las que nos encontramos. Constituyen una guía para la acción, y por esta razón tomar conciencia de ellas nos ofrece flexibilidad de respuesta, basada en la historia particular de nuestras interacciones con el ambiente. La hipótesis del marcador somático (Damasio, 1996) corrobora esta idea. El autor defiende que un estado somático, positivo o negativo, causado por la aparición de una determinada representación, opera no sólo como un marcador por el valor que representa, sino también como un amplificador para la atención y la memoria funcional continuadas. La

atribución y el mantenimiento de la atención y la memoria funcional están motivadas, en primer lugar, por preferencias inherentes al organismo, y, después, por preferencias y objetivos adquiridos sobre la base de los inherentes. Por lo tanto, la señal emocional puede producir alteraciones en la memoria funcional, la atención y el razonamiento, de forma que el proceso de toma de decisiones resulte sesgado hacia la selección de la acción que, con más probabilidad, conducirá a la mejor consecuencia posible, dada la experiencia previa. En estas condiciones, intuimos una decisión y la ejecutamos, sin conocer todos estos pasos intermedios. Así pues, emociones, cogniciones y conductas, forman parte de un mismo todo y se influyen mutuamente.

### **Las emociones en la relación. Las emociones en el sistema terapéutico.**

En el sistema terapéutico, las emociones se ponen en juego en la relación que se establece. Las emociones de cada uno de los miembros del sistema influyen en los otros y están influidas por los otros; a la vez, unas y otras están influenciadas por cogniciones y conductas. Tal y como lo describen Ceberio y Linares (2005): *“Los planos cognitivo, emocional y pragmático pueden ser considerados los ejes que enmarcan la vida relacional humana y, por tanto, también la psicoterapia. Ejes que se sinergizan, se potencian y se entrelazan de acuerdo a las circunstancias que se construyan, pero estando siempre los tres presentes”*. Por lo tanto, teniendo en cuenta esta coreografía, podemos decir que las actitudes relacionales de terapeutas y pacientes

se ponen en juego, generando diversas emociones y cogniciones en todos los miembros del sistema, y que esto influirá en todo aquello que suceda dentro del sistema, y, por lo tanto, en la praxis del terapeuta. La relación se puede entender como un todo, donde, las conductas del terapeuta y las de la familia se influyen mutuamente (Ceberio y Linares, 2005).

En la construcción de esta relación hay que contemplar aspectos fundamentales como el vínculo, el clima que se genere, la confianza, la empatía, la definición de la relación, etc. En definitiva, todo aquello que favorezca una buena alianza terapéutica.

El terapeuta no puede separarse de la situación que describe, y, por lo tanto, en la relación que establece tiene que afrontar la cuestión de la autoreferencia (recordemos la famosa frase de Maturana y Varela *“todo lo dicho es dicho por alguien”*, “todo conocer depende de la estructura del que conoce”, 1984). Según Elkaïm (1995) lo que siente el terapeuta remite, en parte, a su historia personal y, en parte, al sistema en el que este sentimiento emerge. El sentido y la función de esta experiencia vivida se convierten en herramientas de análisis e intervención al servicio del mismo sistema terapéutico. En este sentido las resonancias<sup>1</sup> y los ensamblajes<sup>2</sup>, que nacen en la

co-construcción del sistema terapéutico se convierten en herramientas de conexión que facilitan el camino para establecer puentes específicos entre los miembros de la familia y el terapeuta dentro del sistema. Estos puentes pueden posibilitar el acoplamiento del sistema y la aparición de momentos únicos en la terapia, de momentos potencialmente traumáticos, en el sentido de facilitadores del cambio. Son los momentos que Pakman (2007) llama *punctum*<sup>3</sup>.

Existen numerosos aspectos que pueden condicionar la creación de este sistema terapéutico y que es necesario que el terapeuta tenga en mente:

- > la “mochila” del terapeuta: relacionado con el concepto de autoreferencia. Incluye aspectos como las creencias, el modelo escogido, el propio estilo relacional, la historia personal, el momento evolutivo, etc.
- > El contexto: el tipo de institución, el rol del terapeuta en ella, etc.
- > El equipo: como elemento que forma parte del sistema terapéutico también tiene una influencia importante (clima, relación entre miembros, etc.)

El terapeuta puede disponer de diferentes herramientas para gestionar sus propias emociones y utilizarlas estratégicamente en beneficio del sistema:

1. *“Las resonancias son elementos redundantes que ligan los universos más dispares, mientras que las singularidades, aunque autoreferenciadas permanecen únicas” “Las resonancias están constituidas por elementos semejantes, comunes a diferentes sistemas en intersección”* Elkaïm, 1995.
2. *“Un ensamblaje terapéutico puede estar constituido por elementos a los cuales se aplican leyes generales, por elementos ligados a reglas intrínsecas propias de este sistema terapéutico particular, pero también por singularidades que pueden ser tanto significantes como asignificantes”* Elkaïm, 1995.
3. Concepto extraído del seminario que Pakman impartió en Barcelona (Escuela de Terapia familiar Hospital Sant Pau) el 9 y 10 de noviembre de 2007, titulado: *“Entrando en el castillo: palabras que permanecen, palabras por venir. Poética y micropolítica del cambio”*.

### a. Formación:

nos aporta tres elementos fundamentales: los conocimientos teóricos necesarios para desarrollar nuestra tarea, el entrenamiento en el rol, y la toma de conciencia del propio mundo interno (Cancrini, 2007). En definitiva, la formación tiene que enseñar al futuro terapeuta a utilizar efectivamente todas sus posibilidades (Apon-te i Winter, 1988).

### b. Supervisión:

la intervención de una tercera persona que trabaja sobre el equipo de profesionales aumentando sus capacidades. Cancrini (2007) afirma que la supervisión consigue el retorno a una visión más integrada y reabre el camino hacia un desarrollo positivo del trabajo terapéutico.

