



INSTITUTO UNIVERSITARIO SOR JUANA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Clave de incorporación UNAM 8951 – 25

LOS FACTORES RESILIENTES DESARROLLADOS EN
FAMILIAS CON CONSUMIDORES DE DROGAS EN UN
CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA

PRESENTA

FERNANDO HUADI MAJLUF MENDOZA

DIRECTORA DE TESIS: IRMA MAGNOLIA RAMÍREZ
GONZÁLEZ

ASESORA METODOLÓGICA: NORMA ELODIA NOTARIO
GUEVARA

TEHUACAN, PUEBLA, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria y agradecimiento

– ¿Cómo empieza la historia? –Preguntó Conor O'Malley

–Empieza como muchas otras historias, con un chico muy grande para ser un niño, muy joven para ser un hombre y una pesadilla. –Respondió el Monstruo

Un monstruo viene a verme

Me siento muy agradecido por la vida que me ha tocado vivir, agradezco el estar aquí y ahora y como aquella linda canción dice “Soy vecino de este mundo por un rato y hoy coincide que también tu estas aquí. Coincidencias tan extrañas de la vida, tantos siglos, tantos mundos, tanto espacio y coincidir”, agradezco las todas las extraordinarias personas que han caminado conmigo.

Con mucho cariño quiero dedicar este trabajo a mi madre que tanto amo, a la memoria de mi padre que tanto amé. A ustedes padres gracias por todo su amor, bondad y generosidad que tuvieron conmigo. Gracias a su inmenso trabajo logre llegar a la meta, para ustedes con todo mi amor y cariño, siempre los voy a amar y honrar hasta el final de mi vida, gracias por enseñarme a trabajar, a luchar, a seguir, a amar y a superarme, querida madre prometo quererte siempre y nunca hacerte falta, papá sé que me quisiste mucho, fui tu hijo más pequeño, recibe un abrazo hasta el cielo.

Mi agradecimiento más sincero para Lic. Irma Magnolia Ramírez González, mi querida directora de tesis, quien fue para mí una gran maestra universitaria y mi directora de la licenciatura, gracias por tu compañía y por las canciones compartidas que me enseñaron que a veces podemos hacernos lodo en manos de otros, pero que debemos buscar la otra orilla, que a veces se hace un silencio mortal cuando un ángel pasa y que muchas podemos llegar a ser el verdugo de aquel niño que fuimos, gracias por enseñarme que las luces superan a las sombras y por mostrarme qué tan verde es el verde.

Mi agradecimiento, con muchísimo cariño para mi asesora metodológica y psicoterapeuta Mtra. Norma Elodia Notario Guevara, este es un regalo para ti, mi querida sistémica, gracias por ayudarme a iniciar este trabajo y por acompañarme en se realización, tú has sido testigo de mi crecimiento, gracias por alumbrar mi camino, eres una persona nutricia en mi vida, llegue como un alma herida y me ayudaste a sanar y crecer. Nunca olvidaré tu frase, “a nuestros grandes amores y amigos nos unen nuestras grandes patologías”.

Gracias a mi familia nutricia, que me permitió crecer en la adversidad y ser resiliente.

Gracias tía Yasmin y Jorge por todo el viaje que llevamos recorrido, gracias tía por tu amor incondicional y valiosa compañía, gracias tío Guicho por tu compartir, por tu trabajo y apoyo que le das a mi mamá, por dejarte querer y cuidar.

Gracias querido hermano Abraham y Tere por su valioso apoyo y afecto recibido a lo largo de todos estos años, guardo todos los buenos momentos compartidos y espero sean más con el tiempo.

Gracias hermano Karim te quiero mucho, es una fortuna tu compañía y cariño, espero siempre sigamos cercanos y a mi querida Roció que siempre ha estado ahí, siempre al pendiente de mí y cerquita del corazón.

Gracias querida hermana, Leticia tu presencia ha sido buena para mí, mi querida prima Lulú te agradezco todas tus atenciones y muestras de afecto para conmigo, a mi queridísimo primo Gerardo y la siempre linda Pilar, que su compañía y amor lo siento presente en mi vida y es un gran regalo, muchísimas gracias a ambos, a mí querida Renée que siempre sus orejas y corazón han sido, son y espero siempre estén dispuestos a escucharme, gracias Pablo y Andrea. Gracias queridos Elena, Elisa y Sael por su presencia.

Gracias querida prima Inés, querida tía Rosa gracias por su inmenso afecto y gran cariño, gracias Zenaida por estos años llenos de compañía y amor que nos has dado, Carmelita gracias por su andar en nuestra vida, a la compañía de mis tíos y tías, en especial a Paty Polis, Liz, Osvaldo, Isabel, Manuel, Néstor, Juan, Carmelo, Luis, Marce, Mitzín, Lupita, Paty y prima Vale.

A los que ya partieron y amaré profundamente, a ustedes que nos observan desde las estrellas y que de algún modo sus enseñanzas, gestos y amor siguen vivos en mi recuerdo y en los momentos en que más me he sentido solo, sé que me guían, gracias amado padre, querida Anita tutora de resiliencia, tía Susana, Chavo, abuela Luz María y abuelo Carmelito, gracias Tenchita por todo tu amor, gracias Catita por toda tu presencia.

Y también mi agradecimiento a las personas que han trabajado con nosotros, Doña Maguito gracias por tus cuidados, amor, paciencia y cariño dedicado a mi familia y a mí persona, gracias Mago, Ross, Vicky, Ceci y Normita por todo apoyo y trabajo en casa y en la Cocina de Magda.

Queridos amigos de la familia, Pilar, Lupita y Max gracias por tanto amor y cariño compartido a lo largo de todos estos años, gracias mi querida Julieta por todo el apoyo,

compañía y afecto, por los buenos momentos de cercanía con Cristina, Sandra y Toño, gracias Señores Luna, Chavelita y Don Rufo los quiero muchísimo y siempre están presentes, gracias por su valiosa amistad Sra. Elizabeth, Sra. Grisel y Gianni gracias por tanto camino compartido y amor son muy buenas con nosotros, gracias Lupita, gracias Terecita Arenas le tengo un gran cariño, querida Silvia gracias por su apoyo y amistad, gracias querida Sensei Hiroko gracias a sus bellos cuentos, gracias Lulú por todo tu apoyo, Alma, Esther y Javier muchas gracias.

Gracias a mis maestros de mi vida escolar, Paty, Ana, Chagüita, Isabel, Carmen, Ubaldo, Leonardo, Tere, Judith, Rosalía, Lucia, Luciano, Eloisa, Conchita, Lucha, Laura, Violeta, Aidé, Eudoxio, Paty, Alma, Gabriel y Aurora, que sin duda muchos fueron grandes tutores de la resiliencia y me inspiraron a trabajar en la educación.

Gracias mi querido padrino Lalo, soy feliz de ser tu ahijado y de tenerte presente en mi vida, me gusta jugar contigo, que hables como Yoda, tengo cuidado de no infectarme con el virus del miedo y he ido aprendiendo a pensar bien como el espantapájaros, a ser valiente como el león y a tener un buen corazón como el hombre de hojalata, a ser un buen mago me enseñas como Sirius a Harry, gracias por los los de terapia y por aguantarme tanto, te quiero.

Gracias mí querida amiga Patricia, gracias por ayudarme, enseñarme y acompañarme, creíste en mí y en mi capacidad docente, depositaste tu confianza en mi trabajo, brindo por la alegría compartida contigo, espero siempre estés presente en mi vida te quiero.

Maestras Lorena, Verónica, Laura y Monse de Mesoamericana, muchísimas gracias.

Gracias a mis estimadas compañeras del jardín de niños Lety, Nico, Sandrita, Eli, Carmen, Cari, Adriana e Isa que siempre me han tendido su mano y hacen de mi estancia en el jardín de niños un momento y espacio agradable.

Gracias mis amigos de toda la vida y de ahora, Vianey, Noemí, Mariana, Alma, Reyna, Nancy, Judith, Maribel, Karina, Toño, Dylan y Erick.

También a mis fieles mascotas presentes y en el cielo de los animales, ustedes son mis compañeras de viaje, para quienes amamos a los animales sabemos que son un pedacito de nuestro ser.

Gracias psicólogas Iliana, Leticia y Aracely por inspirarme a estudiar psicología, a mis humanistas consentidas Edith y Patricia que fomentaron en mí la pasión por la psicología humanista y gracias a mis queridas docentes de la Maestría Marlene, Eunice y Dulce.

Gracias a mis psicoterapeutas que para mí fueron magos sin magia, acompañantes de los momentos difíciles y oscuros de mi vida, ángeles que la vida puso en mí camino para pensar, crecer, curar. Personas para enseñarme a reparar mi historia de vida, a ellos que me enseñaron a encontrarme a conmigo mismo, a escucharme, valorarme, y cuidarme haciéndome responsable de mí, gracias Normita, Laura y Lalo.

Gracias queridas Elizabeth, Laura por todo el apoyo para acreditar el idioma inglés en UNAM, que sin duda fue un reto.

A mis queridos docentes universitarios que me formaron, guiaron y acompañaron en el proceso de convertirme en psicólogo, de ustedes siempre estaré infinitamente agradecido y orgulloso, Dra. Maribel, siempre fomentando en mí un pensamiento crítico y con tu visión del psicólogo como agente de cambio social, mi muy querida Dra. Laura sembraste en mí tu línea humanista, te recuerdo por tu gran trabajo, compromiso, dedicación, precisión y responsabilidad, me enamoraste de la psicología clínica, Lic. Irma Magnolia Ramírez González definitivamente la mejor psicómetra y neurocientífica, tu compartir de experiencia y conocimientos me enriqueció mucho, Mtro. Eduardo sin duda tu pasión por el psicoanálisis, tu trabajo ético y tú buen ojo clínico me enseñó mucho, mi queridísimo Mtro. Raúl, el profe de la guitarra y trovador, el filósofo de la psicología, el buen amigo que me enviaba cartas cuando me iba de misionero y la voz de la consciencia social, Lic. César Ramírez González, el buen profe César que un día me dijo “Fer, tienes que creértela, eres bueno” y siempre decías que el secreto era la confianza en uno mismo, estimado Mtro. José Guadalupe Romero, profe Lupito nunca se me va a olvidar que usted me enseñó un libro de la historia de Tehuacán, donde hablaban de los árabes que llegaron y que compartí con mi papá, sus grandes y geniales proyectos que junto con Charito en la biblioteca llevaban a cabo y de los que yo siempre participé con mucho gusto y estimado Mtro. Ángel Bonilla Jiménez, usted confió en mí, soy apodado pequeño saltamontes por usted, abrió para mí la ventana de oportunidades y crecimiento.

Y porque hay amigos que se quieren como a un buen hermano, que son un tesoro, tu compañía de aventuras y confidentes, gracias querida Yas amiga inseparable, tú y yo

estamos llenos de historias y recuerdos, búscame en los jardines de la memoria y en el palacio de los sueños, ahí siempre nos veremos. Mi querido amigo Aldo, gracias por viajar juntos en sentido metafórico y literal, gracias por estar presente en mi vida, promete cumplir con la ley de la selva, ser un pulpo bueno y siempre ver la vida, cool, chévere, chida y lo más que puedas chingona. Y tengo otro amigo, algo así como mí hermano con el que peleo, pero no puedo estar lejos de él, ha sido como el zorro del planeta tierra que le enseñó al principito que “lo esencial es invisible a los ojos”, se crearon lazos, me domesticó y yo a él, mi querido amigo Osvaldo. Con mucho cariño mis amigos de la universidad.

Mi agradecimiento a Centros de Integración Juvenil y a su personal de Tehuacán, Norma, Sara, Mónica, Yody, Lorena y Don Antonio, gracias por abrirme sus puertas, desde mi servicio social hasta ahora en esta propuesta de trabajo con las familias de la Unidad y gracias por apoyarme en todo.

Gracias al Instituto Universitario Sor Juana que fue un espacio para pensar, reflexionar y aprender, a la Universidad Nacional Autónoma de México de la cual me siento afortunado y feliz de pertenecer y al sistema incorporado UNAM que me permitió acercarme a ese sueño de ser parte de UNAM.

Gracias Hermanas del Divino Pastor por haber creado este gran proyecto, el Instituto Universitario Sor Juana IUSJ, del cual me siento profundamente agradecido de pertenecer, soy bendecido de haber coincidido con todas ustedes y con tantas personas del colegio que dejaron huella en mi vida, siempre estarán queridas hermanas presentes en mi mente y corazón, Hna. Rosy, Hna. Maricela, Hna. Aby, Hna. Toña, Hna. Juanita, Hna. Carmelita, Hna. Soco, Hna. Vicky, Hna. Mury, Hna. Ene, Hna. Lolita y Hna. José, gracias por mostrarme que el Señor es mi pastor y nada me faltará.

“La amabilidad y el cariño de las personas me han llevado a través de algunos de los momentos más difíciles, y siempre su amor y afecto han facilitado el viaje. ”

Princesa Diana

ÍNDICE

Dedicatoria y agradecimiento	1
Índice de figuras	7
Índice de tablas	8
Resumen	9
Introducción	10
Justificación	12
Planteamiento del problema	16
Marco teórico	19
1. Resiliencia	19
1.1. Resiliencia	19
1.1.1. Resiliencia familiar	28
1.2. Trauma o adversidad	35
1.2.1. El traumatismo familiar	38
1.3. Factores resilientes	43
2. Familia	61
2.1. Familia	61
2.2. La estructura familiar y sus subsistemas	64
2.3. El ciclo vital de la familia	71
2.4. La dinámica de la familia	79
3. Terapia familiar	88
3.1. Fundamentos teóricos de la terapia familiar	88
3.1.1. Breve historia de la terapia familiar	95
3.2. Terapia del MRI de Palo Alto California	98
3.3. Terapia Estratégica	111
3.4. La Escuela de Milán	128
3.5. La Terapia Estructural de Salvador Minuchin	138
4. Consumo de sustancias y drogadicción	196

4.1. Generalidades de las drogas.....	196
4.2. Niveles del consumo de drogas y sus consecuencias	198
4.3. Tipos de drogas	204
4.4. Problemática en México.....	221
4.5. Centros de Integración Juvenil.....	223
5. Método	234
5.1 Pregunta de investigación:	234
5.2 Objetivos	234
5.2.1. Objetivo general:	234
5.2.2. Objetivos específicos:	234
5.3 Hipótesis sugeridas	234
5.4. Definición teórica de variables	235
5.5. Definición operacional de variables	235
5.7. Sujetos.....	237
5.8. Instrumento	237
6. Conclusión, limitaciones y sugerencias.....	246
6.1. Conclusión	246
6.2. Limitaciones.....	246
6.3. Sugerencias	247
Referencias:.....	248
Apéndices.....	255

Índice de figuras

Figura 1. Hitos en resiliencia	21
Figura 2. Clasificación farmacológica de drogas.	205
Figura 3. Programas institucionales de Centros de Integración Juvenil.....	225
Figura 4. Ejemplo de genograma.	262

Índice de tablas

Tabla 1. Indicadores de factores de riesgo y protección relacionados con el desarrollo del niño.....	27
Tabla 2. Tabla de la familia sana y disfuncional.....	84
Tabla 3. Cronograma de la propuesta de intervención sistémica.....	280

Resumen

Este trabajo de investigación documental es una propuesta de intervención terapéutica de orientación sistémica, que tiene como objetivo desarrollar los factores resilientes en familias de consumidores de drogas en la Unidad de Centros de Integración Juvenil (CIJ) de la ciudad de Tehuacán, Puebla.