### c. Trabajo en equipo y/o co-terapia:

disminuye el aislamiento del terapeuta (Whitaker, 1992), permite relativizar, disminuye el desbordamiento de afecto fuera de las sesiones, se equilibran los posibles puntos ciegos y los posibles aspectos patológicos del terapeuta (Garrido, 1996), etc.

### d. Auto-observación y auto-reflexión:

capacidad de observarnos a nosotros mismos y de reflexionar sobre el uso de lo que estamos observando.

**e. Uso estratégico de las emociones:** a través de la neutralidad y la equidistancia, la metacomunicación y el lenguaje analógico.

### f. Autocuidado:

estar atentos a nosotros mismos y cuidar el resto de áreas de nuestra vida (potenciarlas, buscar espacios de “descontaminación”, etc.).

## PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

### Hipótesis.

Las emociones, como elementos inherentes al ser humano y como condicionantes de nuestra realidad, están impregnando el sistema terapéutico. Por lo tanto pueden convertirse en un elemento clave y un importante vehículo para el cambio dentro de este sistema.

El terapeuta, por su formación y por el rol que ocupa dentro del sistema, podría hacer un uso diferenciado de sus propias emociones que permitiría favorecer este cambio. Para hacerlo tendría que tener claras cuáles son las emociones que se generan dentro del sistema (tomar conciencia), y qué aspectos pueden estar condicionando estas emociones (derivación, aspectos personales del terapeuta, historia familiar, etc.).

### Hipótesis complementarias:

> Los terapeutas expertos utilizan más sus emociones porque, a partir de los años de experiencia y de sus conocimientos, han desarrollado la capacidad de auto-observación al mismo tiempo que observan a la familia. Pensamos que un terapeuta con menos experiencia puede tener más dificultades para hacer las dos cosas a la vez, y esto puede facilitar

que no tenga en cuenta el efecto de las emociones de la familia sobre él.

- > La formación personal del terapeuta facilita la toma de conciencia de las propias emociones durante el proceso terapéutico.
- > La utilización de las propias emociones por parte del terapeuta puede ser un factor determinante en los resultados conseguidos en la terapia. Creemos que si pone en juego sus emociones durante el proceso de una forma consciente puede favorecer cambios más significativos.

### Objetivos de la investigación.

- Comprobar si el terapeuta sistémico utiliza sus emociones en su trabajo terapéutico con la familia y/o paciente.
- Analizar qué herramientas y técnicas utiliza cada terapeuta para incorporar y gestionar sus emociones.
- Provocar con la propia entrevista de investigación un espacio de reflexión hacia este tema.
- Abrir nuevas líneas de investigación relativas a la utilización de las emociones del terapeuta en el modelo sistémico.

### Técnica utilizada.

La técnica escogida para esta investigación ha sido la entrevista en profundidad estructurada (Visauta, 1989; y Taylor y Bogdan, 1992), dado que era la que tenía más ventajas para conseguir nuestros objetivos (acceder directamente a los entrevistados, interactuar con ellos, profundizar en

los temas y los matices de cada uno, etc.). La entrevista (ver anexo) se ha estructurado en diferentes apartados.

### Muestra.

La selección de la muestra se ha hecho a partir del muestreo no probabilístico (Visauta, 1989; y Taylor y Bogdan, 1992). Es decir, hemos cogido una parte de la población de terapeutas que nos eran más fácilmente accesibles.

Las dos características que debían tener los terapeutas para formar parte de la muestra eran: trabajar desde el modelo de terapia familiar sistémica, y ser expertos, llevar más de 15 años trabajando como terapeutas.

La muestra está formada por 12 terapeutas, 8 mujeres y 4 hombres. Del total de terapeutas entrevistados, 10 llevan más de 20 años trabajando, otro 16 y, finalmente, incluimos una persona que llevaba 10 años trabajando. La media global de años de experiencia como terapeutas es de 24,4.

En relación a la edad, tenemos a una persona entre 30 y 40 años, 3 personas entre 41 y 49, y el resto de la muestra tienen entre 50 y 60 años. La mediana de edad de la muestra es de 52 años.

Del total de personas de la muestra, 8 son psicólogos, 3 psiquiatras y una persona tiene las dos formaciones. Nueve de los doce terapeutas entrevistados afirman haber realizado algún tipo de trabajo personal específico (seis de ellos de orientación psicoanalítica).

Los contextos de trabajo actuales de las personas de la muestra son muy variados y la mayoría trabajan simultáneamente en más de uno. Dos terapeutas trabajan exclusivamente en el contexto privado (consulta, docencia, supervisión), dos exclusivamente en el contexto

público (salud mental, adicciones, violencia, etc.), y el resto combinan los dos. La mitad de la muestra se dedica también a la docencia, y una tercera parte trabajan como supervisores.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Para el análisis de resultados seguimos los mismos subtemas que en la entrevista, introduciendo alguna modificación en el orden para facilitar la comprensión y la coherencia interna.

### A. Relación entre el modelo sistémico y las emociones.

Todos los entrevistados responden afirmativamente a la pregunta *“¿crees que el terapeuta sistémico debe trabajar con sus propias emociones?”*. Las principales aportaciones que hacen en relación a esta respuesta son:

- > Las emociones son inherentes al hecho de vivir y de interactuar con el otro, por lo tanto, no pueden ser obviadas en el trabajo terapéutico.
- > El trabajo con las propias emociones hace la terapia más consistente.
- > Las emociones, que pueden ser manejadas de diferentes maneras, son una herramienta de conocimiento: de uno mismo, del otro y de la relación que se establece.
- > Las emociones permiten al terapeuta estar “dentro” (observándose a sí mismo) y “fuera” (observando al otro y a la relación) a la vez.

En relación al segundo bloque de este primer apartado, todos los te-

rapeutas, de forma coherente con lo que habían respondido en el anterior, se colocan en desacuerdo con la afirmación *“para mí no es imprescindible porque creo que el modelo sistémico enfoca la terapia en conceptos teóricos más centrales”*. La media de puntuación es de 0,63 (las puntuaciones oscilan entre el 0 y el 1).