El marco teórico predominante en esta investigación es el fenómeno humano de la resiliencia, la resiliencia familiar como una posibilidad de superar las adversidades en grupo y los factores resilientes propuestos por Edith Henderson Grotberg respaldados en la visión del ciclo vital de Erik Erikson, así como una amplia comprensión del grupo familiar, su estructura, ciclo de vida y dinámica, también se exponen las diferentes escuelas y modelos de la terapia familiar sistémica como lo es el Instituto de Investigación Mental (MRI), la terapia estratégica, la escuela de Milán y de manera más amplia el modelo de terapia estructural de Salvador Minuchin, así mismo también se aborda la problemática del consumo de drogas, los niveles del consumo de drogas, mirando en las consecuencias del abuso de las mismas en la vida familiar, el impacto del consumo en el país y la atención que ofrece Centros de Integración Juvenil en general y la unidad CIJ de Tehuacán, Puebla.

Palabras clave: Resiliencia, Resiliencia familiar, familia, terapia familiar sistémica, consumo de drogas.

Introducción

La resiliencia es la capacidad que tiene todo ser humano de sobreponerse a una situación adversa, nos permite volver a la vida después de las situaciones traumáticas, reanudar el desarrollo que se ha quedado congelado, aceptar y transformar el dolor, nos permite resistir activamente la crisis y rehacernos de nuevo, la resiliencia nos permite curarnos, aprender y crecer de la adversidad para retomar el curso de nuestras vidas.

Resulta importante que la resiliencia pueda ser un recurso que esté al alcance de todos para hacer frente a las adversidades, por eso se ha pensado en proponer una intervención con las familias de consumidores de drogas, son familias que necesitan realizar un ajuste para afrontar la situación de consumo de alguno de sus miembros, estas familias pueden encontrarse afectadas, vulnerables y sin recursos psicológicos o factores resilientes debilitados o suficientemente desarrollados para reorganizar la vida familiar. Al fortalecer la resiliencia familiar y trabajando con los vínculos familiares se puede crear una red de apoyo para el consumidor, favorecer las interacciones familiares, la adquisición gradual de resiliencia individual y desarrollar los factores resilientes en cada individuo o en la familia.

La resiliencia hoy en día es un recurso de vital importancia para toda la humanidad, resulta necesaria para afrontar las demandas del mundo en el que vivimos y la adaptación a los nuevos requerimientos de la realidad.

El objetivo principal de esta propuesta de investigación es desarrollar los factores resilientes en familias de consumidores de drogas, mediante una intervención de orientación sistémica en la Unidad de Centros de Integración Juvenil de la ciudad de Tehuacán, Puebla.

Respecto al contenido de esta propuesta de investigación, en el primer capítulo se aborda el tema de la resiliencia, un breve recorrido histórico del concepto, la conceptualización de la resiliencia desde la óptica de diversos autores, el estudio de la resiliencia familiar, la comprensión y relación del trauma y la adversidad con la resiliencia y el traumatismo familiar. Por último se abordan las aportaciones de Edith Henderson sobre los factores resilientes respaldados en la teoría Eriksoniana del ciclo vital.

El segundo capítulo se centra en el estudio y comprensión de la familia, se la define a la familia desde diversas corrientes sistémicas y sus teóricos, se plantean las ideas de Salvador Minuchin sobre la estructura familiar y los subsistemas que le componen, así como las interacciones que estas mantienen entre sí dichos subsistemas, también se aborda el desarrollo familiar, estudiado y entendido como el ciclo vital de la familia bajo la óptica de Salvador Minuchin. Por último se considera una revisión acerca de la dinámica de la familia.

En el tercer capítulo encontramos los fundamentos teóricos del modelo en psicología clínica denominado terapia familiar sistémica y una aproximación histórica de la terapia familiar, así como las principales escuelas, terapias y modelos en terapia familiar sistémica, entre los que destacan la terapia del Instituto de Investigación Mental (IMR) de Palo Alto, California, la terapia estratégica, la escuela de Milán y de manera más amplia se revisa la propuesta del modelo terapéutico estructural de Salvador Minuchin.

El cuarto capítulo aborda de forma general los términos sobre con el consumo de drogas, se exponen los niveles del consumo de drogas, los tipos de drogas que existen, el grave problema de salud pública que representa su consumo en nuestro país y por último encontramos a Centros de Integración Juvenil, institución dedicada a la prevención, tratamiento, rehabilitación, investigación científica y formación de especialistas en materia de consumo de drogas en México y en específico la propuesta se plantea en la Unidad de CIJ de Tehuacán Puebla.

En el quinto capítulo se aborda la propuesta metodológica de la investigación, que se plantea de manera cualitativa y siguiendo un enfoque de terapia familiar sistémica.

Por su parte, el sexto capítulo contiene las conclusiones a las que llegó esta propuesta, así como sus limitaciones y sugerencias de la misma.

Justificación

La profesora Henderson Grotberg (2006) enmarca su definición de resiliencia como la, “capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas” (p. 18).

Asimismo nos encontramos con la propuesta de la Maestra Froma Walsh (2012), ella señala que,

la resiliencia puede definirse como la capacidad de una persona para recobrase de la adversidad fortalecida y dueña de mayores recursos. Se trata de un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como respuesta a las crisis y desafíos de la vida. (p. 26)

La resiliencia es concebida como un proceso dinámico, que todos podemos desarrollar en cualquier punto de nuestra vida, la principales definiciones de resiliencia hacen hincapié en la capacidad de resistir activamente la situación adversa, para posteriormente rehacerse, acentúan la importancia de la adaptación, del enfrentamiento efectivo y de la gama de recursos que puede hacer uso la persona para atravesar y superar las circunstancias vitales. ¿Pero qué pasa con las familias, se puede pensar en resiliencia familiar? y la respuesta es sí, la resiliencia familiar se puede poner en marcha cuando el grupo familiar ha sido sometido a situaciones adversidades, la familia es el principal y primer recurso de ayuda de la persona, por lo tanto promover la resiliencia familiar es de vital importancia.

La familia es desde el punto de vista de Madanes (citado en Watzlawick y Nardone, 2000), un grupo fundamental de autoayuda. Nadie puede ayudar u obstaculizar tanto el bienestar de alguien como quienes mantienen relaciones con él, con su historia, su presente y su futuro. Ésta es una de las grandes razones para estudiar a la familia. Es claro que si ocurre un problema en el ámbito del contexto –y el contexto más importante son las relaciones con las personas significativas, las relaciones cambian y, con ellas, la persona. (Eguiluz Romo, 2003, p. 8)

Para Michel Delage (2010) la resiliencia familiar es definida como,

la capacidad desarrollada en una familia, sacudida profundamente por una desgracia, para sostener y ayudar a uno o a varios de sus miembros, víctimas directas de

circunstancias difíciles o a construir una vida rica y de plena realización para cada uno de sus integrantes a pesar de la situación adversa a la que ha sido sometido el conjunto. (p. 45)

Froma Walsh (2012), indica que,

la expresión resiliencia familiar designa los procesos de superación y adaptación que tienen lugar en la familia como unidad funcional. La perspectiva sistémica permite comprender de qué manera los procesos familiares moderan el estrés y posibilitan a las familias afrontar penurias prolongadas y dejar atrás las situaciones de crisis. [...] El modo como la familia enfrente y maneje la experiencia disociadora, amortigüe el estrés, se reorganice con eficacia y siga adelante con su vida influirá en la adaptación inmediata y mediata de todos sus integrantes, así como en la supervivencia y bienestar de la unidad familiar misma. (p. 40)

Puig Esteve y Rubio Rabal (2011) señalan que,

lo que propone la resiliencia, es que siempre hay una reorganización posible de un sistema. Después de la agonía, algo vive dentro de mí, y alguien viene a soplar sobre esas brasas. Cuando el personaje agredido inicia un proceso, está iniciando una reconstrucción, que no podemos considerar como resiliencia, pero si como una puesta en marcha hacia un neodesarrollo que pueda llevarlo a la resiliencia. (p. 180)

Para una comprensión cabal de la resiliencia es menester adoptar un modelo interactivo más complejo. La teoría sistémica ha ampliado nuestra idea de la adaptación individual insertándola en procesos transaccionales más amplios de la familia y los sistemas sociales, y ha prestado atención a las influencias mutuas que se producen en tales procesos. (Walsh, 2012, p.36)

Minuchin, Nichols y Wai-Yung (2011) señalan que, “los precursores de la terapia familiar nos enseñaron a ir más allá de las personalidades individuales para entender los patrones que las convierten en una familia, esto es, una organización de vidas interrelacionadas” (p. 19).