En la segunda afirmación *“me gusta identificarlas porque creo que son indicadores importantes pero no realizo un trabajo específico con ellas”*, la media de puntuación es de 3,31, es decir, la muestra se sitúa en un término medio.

La tercera afirmación *“las identifico e intento trabajarlas desde diferentes puntos. Creo que son importantes para el proceso terapéutico”*, la media de puntuaciones es de 4,85, es decir, la muestra expresa su acuerdo, aunque hay dos personas que no puntúan este ítem.

### B. El proceso terapéutico y las emociones.

Todos los terapeutas entrevistados afirman que realizan algún tipo de trabajo con las propias emociones durante el proceso terapéutico. Del resultado de las respuestas de cada uno de ellos podríamos sintetizar este trabajo en los siguientes pasos:

1. Conectar con uno mismo/a (3 respuestas).
2. Observarse (2 respuestas).
3. Identificar las emociones (4 respuestas).
4. Ponerles nombre, dotarlas de significado (2 respuestas).



A partir de este proceso básico de reconocimiento, los matices se aprecian a través del uso que cada uno hace de aquello que ha reconocido. Las respuestas van desde aquellos que finalizan el proceso con este reconocimiento y no hacen nada más (1 respuesta), hasta los que las incorporan en el contexto de trabajo transformándolas en una herramienta útil para la relación terapéutica (4 respuestas).

Lo más significativo que hemos detectado en relación a esta pregunta, es que, casi la mitad de la muestra (5 respuestas), manifiesta que utiliza las emociones como índice, como indicador del momento del proceso terapéutico y de la evolución del proceso, de las relaciones dentro del sistema terapéutico.

Otras respuestas que hemos encontrado son: las emociones te permiten calibrar el tipo de relación que puedes establecer con el otro, sirven para empatizar, no se tienen que esconder, etc.

Los terapeutas de la muestra, ante la pregunta “¿crees que existe un momento idóneo para utilizar las emociones en la terapia? Están de acuerdo en afirmar que no, sino que se han de trabajar en el momento en que aparecen. Las emociones están bañando

la relación terapéutica, por lo tanto, actúan continuamente. Algunos afirman que existen momentos especialmente fecundos para la aparición de las emociones o para la intensidad de éstas, pero que tienen mucho que ver con un momento singular de esta terapia concreta, con el momento único que se está dando en este sistema terapéutico particular.

En relación a la pregunta “¿crees que existen aspectos emocionales previos a la terapia que te pueden condicionar en el momento de recibir a la familia?”, todos los terapeutas responden afirmativamente, y casi todos ellos mencionan más de un aspecto como condicionante.

Los dos aspectos más destacados son:

- > El momento del terapeuta: haciendo referencia tanto al momento del ciclo vital como a aspectos más cotidianos ( qué acontecimientos le han ocurrido antes de llegar a la sesión, etc.). Nueve personas responden que esto les condiciona.
- > La derivación: institución que deriva, derivante, relación previa con este, etc. (8 terapeutas de la muestra).

El resto de las respuestas han tenido que ver con el tipo de familia (2), el tipo de problemática, los prejuicios, la impresión del primer contacto, la incertidumbre ante un nuevo caso y el encargo que se hace el terapeuta a sí mismo.

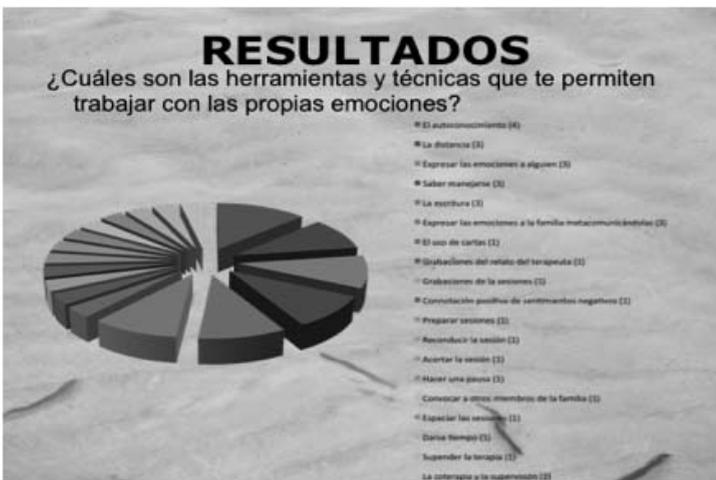
### C. Herramientas y técnicas que permiten al terapeuta trabajar con las propias emociones.

Por un lado, las personas de la muestra refuerzan lo que ya se había evidenciado en el apartado anterior del proceso terapéutico y las emociones. Es decir, destacan como herramientas fundamentales, todas aquellas que tienen que ver con el reconocimiento de las emociones (estar en el presente, conectar, observarse, identificarlas y dotarlas de significado). De hecho, este sería el primer paso para poder utilizarlas de una u otra manera. Lo que sería necesario después es una gestión estratégica de estas emociones. Tres personas afirman que esto se adquiere a través de la formación y de los años de experiencia, y, por tanto, consideran la experiencia como una

herramienta que permite al terapeuta el trabajo con sus propias emociones.

Otras herramientas y técnicas que han salido mediante las entrevistas son las siguientes:

- a. **El autoconocimiento:**  
(4 respuestas) vinculada también a la experiencia.
- b. **La distancia:**  
(3 respuestas) en relación a la familia y en relación a las propias emociones. Una adecuada gestión de esta distancia, por parte del terapeuta, puede facilitar un buen trabajo con las emociones.
- c. **Expresar las emociones a alguien:**  
(3 respuestas) se habla tanto de expresarlas a algún compañero de trabajo, al equipo, en la supervisión e, incluso a alguien ajeno al contexto en ocasiones excepcionales (ej. familiares).
- d. **Saber manejarse:**  
(3 respuestas) gestionar las propias emociones.
- e. **Expresar las emociones a la familia:**  
(3 respuestas) metacomunicarlas.



Las siguientes herramientas y técnicas han estado mencionadas sólo por una persona de la muestra: el uso de cartas, grabaciones del relato del terapeuta una vez finalizadas las sesiones, grabaciones de las sesiones en vídeo, preparar las sesiones y, por último la connotación positiva de los sentimientos negativos que genera la familia en el terapeuta.

Hemos incluido también en el análisis de este apartado las preguntas relativas al uso del lenguaje analógico por parte del terapeuta, y de la metacomunicación en relación a la familia. Las respuestas han sido las siguientes:

*“¿Cómo utilizas tu cuerpo y el lenguaje no verbal en el proceso terapéutico?”*

El uso del cuerpo (acercamiento, lejanía, la posición), el contacto físico, la mirada, los gestos, el tono de voz, etc., llegan a ser herramientas que permiten al terapeuta expresar y utilizar sus emociones. Todos reconocen utilizarlo, pero aparecen dos posturas interesantes a tener en cuenta, que se repiten también en otros apartados de la entrevista: el uso de las emociones (en este caso a través del lenguaje analógico) desde una perspectiva de genuinidad o desde una perspectiva estratégica, no necesariamente coherente con lo que el terapeuta está sintiendo en este momento.

*“¿Utilizas tus propias emociones en algún momento del proceso metacomunicándolas a la familia?”*

Aparece un acuerdo unánime sobre el reconocimiento de la metacomunicación como una técnica útil para trabajar con las emociones del terapeuta. Todos los entrevistados afirman utili-

zarla. Manifiestan que es una técnica que sirve para desencallar situaciones, para tomar distancia de lo que uno está sintiendo en ese momento, etc. Se utiliza pensando que será útil para el sistema, y no con la única finalidad de tranquilizar al terapeuta.

#### **D. Actitudes y aptitudes necesarias.**

Algunas personas de la muestra afirman que no son imprescindibles unas actitudes y aptitudes concretas para trabajar con las propias emociones, que no existe una definición única de cómo ha de ser un terapeuta para poder trabajar a este nivel, que los terapeutas son personas “normales y corrientes”. Lo que sí reconocen todos, son actitudes y aptitudes facilitadoras de este trabajo.

#### **1. ACTITUDES:**

##### **a. Humildad, modestia y flexibilidad:**

(4 respuestas) en el sentido que es favorable que el terapeuta tome una actitud de no pensar que su opción es la mejor, la única. También es positivo tener claro que los cambios que se producen en la familia no son solo fruto de su intervención, los terapeutas tenemos una responsabilidad dentro de las sesiones pero no somos responsables de la familia.

##### **b. Apertura:**

(4 respuestas) estar abierto a las emociones, a mirar hacia el propio mundo interior.

##### **c. Otras actitudes que obtienen una respuesta, son: perder el**

miedo hacia nuestras propias

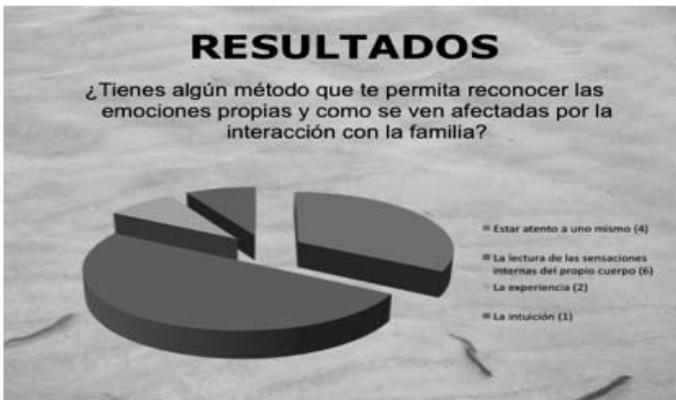
emociones, mostrarse motivador y aventurero, y la compasión.

## 2. APTITUDES:

- a. **Formación y experiencia:**  
(4 respuestas)
- b. **Autoconocimiento:**  
(3 respuestas) Capacidad de autoobservarse.
- c. **Capacidad de elaboración:**  
(3 respuestas) de lo que va emergiendo.
- d. **Capacidad de adaptarse:**  
(1 respuesta) a la realidad que aporta el otro, el momento presente, etc.

## E. Las emociones del terapeuta.

El reconocimiento de estas emociones en la propia persona y de cómo se ven afectadas por la interacción con la familia, según lo que hemos recogido, se hace a partir de estar atento a uno mismo (4 respuestas) y de la lectura de las sensaciones internas del propio cuerpo (6 respuestas) que, generalmente, se dan en forma de malestar e incomodidad. Algunos tienen identificados, claramente, los momentos “emocionales” con una respuesta específica de su cuerpo (calor interno, boca seca y movimientos repetitivos de la pierna). Según hemos recogido, la experiencia (2 respuestas), una vez más, y la intuición (1 respuesta) son dos herramientas complementarias que ayudan al reconocimiento de estas emociones en uno mismo.



Las emociones que más reconfortan a los terapeutas entrevistados son las siguientes:

- Agradecimiento, algo, reconocimiento: (4 respuestas) bajo diferentes conceptos, la mayoría de los terapeutas destacan el reconocimiento de la familia, como la emoción que más les reconforta.

- La sensación de estar ante un momento único, un momento de cambio, un momento en que la familia ha hecho un “clic” (2 respuestas).
- La satisfacción: (2 respuestas) de la familia, de ver como una situación se desencalla, etc.

A parte de estas, que de una forma u otra, casi todos manifiestan, aparecen otras como: la emoción que el terapeuta siente cuando puede “dar la vuelta” a un sentimiento negativo respecto a un miembro de la familia o a una relación concreta, la expresión de amor y la emoción de la reparación, la compasión (entendida como la capacidad de aceptar al otro y de conectar con él a un nivel profundo), la observación del atrevimiento de la familia por cambiar, la admiración hacia sus miembros, y la emoción cuando observas que el sistema familiar es capaz de reconocer a sus individuos.