El paradigma de la terapia familiar sistémica postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia. Como consecuencia, se precisa tener en cuenta el funcionamiento familiar de conjunto y

no sólo el del paciente identificado, al que se considera «portador» de un síntoma, que únicamente se entiende dentro de su contexto. (Ochoa de Alda, 1995, p. 9)

La finalidad de este abordaje como señalan Chagoya y Chagoya (2017),

es modificar el sistema de interacciones en la familia. No se busca curar o transformar a solo un individuo. Al cambiar el sistema, los participantes cambian. Esto incluye la desaparición o disminución de los síntomas o comportamientos indeseables en el individuo problemático que motivaron el inicio del tratamiento. (p. 26)

Se presupone que los problemas del individuo, que la familia trae a tratamiento, se generan y se mantienen debido a la red de interacciones familiares disfuncionales. Por lo tanto, las intervenciones del terapeuta se dirigen hacia esa red y no solo hacia un miembro. (Chagoya y Chagoya, 2017, p. 26)

Para Salvador Minuchin (2018), la familia es,

un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales. (p. 25)

Señala Desatnik Miechimsky (2004) que,

una visión sistémica estructural permite la exploración de las interacciones de las personas con relación a los distintos contextos de los que forma parte; permite experimentar las formas en que los miembros de la familia se sostienen y califican mutuamente. (p. 52)

Desde la perspectiva estructural sistémica hay un interés por encontrar cómo es que todos los miembros del sistema [...] participan en el mantenimiento del síntoma y, al mismo tiempo, se busca entender cómo es que el síntoma actúa como es esfuerzo de algunos miembros para mantener la estabilidad familiar. (Desatnik Miechimsky, 2004, p. 49)

Desatnik Miechimsky (2004) también menciona que, “la búsqueda de la conexión entre síntoma y sistema nos lleva a observar la estructura familiar”. (p.55)

El consumo de drogas en sus niveles más altos de consumo puede entenderse como intentos de acabar con dolores anímicos, es como si la droga neutralizara el dolor externo que percibe el consumidor en la familia, el síntoma sería la expresión de un intento de autocuración, no sabemos ¿qué es ese vacío?, es decir, es carente de significado, por lo tanto se desconoce lo que siente y también no se logra hablarlo y se suele llenar con cosas de afuera, como lo son las drogas aunque nunca es suficiente, porque no es lo que se necesita o no con eso se debería llenar, entonces se necesita hablar de lo que pasa en las transacciones que suceden en la familia en lugar de actuarlas, lo que permite dejar de repetir las pautas de interacción disfuncionales y con ellas dejar el consumo de sustancias, y entonces ya no se precisa del síntoma, porque han encontrado nuevas formas de relacionarse.

Planteamiento del problema

Forés y Grané (2008) señalan que, los Investigadores consideran a la resiliencia como un proceso que puede ser promovido. Por tanto, las investigaciones se preocupan más en dilucidar cuáles son las dinámicas presentes en el proceso resiliente, con el objetivo fundamental de ser replicadas en intervenciones o contextos similares. Es necesario investigar, en un caso, la imbricación existente entre los distintos factores de riesgo y los resilientes, y por otro lado, también es necesario estudiar la elaboración de modelos que permitan promover la resiliencia de forma efectiva mediante programas de intervención. Todas las personas podemos ser resilientes. El desafío consiste en encontrar la manera de promover la resiliencia en cada persona, tanto individualmente como en las familias y las comunidades. (p.16)

Puig Esteve y Rubio Rabal (2011) al respecto indican que, lo que propone la resiliencia, es que siempre hay una reorganización posible de un sistema. Después de la agonía, algo vive dentro de mí, y alguien viene a soplar sobre esas brasas. Cuando el personaje agredido inicia un proceso, está iniciando una reconstrucción, que no podemos considerar como resiliencia, pero si como una puesta en marcha hacia un neodesarrollo que pueda llevarlo a la resiliencia. (p. 180)

Es necesario generar intervenciones que impacten de manera efectiva en los diferentes contextos en los que participa una persona, la resiliencia puede ser un factor que se desarrolle en la persona o en la familia ante una situación de consumo de drogas.

Fernández Cáceres (2014) señala que, “la problemática generada por el consumo de sustancias psicoactivas se ha posicionado en las agendas políticas y estratégicas de muchos países debido a su impacto negativo en diferentes ámbitos”. (p. 2)

Al respecto Fernández Cáceres (2014) señala que,

Desde una perspectiva de salud pública, las acciones implementadas en el campo del consumo de drogas deben partir de políticas y estrategias de atención que prueben su eficacia y sean sensibles a las condiciones sociales, económicas y culturales. Es indispensable que estos esfuerzos reconozcan la diversidad de

necesidades de atención, se basen en el conocimiento de la magnitud y características del uso, abuso y dependencia de drogas, el nivel de vulnerabilidad y riesgo que pueden presentar las personas, los daños y consecuencias asociados a su consumo, así como la influencia que ejerce el medio social y cultural. (p. 2)

De Vega (1995) hace hincapié en que,

la adicción a las drogas es probablemente una de las problemáticas más graves con las que nos podemos encontrar hoy en día en salud mental. Se trata de un hábito de consumo que comporta importantes riesgos para la salud, problemas con la justicia marginación social, absentismo laboral, accidentes y muertes. (p. 275)

Para Morrison (2015) el consumo patológico es entendido como aquel que, rebasa el punto en que los efectos negativos sobrepasan cualquier efecto positivo. Con frecuencia este punto se alcanza con rapidez durante la primera exposición en algunos pacientes y con ciertas sustancias. Lo usual es que el consumo sea frecuente, intenso o ambos, y siempre implica síntomas y cambios mal adaptativos de la conducta. (Morrison, 2015, p. 395)

En la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) podemos observar que,

los datos muestran la necesidad de reforzar las acciones desarrolladas para reducir la demanda de drogas. Dado los aumentos en el consumo de sustancias con respecto a años anteriores, resulta urgente ampliar la política de prevención y tratamiento y dirigir más acciones hacia la población adulta joven. (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública y Comisión Nacional contra las adicciones, 2016, p. 4)

México actualmente vive un escenario complejo y lleno de retos acerca de la respuesta que necesita tener frente a la alza en el consumo de sustancias, además de la urgente necesidad de atención y tratamiento que requiere el consumo de sustancias, es una grave problemática que afecta a muchos sectores de la sociedad, sus estragos son económicos, políticos, sociales, culturales y en donde se ha puesto el lente, es en la vida familiar.

En la presente investigación se sugiere cuestionarse si ante la revisión de la teoría es posible que:

¿Pueda una intervención psicoterapéutica de orientación sistémica, desarrollar factores resilientes en familias de consumidores de drogas que pertenezcan a la Unidad de Centros de Integración Juvenil de Tehuacán Puebla?

Marco teórico

1. Resiliencia

1.1. Resiliencia

Se dirigió hacia ellos, con la cabeza baja, para demostrarles que estaba dispuesto a morir. Fue entonces cuando vio su reflejo en el agua: el patito feo se había convertido en un espléndido cisne blanco...

Hans Christian Andersen
El patito feo

Recientemente, la Real Academia Española ha incorporado la definición de resiliencia, como la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. Aun con esta definición, el constructo al que se refiere el término resiliencia es mucho más complejo y continúa evolucionando a gran velocidad, imbricándose en un entramado transdisciplinar del que aún falta sistematización, a pesar de las interesantes evidencias ya aportadas por la práctica y la investigación. Es por esto que el concepto de resiliencia se ha convertido en sí mismo en área de interés, en paradigma para la investigación y la intervención social, nos permite dirigir la mirada no sólo hacia el desarrollo teórico relacionado, sino hacia las aplicaciones concretas que éste va aportando a la práctica. (Madariaga, 2014, pp. 11-12)

Puig Esteve y Rubio Rabal (2011) señalan que el término resiliencia es, “una castellanización de la palabra inglesa *resilience*, *resiliency*, que no es un término exclusivo de la psicología, y cuyo significado es “resalto, elasticidad” (p. 36).

El vocablo resiliente proviene del latín, el término *resilio* significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El término, fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de vivir en situaciones de riesgo se desarrollan psicológicamente sanas y exitosas. (Rutter, 1993; citado en Acle Tomasini, 2012, p. 28)

Puig Esteve y Rubio Rabal (2011) mencionan que, “en francés y en español, es un término utilizado en la ingeniería mecánica y en tecnología que hace referencia a la “propiedad de la materia que se opone a la rotura por el choque o percusión” (p. 36).

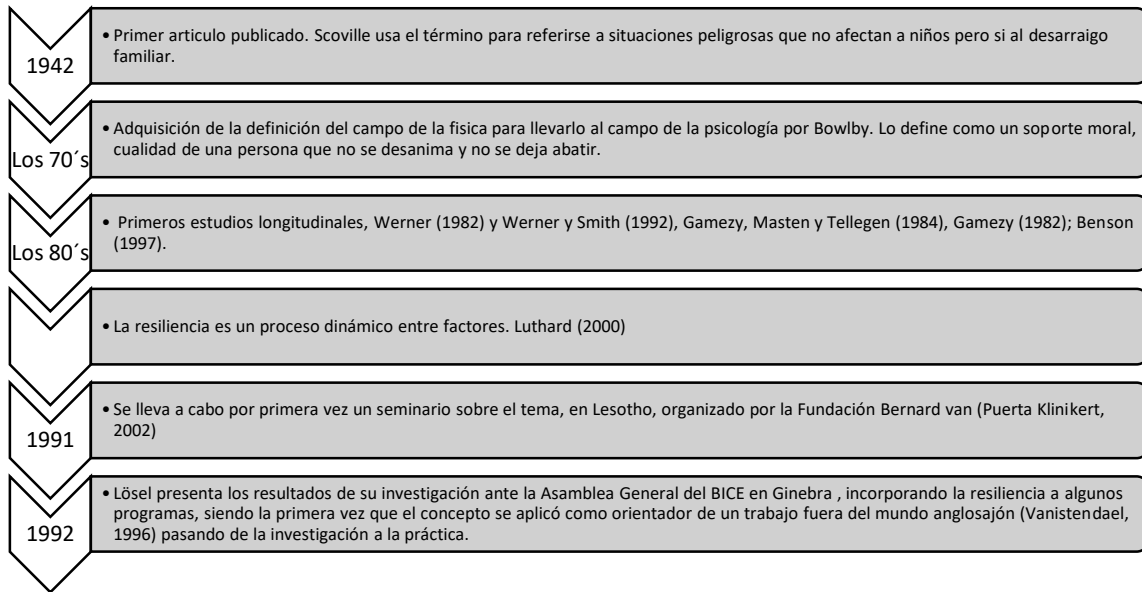
El concepto de resiliencia no es nuevo en la historia. Se trata de un término que surge de la física y la mecánica, de la metalurgia, y se refiere a la capacidad de los

metales de resistir un impacto y recuperar su estructura original. Este término también se usa en medicina, concretamente en la osteología, donde expresa la capacidad de los huesos de crecer en la dirección correcta después de una fractura. Más tarde, el concepto fue utilizado en las ciencias sociales, como la psicología, la pedagogía, la sociología, la medicina social y la intervención social, con un significado muy cercano al etimológico: ser resiliente significa ser rebotado, reanimarse, avanzar después de haber padecido una situación traumática. (Forés y Grané, 2008, p. 15)

El concepto de resiliencia nace de la constatación de que algunas personas resisten mejor que otras los avatares de la vida, la adversidad y la enfermedad. A pesar de que esto es un hecho admitido desde hace siglos, en gran parte no se había explicado ni mucho menos utilizado. Lo que podemos decir, sin temor a equivocarnos, es que la resiliencia es una nueva concepción del ser humano que pasa de estar desvalido y a merced de fuerzas superiores y externas, a considerarse capaz de enfrentarse y superar las adversidades tomando las riendas de su propia vida. (Puig Esteve y Rubio Rabal, 2011, p. 29)

No podemos decir que exista un descubrimiento como tal, puesto que la Resiliencia [...] siempre estuvo ahí. El verdadero valor tiene que ver con la definición del objeto y compartir el conocimiento. [...] En el caso de la resiliencia, o de otro concepto científico, supone definirlo y replicarlo o promocionarlo, si es posible y resulta de interés. (Puig Esteve y Rubio Rabal, 2011, p. 29)

Figura 1. Hitos en resiliencia.



(citado en Puig Esteve y Rubio Rabal, 2011, p. 35)

El término Resiliencia fue tomado de las ciencias físicas por Michael Rutter en 1978. Este primer autor lo extrajo para indicar la capacidad que poseen algunas personas para soportar situaciones potencialmente traumáticas y recuperarse de ellas. Es un término que se adopta de la resistencia de algunos materiales, que se doblan sin romperse para después recuperar la forma original. (Javier Feder, 2019, pp. 17-18)

Rutter aplica este concepto a los mecanismos psicológicos que nos pueden servir para protegernos de los riesgos inherentes a ciertas situaciones adversas. Este destaca ciertos procesos que podrían reducir las consecuencias de exponernos a situaciones arriesgadas: actuando directamente sobre dichos factores, como la modificación del grado de exposición a los mismos, o indirectamente, limitando la cadena de reacciones negativas que alguien puede generar en su presencia. También incluye la posibilidad de actuar sobre nuestros propios recursos, promoviendo la autoestima y fomentando el desarrollo de relaciones personales que generen mayor seguridad y reconocimiento, tanto para uno como para las acciones exitosas que pueda iniciar Rutter también aborda el concepto de la resiliencia desde una perspectiva ligada a la resistencia frente al riesgo psicosocial; es decir, las situaciones adversas relacionadas con nuestra vida en sociedad. (Javier Feder, 2019, p. 18)

El estudio longitudinal de la Doctora Emmy Werner pionero en el campo de la resiliencia:

“El trabajo que dio origen a este nuevo concepto fue el de Werner (1992), quien estudió la influencia de los factores de riesgo, los que se presentan cuando los procesos del modo de vida, de trabajo, de vida de consumo cotidiano, de relaciones políticas, culturales y ecológicas, se caracterizan por una profunda inquietud y discriminación social, inequidad de género e inequidad etnocultural que generan formas de remuneración injustas con su consecuencia: la pobreza, una vida plagada de estresores, sobrecargas físicas, exposición a peligros (más que “factores de riesgo” deberíamos considerarlos procesos destructivos (Breilh, 2003) que caracterizan a determinados modos de funcionamiento social o de grupos humanos”). (Puig Esteve y Rubio Rabal, 2011, p. 30)