Por otro lado, preguntando por las emociones que más incomodan a los terapeutas, dos personas responden que son las que tienen que ver con no haber podido conseguir los objetivos o con la sensación que se iba por buen camino y, de repente, la terapia no funciona. El resto hablan de emociones que identifican en la familia que les generan incomodidad. Estas emociones son, según palabras de los propios entrevistados: actitud de la familia de instalación en el no cambio (tres terapeutas lo han destacado), enfado, queja constante, bronca incontrolable, rechazo, violencia, machismo, miedo, ansiedad de origen desconocido, tristeza profunda e irritación.

En cuanto a la gestión de estas emociones tanto dentro de la sesión como fuera, se repiten muchos de los elementos analizados en el apartado de herramientas y técnicas. Concretamente, se repiten la escritura, el hablar con los compañeros, trabajarlas dentro de la sesión y, la experiencia como herramientas de gestión de las emociones. En relación a cómo

gestionar las emociones dentro de la sesión, aparecen elementos nuevos como: intentar reconducir la sesión, acortarla, hacer una pausa, convocar a otros miembros de la familia, espaciar las sesiones, darse tiempo, suspender la terapia, etc.

También en relación a la gestión de las emociones, aparecen dos elementos importantes en la terapia familiar sistémica: la co-terapia y la supervisión (en dos entrevistas se habla de supervisión y en una de co-terapia). A parte de estas, los terapeutas mencionan formulas personales para dejar las emociones atrás cuando salen de la terapia: leer textos teóricos, pasear, meditar, ir a buscar espárragos, bailar,... Diferentes terapeutas hablan del camino de retorno a casa después de la jornada laboral como una metáfora de ir dejando atrás las emociones del día.

El último aspecto que hemos considerado dentro de este apartado es el de los caminos que han permitido a los terapeutas de nuestra muestra dar importancia a las propias emociones dentro del trabajo terapéutico. Estos caminos han sido, básicamente, tres:

- > la **formación**: (5 respuestas) los conocimientos teóricos, las prácticas vivenciales dentro de la formación, etc.
- > la **experiencia**: (4 respuestas) por un lado, darse cuenta que han tenido experiencias en las sesiones en que la incorporación de las propias emociones ha sido importante; y, por otro lado, el hecho de ser más expertos y no tener que preocuparse tanto por la técnica, les permite poner atención en otros aspectos como las emociones.

- > la **historia personal y familiar:** (2 respuestas) las experiencias en la propia familia de origen, la forma de ser de cada uno, etc.

Otras respuestas que aparecen son: la experiencia como docente, la evolución del modelo y los feedbacks recibidos.



## F. Las emociones dentro del sistema terapéutico.

En este apartado, de cara al análisis de resultados, hemos incluido también la pregunta relativa al reconocimiento, por parte del terapeuta, de las emociones de la familia. Esta lectura del otro se basa, según nos comentan los entrevistados (5 respuestas), en una observación tranquila del otro a partir del cuerpo, de los gestos, del tono de voz, del ritmo, de quién toma la palabra y quién no, de la rapidez de la respuesta, etc. Esta descodificación de las emociones del otro se aprende con la experiencia del terapeuta (2 respuestas), pero, sobre todo, con nuestro bagaje como personas, con la cultura. Se trata de un conocimiento intuitivo que hemos ido adquiriendo en nuestro vivir (3 respuestas). Uno de los terapeutas destaca como forma de reconocer las emociones del otro, el sentimiento que reconoce en sí mismo.

Todas las personas de la muestra afirman que tanto las emociones del coterapeuta como las del equipo

pueden integrarse en la sesión, y que éstas son de gran importancia para el desarrollo del proceso. Las respuestas se centran, básicamente, en el trabajo en co-terapia. De entrada, expresan la necesidad de tener presente al otro y la disposición a escucharlo y a compartir con él (tanto dentro como fuera de la terapia). La relación entre terapeuta y coterapeuta es importante para los entrevistados, y destacan diferentes puntos a tener en cuenta en relación al tema que nos ocupa:

- > Predisposición a recibir feedback y evitar posiciones defensivas ( 5 respuestas).
- > La jerarquía (3 respuestas), sobre todo en relación a como se gestiona la asimetría entre ellos, tanto por lo que tiene que ver con aspectos competitivos como con las emociones positivas que pueden dificultar el trabajo (ej. La admiración) .
- > Si el trabajo de la pareja terapéutica es continuado en el tiempo y, por lo tanto, hay una confianza y un conocimiento

- mutuo, o bien si el trabajo es puntual (3 respuestas).
- > Importancia de hacer la pre-sesión y la post-sesión conjuntamente (2 respuestas), como factor favorecedor para incorporar las emociones del co-terapeuta.

Una sola persona de la muestra afirma que integrar las emociones del equipo, en general, genera confusión. El resto lo valoran como un potencial a tener en cuenta por diferentes razones: para aportar más miradas sobre la situación, para utilizarlo estratégicamente jugando con las características del equipo, etc.

### **G. Efectos sobre los resultados de la terapia.**

La mayoría de personas de la muestra (9 respuestas) opinan que el trabajo con las propias emociones del terapeuta puede afectar el resultado de la terapia. Tres personas mantienen una posición diferenciada:

- > Una defiende que no todas las terapias tienen la misma complejidad ni la misma intensidad y, por lo tanto, hay terapias en que las emociones tienen un papel poco relevante.
- > Otra persona responde que las emociones son importantes y necesarias, pero no decisivas para el buen funcionamiento de una terapia.
- > Y una última, responde diciendo que es una cuestión ideológica y, por lo tanto, depende del valor que le dé cada cual.

El resto de terapeutas utilizan diferentes argumentos para defender la

importancia del uso de las emociones del terapeuta sobre los resultados de la terapia: la persona del terapeuta es su propia herramienta de trabajo, las emociones forman parte de la relación, el paciente necesita sentir la empatía del terapeuta, la emoción refuerza el cambio y lo hace más profundo porque interactúa con los niveles cognitivo y pragmático, la terapia es más coherente con la sensación de tener dominio sobre el proceso y de canalizarlo hacia dónde tiene que ir.