Así, “Werner comenzó un estudio longitudinal en la isla de Kauai. Su muestra era de unos 700 niños recién nacidos. La elección de estos niños no fue al azar, todos provenían de familias que habían pasado penurias, enfermedades mentales, pobreza, alcoholismo, pertenecían a etnias marginadas, etc. Su estudio perseguía las claves epidemiológicas, dando por supuesto que todos estos niños que partían de entornos tan desfavorecedores, terminarían padeciendo algún tipo de trastorno. Solo faltaba sentarse a esperar 30 años y recoger los resultados”. (Puig Esteve y Rubio Rabal, 2011, p. 30)

“Werner siguió durante más de 30 años, hasta la vida adulta, a más de 500 niños nacidos en medio de la pobreza en la isla de Kauai. Todos pasaron penurias, pero una tercera parte sufrió además experiencias de estrés y/o fue criado por familias disfuncionales por peleas, divorcio con ausencia del padre, alcoholismo o enfermedades mentales. Muchos presentaron patologías físicas, psicológicas y sociales, como desde el punto de vista de los factores de riesgo se esperaba. Pero ocurrió que muchos lograron un desarrollo sano y positivo”. (Puig Esteve y Rubio Rabal, 2011, p. 31)

Esteve y Rubio Rabal (2011) indican que Werner “al estudiar a estos niños, ya convertidos en adultos, contempló con sorpresa como el 30% de ellos habían alcanzado un desarrollo sano, vivían una vida normal” (p. 31).

Frente a estos datos, esa bofetada de realidad, empiezan a cuestionarse y a poner en jaque su sistema de creencias. Buscan nombre a lo que no encaja y repiten los estudios para comprobar si realmente la anomalía se replica o ha sido algo aislado. (Puig Esteve y Rubio Rabal, 2011, p. 31)

“Como siempre que hay un cambio científico importante, se formuló una nueva pregunta que funda un nuevo paradigma: ¿por qué no se enferman los que no se enferman?... estos sujetos fueron definidos como resilientes... Primero se pensó en cuestiones genéticas (“niños invulnerables” se los llamó), pero la misma investigadora miró en la dirección adecuada. Se anotó que todos los sujetos que resultaron resilientes tenían, por lo menos, una persona (familiar o no) que los aceptó en forma incondicional, independientemente de su temperamento, su aspecto físico o su inteligencia. Necesitaban contar con alguien y, al mismo tiempo, sentir que sus esfuerzos, su competencia y su autovaloración eran reconocidas y fomentadas, y lo tuvieron”. (Puig Esteve y Rubio Rabal, 2011, p. 31)

Puig Esteve y Rubio Rabal (2011) “Eso hizo la diferencia. Werner dice que todos los estudios realizados en el mundo acerca de los niños desgraciados, comprobaron que la influencia más positiva para ellos es una relación cariñosa y estrecha con un adulto significativo” (p. 32).

Emmy Werner establece tres usos generales del término resiliencia:

- Lograr un buen desarrollo en la vida, a pesar del alto riesgo social.
- Mantener las competencias pese al estrés continuo, sosteniendo las propias habilidades y posibilidades de hacer las cosas.
- Recuperarse después de un trauma; es decir, volver a desarrollar la vida en forma más o menos normal después de sufrir una adversidad. (Javier Feder, 2019, p. 19)

Puig Esteve y Rubio Rabal (2011) “Este y otros estudios despertaron el interés de la comunidad científica por encontrar las claves, no ya de la enfermedad o de los déficits, sino que centraron su atención en estos supervivientes que conseguían adaptarse en condiciones extremas” (p. 32).

Puig Esteve y Rubio Rabal (2011) mencionan que en ese momento, “surgían preguntas entonces, ¿Se trataba de algo innato?, ¿qué factores internos o externos estaban

presentes?, ¿si se conseguían aislar estos factores de protección ¿podrían promoverse, potenciarse?” (p. 32).

De estos trabajos de investigación se replanteó lo antes ya conocido y se comienza a mirar desde un nuevo punto, el de la resiliencia.

Puig Esteve y Rubio Rabal (2011) enmarcan que una conclusión del estudio fue, que la aparición o no de esta capacidad [resiliencia] en los sujetos depende de la interacción de la persona y su entorno humano” (Puig Esteve y Rubio Rabal, 2011, p. 32).

Un aspecto relevante a enfatizar es lo señalado por autores como Bernard (2004), Fraser, Kirby y Smokowski (2004) y Luthar (2007) en el sentido de que la resiliencia no es un rasgo estático de la personalidad sino que es el producto de la interrelación dinámica entre las características personales y los diferentes elementos del ambiente, la compleja transacción entre ambos es lo que permite enfrentar las situaciones de adversidad. (Acle Tomasini, 2012, p. 28)

Puig Esteve y Rubio Rabal (2011) señalan que “los estudios que surgieron descartaron la idea de que esta capacidad de sobreponerse respondiera a factores innatos y se aislaron los factores internos y externos, determinantes” (p. 32).

Javier Feder (2019) Así los estudios de Emmy Werner, “permitieron conocer que la resiliencia es una capacidad cuyo desarrollo depende, en gran medida, de una adecuada interacción de cada uno con su entorno psicosocial” (p. 19).

Definiciones de resiliencia

A falta de definición universalmente reconocida de la resiliencia humana, proponemos una simple definición pragmática: la capacidad de una persona o de un grupo para crecer en presencia de muy grandes dificultades. Precisemos: la resiliencia no es fija sino que varía lo largo de toda una vida; nunca es absoluta; se construye en interacciones con el entorno, en círculos concéntricos desde las personas más cercanas hasta la comunidad local. [...] siempre se encuentra en proceso; y, más allá de la simple resistencia, construye o reconstruye la vida. (Vanistendael, 2014, p. 53)

Javier Feder (2019) señala que,

Stefan Vanistendael sostiene que la resiliencia distingue dos componentes. Por una parte, la resistencia frente a la destrucción; es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión. Por otra parte, más allá de la resistencia, existe la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles. (p. 20)

Suniya Luthar definió la resiliencia como una adaptación positiva pese a la adversidad, destacando los dos elementos que la componen: la «adversidad significativa», es decir, el significado atribuido a las situaciones difíciles; y la «adaptación positiva», es decir, el modo en el que alguien reestructura su vida a partir de ella. Con lo que se puede concluir que la resiliencia solo se mide indirectamente a través de estos elementos. (Javier Feder, 2019, p. 22)

La Dra. Froma Walsh (2012) terapeuta familiar define a la resiliencia como, “la capacidad de una persona para recobrase de la adversidad fortalecida y dueña de mayores recursos. Se trata de un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como respuesta a las crisis y desafíos de la vida” (p. 26).

Walsh (2012) también explica que, “la resiliencia o capacidad para superar los desafíos que plantea la vida ha sido un concepto valioso en la comprensión y tratamiento de las personas que sobrevivieron a un trauma o a la adversidad” (p. 11).

La Dra. Edith Henderson Grotberg (2006), señala que, “la resiliencia es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas” (p. 18).

La resiliencia es la capacidad de un grupo o persona de afrontar, sobreponerse a las adversidades y resurgir fortalecido o transformado. En otras palabras, la resiliencia facilita un mejor desarrollo para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de cruzarse con acontecimientos desestabilizadores, encontrarse con condiciones de vida difíciles y padecer traumas graves. (Forés y Grané, 2008, pp. 13-14)

Forés y Grané (2008) indican que,

La resiliencia es un proceso y no una respuesta inmediata a la adversidad. Más bien nos remite a situaciones donde el tiempo juega un papel importante para cicatrizar las heridas. Tampoco hacemos referencia nunca a un estado definitivo. Ser

resiliente no tiene que ver con jugar a tocar y parar donde la vida nos toca y proporciona la calidad de superhéroe para siempre. Más bien, la resiliencia está vinculada a los conceptos dinámicos de desarrollo y crecimiento humano. Nunca es absoluta ni total. (p. 19)

Barudy y Dantagnan (2005) señalan que,

durante mucho tiempo se atribuyó esta característica poco común a una «constitución» especial. Ha sido gracias a diferentes investigadores anglosajones y francófonos que se ha demostrado que estas características son el resultado de las interacciones entre el individuo y sus semejantes, sus condiciones de vida y, por último, su ambiente vital. (p. 53)

Se le ha definido de diversas maneras, no obstante, la mayoría coincide en señalar a la resiliencia como la habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva al realizar un afrontamiento efectivo entre eventos y circunstancias muy estresantes que transforman la capacidad humana. La resiliencia, se refiere a un estado de bienestar personal ante un riesgo o las características y mecanismos por los cuales dicho estado se alcanza. (Ungar, 2003; citado en Acle, 2012, p. 28)

Factores de riesgo

Goldstein y Brooks (2006) afirman que cuando los niños desde edades tempranas han vivido en contextos vulnerables se han enfrentado a una amplia variedad de riesgos. La pobreza, por ejemplo, puede llegar a tener un impacto negativo en su desarrollo si no se cuenta con los recursos que provean salud y cuidados apropiados. Scott y Carran desde 1987 plantearon que el riesgo socioeconómico podía producir un riesgo biológico. [...] Para Fraser, Kirby y Smokowski (2004) cuando el número de factores de riesgo de incrementa, su acumulación tendrá una influencia mayor en los niños; no obstante, es importante tener claro que las relaciones entre los factores de riesgo y los problemas sociales son complejas. (Acle Tomasini, 2012, pp. 32-33)

Para O'Dougherty y Masten (2006) un factor de riesgo se refiere a, una característica mensurable de un grupo de individuos o de su situación que permite predecir un resultado negativo en un aspecto específico. (Citado en Acle Tomasini, 2012, p. 33)

Factores de protección

Este término se refiere a las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona ante un peligro (Rutter, 1993). Un factor protector puede no ser, necesariamente algo agradable; en ciertas circunstancias, eventos estresantes pueden conducir a fortalecer a los individuos. [...] Los factores protectores siempre implican una interacción, por ello, para Rutter es importante identificar los factores de riesgo y protectores presentes en la vida de los niños, ya que ellos pueden favorecer o no su proceso de desarrollo. (Acle Tomasini, 2012, p. 34)

Para O'Dougherty y Masten (2006) el factor protector es, la cualidad de una persona o contexto o su interacción que predice mejores resultados, particularmente cuando se está en situaciones de adversidad. (Citado en Acle Tomasini, 2012, p. 34)

Tabla 1. Indicadores de factores de riesgo y protección relacionados con el desarrollo del niño.

Sistema	Factores de riesgo	Factores protectores
Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Nacimiento prematuro con bajo peso al nacer. • Bajo nivel de autoeficacia. • Presencia de discapacidad. • Problemas en el desarrollo físico y psicológico. • Problemas de conducta y emocionales. • Falta de madurez social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada nutrición y cuidados de salud. • Altos niveles de competencia social. • Autoeficacia y autoconcepto positivo. • Capacidad de solucionar problemas. • Poseer la sensación de seguridad y bienestar.

	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para solucionar problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles intelectuales normales o superiores. • Ser afectuosos.
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos materiales y económicos. • Divorcio o separación. • Falta de empleo y bajos niveles educativos. • Desórdenes mentales de los padres. • Drogadicción. • Violencia intrafamiliar. • Inconsistencia en la disciplina. • Familia numerosa. • Vivir en aislamiento social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Armonía familiar y marital. • Cohesión familiar. • Redes de apoyo de la familia extensa y de otras amistades. • Vivir en comunidades seguras. • Seguridad económica. • Acceso de la familia a los sistemas de salud y educativos. • Modelos positivos de los adultos que les rodean. • Padres competentes y responsables, con alta autoestima.

(Acle Tomasini, 2012, p. 36)

1.1.1. Resiliencia familiar

SAWABONA, es un saludo usado en África del Sur, quiere decir:

«Yo te respeto, eres valioso, eres importante para mí.»

En respuesta las personas contestan SHIKOBA, que es:

«Entonces, yo existo para ti.»

En el presente, cuando la vida familiar y en comunidad se basa en dinámicas de buenos tratos y de cuidados mutuos, sus miembros gozan de ambientes afectivos nutrientes, reconfortantes y protectores. Varias investigaciones, pero sobretodo de nuestras experiencias cotidianas, nos han permitido constatar que las buenas compañías, los cuidados y la solidaridad hacen la vida más feliz, más sana y duradera. Vivir en redes familiares y sociales que proporcionan un apoyo afectivo y material contribuye al bienestar y, además, regulan el estrés y alivian los dolores

inherentes al desafío de vivir. Ante situaciones de estrés y de intensos dolores provocados por una enfermedad, un trastorno relacional o una agresión externa, podemos encontrar en nuestro grupo las fuentes de apoyo emocional y los cuidados necesarios para superarlos. Claro que la familia o nuestros grupos de pertenencia también pueden ser fuente de estrés y sufrimiento, pero cuando sus dinámicas fundadoras son los buenos tratos y los cuidados mutuos, los procesos de curación de enfermedades físicas o de traumas psíquicos resultan más fáciles. (Barudy y Dantagnan, 2005, pp. 26-27)

Según Pereira, una proposición sistémica más innovadora destaca la resiliencia de la familia en su conjunto, para así poder determinar cuáles son los mecanismos de funcionamiento familiar que actúan como factores de protección y aquellos que, en cambio, actúan como factores de riesgo [...]. Sobre esta base, la funcionalidad familiar se considera como la capacidad del sistema para hacer frente y superar cada una de las etapas del ciclo de vida y las crisis que van apareciendo. (Madariaga, Novella, y Arribillaga, 2016, p. 113)

Un enfoque de la resiliencia familiar procura identificar y destacar ciertos procesos interaccionales esenciales que permiten a las familias soportar y salir airoso de los desafíos vitales disociadores. La lente de la resiliencia cambia la perspectiva: las familias en dificultades dejan de ser vistas como entidades dañadas y se comienza a verlas como entidades que están ante un desafío capaz de reafirmar sus potencialidades de reparación y crecimiento. Este enfoque se funda en el convencimiento de que la fortaleza individual y familiar puede forjarse en los empeños colaborativos destinados a hacer frente a una crisis repentina o a una adversidad prolongada. (Walsh, 2012, pp. 25-26)

Neil (2006) menciona que,

los terapeutas familiares se ocupan de los modos en que funciona un sistema familiar, además de hacer lo propio con cada uno de los integrantes del grupo. Una familia resiliente es aquella que tiene la capacidad de seguir creciendo aun durante las adversidades y mantener una coherencia en su manera de enfrentar las situaciones críticas. (p. 91)

La resiliencia familiar se ha definido como los patrones conductuales positivos y las competencias funcionales que la unidad «familia» demuestra bajo circunstancias de estrés o adversidad, que determinan su habilidad para recuperarse manteniendo su integridad como unidad, al tiempo que aseguran y restauran el bienestar de cada miembro de la familia como un todo. (McCubbin, Balling, Possin, Friedrich y Bryne, 2002; citado en Kotliarenco, 2014, p. 166)

El estudio de la resiliencia familiar permite alcanzar un nivel de comprensión que agrega elementos para entender más acabadamente el proceso de resiliencia individual en determinadas situaciones y ayuda a explicar cómo ese grupo constituido que es la familia puede poner en marcha recursos colectivos que le permiten mantener una vida organizada y, al mismo tiempo, realizar los cambios que posibilita la nueva situación. En estas condiciones, podemos definir la resiliencia familiar como la capacidad desarrollada en una familia, sacudida profundamente por una desgracia, para sostener y ayudar a uno o varios de sus miembros, víctimas directas de circunstancias difíciles o a construir una vida rica y de plena realización para cada uno de sus integrantes a pesar de la situación adversa a la que ha sido sometido el conjunto. (Delage, 2010, p. 91)

Cyrulnik y Anaut (2016) señalan que “podemos hablar de resiliencia familiar cuando, después de un desgarramiento traumático, la familia recupera un funcionamiento tranquilizador, se distancia del sufrimiento y es capaz de transformar el trauma en historia del pasado y en actividades que se pueden compartir” (p. 22).