### **CONCLUSIONES Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.**

Los terapeutas expertos entrevistados afirman que el terapeuta sistémico debe trabajar con las propias emociones. Aún así, hay terapeutas que lo consideran imprescindible y claramente esencial, y otros que determinan que las emociones son un elemento más. Su vivencia confirma lo que hemos encontrado en la teoría: las emociones son inherentes al ser humano, condicionan nuestra racionalidad y, por lo tanto, impregnan el sistema terapéutico. Así pues, la toma de conciencia de las propias emociones, por parte del terapeuta, puede acontecer un elemento importante para introducir elementos nuevos en el sistema terapéutico. Esta toma de conciencia estaría condicionada por muchos aspectos (tal y como encontramos en la teoría y queda confirmado por las respuestas). Entre ellos, destacaríamos los conceptos del marcadador somático, la capacidad del terapeuta para autoobservarse y conocer sus propios patrones relacionales.

Todas estas capacidades, según nos comentan, vienen determinadas por los años de experiencia y por un buen

proceso formativo. Este hecho nos llevaría a abrir nuevas investigaciones para confirmar una de las hipótesis complementarias que planteábamos: ver en qué medida se diferencian los terapeutas expertos de los que no lo son en cuanto al uso de las emociones. En relación a la hipótesis que vincula la formación personal y el uso de las emociones, podríamos decir que el hecho de conocer los patrones relacionales y emocionales propios podría facilitar la ubicación en el rol de terapeuta. ¿Quizás los terapeutas que han dado más importancia a la formación y la exploración de la historia personal, han dado más importancia al tema de las emociones? La muestra no ha sido suficientemente significativa para confirmar este planteamiento. Lo que sí podemos concluir en este sentido, es que el concepto de formación personal puede ser mucho más amplio de lo que pensábamos y que no siempre se debe partir de un proceso formal, que hay muchas maneras de llegar al mismo lugar, y que el trabajo en equipo, la co-terapia, el uso de técnicas escritas, la grabación de las sesiones y otras muchas herramientas pueden facilitar la toma de conciencia de las propias emociones.

Según las entrevistas mantenidas con los terapeutas de la muestra, sería, precisamente, esta toma de conciencia el primer paso que permitiría un uso estratégico de estas emociones. Y, por lo tanto, nuestra hipótesis principal quedaría confirmada, teniendo en cuenta que la muestra no es suficientemente significativa.

El último aspecto que planteábamos como hipótesis complementaria es la incidencia en el resultado de la terapia vinculado al uso de las emociones del terapeuta en el proceso. La

presente investigación nos ha aportado poco en esta dirección. La mayoría de terapeutas de la muestra afirman que los dos aspectos están relacionados y algunos apuntaban pistas sobre la posible dirección de esta relación (coherencia del proceso, cambios más profundos, facilitar la empatía...). Uno de los elementos que nosotros destacaríamos es el de la consistencia de la terapia, entendiendo el término consistencia desde el punto de vista de la no contradicción. ¿La emoción refuerza el cambio y lo hace más profundo? No podemos hacer una afirmación taxativa en relación a esto, pero podemos apuntar el hecho que la terapia es diferente si se ponen en juego las emociones o no. De todas maneras, para avanzar en este camino haría falta un nuevo abordaje de investigación que permitiera una observación in situ del terapeuta y que también pudiera incluir a la familia.

Teoría y práctica quedan bien articuladas en este trabajo, en el sentido que aquellas cosas que hemos descubierto en los libros también han sido contrastadas desde la práctica clínica de los terapeutas entrevistados. Los elementos más importantes que destacaríamos en este sentido son:

- > La idea de las emociones como guía. La mitad de la muestra lo destaca como elemento para calibrar lo que está pasando dentro del sistema terapéutico, como elemento evaluador del proceso. Y como guía también nos pueden ayudar a construir puentes con la familia, puntos clave, momentos únicos.
- > Las emociones vienen condicionadas por diferentes aspectos: los que tienen que ver

con el propio terapeuta (en las respuestas se han evidenciado muchas referencias en este sentido, sobre todo, con respecto a la historia personal y familiar), y también relativos al contexto y al equipo (Aunque estas respuestas han aparecido muy poco porque los terapeutas entrevistados no trabajan en equipo). Hemos podido constatar que ninguno de los terapeutas entrevistados trabaja de forma habitual en equipo o en co-terapia. Esto nos ha llevado a plantearnos nuevas preguntas: ¿Hay elementos propios de la orientación familiar sistémica que favorecen especialmente la gestión de las emociones por parte del terapeuta? (ej. Las grabaciones, el equipo, la co-terapia, etc.) ¿Se podría establecer una comparativa entre diferentes modelos en relación a los aspectos facilitadores para la gestión de las emociones del terapeuta?

> Prácticamente todas las herramientas destacadas en la teoría han aparecido en las entrevistas como herramientas que los terapeutas utilizan (formación, supervisión, autoobservación, metacomunicación, lenguaje analógico, distancia, etc.). Ningún terapeuta habla de la importancia del autocuidado. Aún así, algunos hablan de la humildad de aceptar las limitaciones propias y la humanidad de aceptar que uno no sabe lo que es mejor para la familia. Tampoco ningún terapeuta menciona el concepto de neutralidad (importante en

la orientación sistémica y que nosotras hemos considerado una buena herramienta para gestionar las emociones).

Por otro lado, aparecen conceptos en las entrevistas que nosotros no habíamos recogido en la teoría. Estos aspectos tienen que ver, sobre todo, con la conducción de las sesiones (convocatoria, hacer la pausa en un momento determinado, acortar la sesión, etc.), y con el enfoque del uso de las emociones. Se da una diferencia de criterio respecto a hacer un uso puramente estratégico o bien un uso genuino en la terapia. Una posición hace referencia a ser auténtico y genuino durante toda la relación terapéutica. Y la otra, tiene que ver con entender el uso de las emociones de forma estratégica; es decir, aun cuando el terapeuta no lo sienta profundamente, puede utilizar estos estados emocionales en favor de la terapia.

Esta investigación nos ha aportado un enriquecimiento personal importante y, por lo tanto, mucha satisfacción. Hemos logrado los objetivos planteados, de entre los cuales queremos destacar que el clima de apertura y empatía creado en la mayoría de encuentros, ha convertido la propia entrevista en un espacio de reflexión e intercambio sobre este tema. Algunos terapeutas han explicado que, mientras contestaban, han redescubierto aspectos propios poco conscientes.

El enriquecimiento que comentábamos no ha sido en forma de grandes descubrimientos, pero sí en forma de infinidad de pequeños matices. Y con estos matices han surgido nuevas dudas, nuevas preguntas,

nuevos interrogantes para seguir explorando:

- > ¿Se podría establecer alguna conexión entre un tipo de emoción determinada y un tipo de problemática o de dinámica familiar concreta?
- > ¿Sería posible establecer si tienen alguna influencia el contexto, la institución, y el rol que ocupa el terapeuta en ella en la gestión de las propias emociones dentro el proceso terapéutico?
- > ¿Podríamos desgranar qué aspectos de la experiencia son los que favorecen una mejor gestión de las emociones por parte del terapeuta? ¿Cómo se adquiere este “saber hacer” a partir de la práctica clínica? ¿Podría esto contribuir a introducir algún cambio en la formación de los terapeutas?
- > Cuando los terapeutas han hablado de gestionar las propias emociones, se hablaba casi siempre de emociones negativas. La sensación de incomodidad general era la que predominaba cuando nos hablaban de las emociones como guía. ¿Qué pasa cuando la emoción que nos atrapa es positiva? ¿Existe el mismo grado de conciencia de que puede influir en el proceso? ¿Se podrían establecer relaciones entre emociones positivas entendidas como confort del terapeuta y la homeostasis del sistema terapéutico?
- > Cuando hablamos del momento único dentro el proceso terapéutico, ¿cuáles son los factores que lo potencian o facilitan? ¿Tienen que ver con

las emociones o con el clima emocional? Es interesante como aquello único que nos “toca” no tiene que ver con ningún modelo. Esto nos lleva a pensar que podría tener sentido que fuera algo de índole emocional. La gestión de las resonancias como formas de ensamblaje puede tener un papel decisivo en el puente que se establece entre familia y terapeuta.

**Annexo 1.****ENTREVISTA A TERAPEUTAS.**

CONTEXTO DE TRABAJO:

FORMACIÓN:

TRABAJO PERSONAL DEL TERAPEUTA:

AÑOS DE EXPERIENCIA:

MOMENTO DEL CICLO VITAL:

EDAD:

SEXO :

### 1. RELACIÓN ENTRE EL MODELO SISTÉMICO Y LAS EMOCIONES.

- ¿Crees que el terapeuta sistémico debe trabajar con sus propias emociones?
- Puntúa del 0 al 5 las siguientes opciones, según tu posición (totalmente de acuerdo 5, totalmente en contra 0).
  - > Para mi no es imprescindible porque creo que el modelo sistémico enfoca la terapia en conceptos teóricos más centrales.
  - > Me gusta identificarlas porque creo que son indicadores importantes pero no realizo un trabajo específico con ellas.
  - > Las identifico e intento trabajarlas desde diferentes puntos. Creo que son importantes para el proceso.

### 2. EL PROCESO TERAPÉUTICO Y LAS EMOCIONES.

- ¿Qué tipo de trabajo realizas con las emociones durante el proceso terapéutico?
- ¿Crees que existe un momento idóneo para utilizar las emociones en terapia?
- ¿Crees que existen aspectos emocionales previos a la terapia que te condicionan en el momento de recibir a la familia?
- ¿Cuáles son las herramientas que te permiten trabajar con las emociones?
- ¿Trabajas con técnicas específicas? ¿Cuáles?

### 3. LAS APTITUDES Y ACTITUDES NECESARIAS.

- ¿Crees que para trabajar a nivel emocional el terapeuta necesita determinadas actitudes y aptitudes?
- ¿Porqué no?
- ¿Porqué sí? ¿Cuáles? Explícalo, ejemplifícalo.
- ¿Cómo utilizas tu cuerpo y el lenguaje no verbal en el proceso terapéutico?

#### 4. LAS EMOCIONES DEL TERAPEUTA.

- ¿Cómo reconoces las emociones de la familia? ¿Tienes algún método que te permita reconocer las propias emociones y cómo éstas se ven afectadas por la interacción con la familia?
- ¿Cuál es la emoción que te reconforta más dentro de la sesión?  
¿Qué tipo de familia o situación te la genera?  
¿Cómo sientes que lo gestionas?
- ¿Cuál es la emoción que más te incomoda dentro de la sesión?  
¿Qué tipo de familia o situación te la genera?  
¿Cómo sientes que lo gestionas?
- Cuando sales de la sesión, ¿qué haces con las emociones construidas / surgidas dentro del sistema terapéutico?
- ¿Utilizas tus propias emociones en algún momento del proceso metacomunicándolas a la familia?
- ¿Cuáles serían los caminos que te han permitido darle importancia a las emociones en el trabajo terapéutico?

#### 5. LAS EMOCIONES DENTRO DEL SISTEMA TERAPÉUTICO.

- Si trabajas en coterapia, ¿crees que se pueden integrar las emociones del coterapeuta en la sesión? ¿y las del equipo de detrás del espejo? ¿y las del supervisor? ¿porqué sí? ¿porqué no? ¿cómo?
- ¿Cómo se trabajan las emociones que surgen entre terapeuta y coterapeuta?

#### 6. ¿CREES QUE EL TRABAJO CON LAS EMOCIONES PODRÍA AFECTAR AL RESULTADO DE LA TERAPIA? ¿PORQUÉ NO? ¿PORQUÉ SÍ? ¿EN QUÉ MEDIDA?

- APONTE, H. J., i Winter, J. E. (1988) *“La persona y la práctica del terapeuta. Tratamiento y entrenamiento”* Revista Sistemas Familiares, año 4, N° 2, 1988. Buenos Aires.
- CANCINI, Luigi (2007) *El océano borderline. Viaje por una patología inexplorada*. Editorial Paidós. Barcelona.
- CEBERIO, M. R. y Linares, J. L. (2005) *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Paidós Terapia Familiar. Barcelona.
- DAMASIO, A. R. (1996) *El error de Descartes*. Grijalbo Mondadori. Barcelona.
- ELKAÏM, Mony (1995) *Si me amas no me ames*. Editorial Gedisa. Barcelona.
- GARRIDO Fernández, M. (1996) “Género e interacción en la coterapia y el equipo reflexivo”. Revista de Psicoterapia, 26-27 /1996.
- MATURANA, U. i Varela, F (1984) *El árbol del conocimiento*. Editorial universitaria.
- LIPNICK, Eve (2004) *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- PAKMAN (2007) *“Entrando en el castillo: palabras que permanecen, palabras por venir. Poética y micropolítica del cambio”*, seminari impartit a Barcelona (Escola de Terapia familiar Hospital Sant Pau) el 9 i 10 de novembre de 2007.
- TAYLOR, S. J., i Bogdan, R. (1992) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós. Barcelona.
- VISAUTA, B. (1989) *Técnicas de investigación social I: recogida de datos*. PPU. Barcelona.
- WHITAKER, C. (1992) *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Paidós Barcelona.

Cualquier consulta sobre la revista REDES pueden dirigirse a la secretaría de la revista en la siguiente dirección electrónica:

redesrevista@telefonica.net

Nuestros lectores pueden encontrar información en la página web:

www.redrelates.org  
www.revistaredes.es

## Publicidad

La revista REDES acepta publicidad sobre temas relacionados con la terapia familiar sistémica, con respecto a diversas áreas referidas a la práctica y la formación, así como de publicaciones y demás eventos conexos con el trabajo desde el modelo sistémico-relacional.

Los costos de dicha publicidad son los siguientes

1 página: 300 euros  
1/2 página: 200 euros  
1/3 página: 150 euros  
1/4 página: 125 euros

### Descuentos

La inserción durante dos números seguidos (1 año) supondrá un **descuento de un 20%** sobre el precio previsto. A los anunciantes deberán tener en cuenta las fechas de cierre y publicación de la revista (junio y diciembre).

## NÚMEROS ATRASADOS

Para recibir los números atrasados de REDES cumplimente y remita este impreso a **REDES C/ Mallorca 489, entresuelo 2ª, 08013 Barcelona (ESPAÑA)**, e-mail: [redesrevista@telefonica.net](mailto:redesrevista@telefonica.net)

Deseo recibir ..... ejemplar (es) de los números .....  
 ..... (siempre que no estén agotados) al precio de

- 15 € el ejemplar (gastos de envío incluidos ) para España y resto de Europa.  
 18 \$ (dólares USA) (gastos de envío incluidos) para América.

a la siguiente dirección:

Nombre y apellidos .....

Domicilio .....

Código Postal ..... Población .....

País ..... Teléfono .....

El importe lo abonaré:

- Mediante **transferencia bancaria** a nombre de REDES, al número de cuenta **CCC 0182 1797 37 0201520758 del Banco BBVA Banco Bilbao Vizcaya Argentaria** (Oficina 1797 Paseo de Gracia, nº 25, Barcelona (España))
- Mediante **Cheque bancario** nº ..... a nombre de REDES

## BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

REDES

157

Deseo suscribirme a la revista REDES, de periodicidad semestral, por el período de 1 año (2 números) y renovaciones hasta nuevo aviso. A partir del número ..... (incluido).

### Precio

#### España

Suscripción por dos años ..... 60 euros (IVA incluido)

#### Resto de países

Suscripción por 2 años ..... 100 \$ (dólares USA)

Instituciones ..... 180 \$ (dólares USA)

Nombre .....

Apellidos .....

Empresa .....

Domicilio .....

Código postal ..... Población .....

Correo electrónico .....

Provincia ..... Tel. .... Fecha de nacimiento .....

### Forma de pago

Mediante **transferencia bancaria** a nombre de REDES, al número de cuenta **CCC 0182 - 1797 - 37 - 0201520758**

del **Banco BBVA Banco Bilbao Vizcaya Argentaria**

(Oficina 1797 Paseo de Gracia, nº 25, Barcelona (España))

Mediante Cheque bancario nº ..... a nombre de REDES

VISA\*

Nombre y apellidos del titular.....

Nº de Tarjeta ..... Fecha de caducidad .....

Deseo que me remitan factura por el importe de la suscripción.

NIF .....

Nombre completo .....

Dirección fiscal .....

**La suscripción quedará formalizada cuando REDES reciba una copia de la transferencia bancaria con los datos del suscriptor.**

### REDES

Mallorca 489, entresuelo 2ª

08013 Barcelona (España)

Tel. 616 87 13 58

Fax 93-2919479

redesrevista@telefonica.net

\* En el caso del pago con VISA, el incremento sobre el precio de suscripción es de un 2,5%.





# redes

La revista **redes** pretende seguir profundizando en su objetivo de divulgar el *modelo relacional sistémico* en España y Latinoamérica. Con ese fin, han unido esfuerzos la *Escuela de Terapia Familiar del Hospital de San Pablo de Barcelona* y la *Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar (EVNTF)*, de las que la revista **redes** es su portavoz y órgano de expresión.

**redes** es también el órgano de expresión de la *Red Española y latinoamericana de Escuelas Sistémicas (RELATES)*, de cuyos objetivos y finalidades quiere hacerse continuado 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.

Como parte de la política de internacionalización de **redes** se sumo como co-editor la Universidad de Guadalajara (México) a través de sus centros universitarios de la Ciénega y la Costa.

En el próximo número: **redes 24**

**Karin Schlanger**  
y **Noemí del Prado Sánchez**

La diferencia cultural  
en la terapia breve de Palo Alto

**Carmen Campo**

Terapia de pareja de orientación sistémica.  
Un modelo de diagnóstico e intervención

**José Miguel Antón San Martín**

El impacto del suicidio en la familia.  
El proceso específico del duelo familiar