Comprometerse en un proceso de resiliencia supone que en el seno de la familia se acepte la idea de que hay que trabajar para producir cambios. No es posible imaginar un retorno a la vida del pasado tal como era antes del traumatismo. Conviene aclarar aquí que hablar de la resiliencia de una familia no significa que la familia en cuestión sea excepcional, que posea características fuera de lo común. Significa, sencillamente, que una familia es capaz de movilizar recursos y competencias con los que consigue conservar un funcionamiento eficaz, integrar la experiencia sufrida y apoyar las resiliencias individuales. Desde este punto de vista, en toda familia, hasta en las más vulnerables, existen posibilidades resilientes, aunque debemos precisar que los recursos y las competencias requeridas por la resiliencia

no son de la misma naturaleza que las que utilizamos en la vida corriente. (Delage, 2010, pp .91-92)

La resiliencia familiar, al igual que la resiliencia individual, corresponde a un proceso dinámico. No es un estado estable que se adquiere de una vez y para siempre, sino un desarrollo constantemente evolutivo, siempre susceptible de sufrir recaídas a causa de ciertas circunstancias procedentes del medio exterior o resultantes de la evolución de la organización interna. (Delage, 2010, p. 92)

El inicio de la resiliencia familiar

Las teorías del apego surgieron en Inglaterra de la mano de Jonh Bowlby y en Francia con René Spitz. Tales teorías sostenían que ningún niño puede desarrollarse sin un vínculo afectivo, si no hay vínculo afectivo, muere: muere neurológica, afectiva y físicamente. En el mundo vivo, el apego es un impulso hacia el otro que hace posible el desarrollo del niño. (Cyrulnik y Capdevila, 2017, p. 33)

Rubio Rabal y Puig Esteve (2015) señalan que, “la formación del primer vínculo de apego, generalmente con la figura materna, es esencial para el desarrollo socio-afectivo del niño o niña, y particularmente clave para la formación y desarrollo de las sucesivas relaciones de apego y amistad (p. 101).

Un bebé no sabe fabricar su propia seguridad, por ellos necesita de la figura de apego, que le ayudará a gestionar sus emociones y a cubrir sus necesidades. Además la vinculación que constituimos con nuestras figuras de apego tiene gran importancia en las relaciones afectivas que establecemos a lo largo de la vida. (Barudy y Dantagnan, 2005; citado en Rubio Rabal y Puig Esteve, 2015, p. 101)

Según la teoría del apego, la necesidad de protección es una necesidad fundamental, primaria, indispensable para la supervivencia y la existencia misma. Esta necesidad que aparece en la primera infancia nos acompaña hasta la muerte. La protección indispensable es la que nos calma, ese abrazo de la persona que más nos importa, que nos consuela y nos conforta. En el seno de la familia, los apegos desarrollados entre los diferentes miembros garantizan ese clima de seguridad

necesaria, un umbral de tranquilidad suficiente que, por otra parte, asegura la regulación de las emociones y el desarrollo de las capacidades de pensar, elaborar o intercambiar. La familia ofrece pues una constante sensación de seguridad a todos los que pertenecen a esa unidad afectiva y funcional. El traumatismo hace pedazos precisamente esa unidad. (Delage, 2010, p. 41)

Los estilos afectivos precoces se adquieren en el nicho sensorial de los primeros meses de vida, compuesto por un hogar, mientras que la resiliencia familiar concierne a la familia confrontada al trauma. «Puede haber alguien herido en una familia que le proporciona tutores de resiliencia, pero también ocurre a veces que la familia en su totalidad es víctima de un trauma. Entonces el mecanismo grupal deberá implicar al conjunto de la familia en un proceso de resiliencia» (Delage, 2008). Los medios para llevarlo a cabo son diferentes, pero a menudo una sola personalidad induce un contagio sentimental y coordina a los miembros de esta familia hacia una meta común, una forma de compartir las representaciones y las prácticas familiares. (Cyrulnik y Anaut, 2016, p. 21)

Uno de los grandes logros de los investigadores de lo humano ha sido demostrar la importancia de las relaciones afectivas y de los cuidados mutuos en la conservación de la salud psíquica. La construcción biológica y las experiencias relacionadas son fundamentales para las personas, pues se influyen, se complementan y se perturban mutuamente. (Barudy y Dantagnan, 2005, p. 23)

Uno de los componentes más importantes de las relaciones afectivas que forjan a una persona sana es el hecho de haber sido atendido, cuidado, protegido y educado por períodos tan cruciales de la vida como la infancia y la adolescencia, lo cual determina la capacidad de cuidarse a sí mismo y de participar en dinámicas sociales para atender las necesidades de los demás. Estos procesos, que denominamos «buenos tratos», han sido fundamentales para sobrevivir como especie, pues han hecho que surgieran, desde tiempos remotos, dinámicas de colaboración entre seres humanos y capacidades adaptativas frente a los desafíos del entorno. Por otra parte, esto ha sido vital para asegurar los cuidados de las crías humanas, que nacen inacabadas y para sobrevivir dependen de los cuidados de los adultos (Barudy y Dantagnan, 2005, p. 24)

Los estudios sobre la salud mental infantil muestran el papel central de una familiaridad sana para el desarrollo de recursos que permiten a los niños hacer frente a los desafíos de su crecimiento, incluyendo las experiencias adversas que les puede tocar vivir. A esta capacidad se le denomina «resiliencia». Las investigaciones sobre resiliencia señalan el papel central de la familia en la protección psicológica del niño o de la niña frente a las experiencias traumáticas (Manciaux, 2003; citado en Barudy y Dantagnan, 2005, p. 45)

La capacidad de crear relaciones y vínculos interpersonales surgen fenómenos tan fundamentales como el apego de los hijos a sus padres y viceversa. Esto es el fundamento de los vínculos familiares, que cuando son sanos y nutritivos garantizan los cuidados mutuos y el buen trato. (Barudy y Dantagnan, 2005, pp. 31-32)

Los cuidados y los buenos tratos son relaciones recíprocas y complementarias, provocadas por la necesidad, la amenaza o el peligro y sostenidas por el apego, el afecto y la biología. En situaciones de crisis sociales y familiares, además de regular la conservación de la vida en grupo, este tipo de conductas reduce las manifestaciones orgánicas, psicológicas y neuroendocrinas del estrés y del dolor. (Barudy y Dantagnan, 2005, p. 25)

Centrándonos en el papel que juega nuestra red social frente a las adversidades, las investigaciones sugieren que “formar parte de una red social o tener personas que proporcionan un buen apoyo social pueden mitigar los efectos nocivos del estrés”. (Jemmott, 1987; citado en Puig Esteve y Rubio Rabal, 2011, p. 128)

Así, Puig Esteve y Rubio Rabal (2011) definen el apoyo social como, “la ayuda procedente de otras personas, a disposición del individuo, para hacer frente a sus situaciones vitales, que adquiriría un especial significado o relevancia ante los acontecimientos de índole negativa o amenazante” (p. 128).

El tutor de resiliencia

Casi todas las investigaciones coinciden en afirmar que el principal factor de resiliencia de un niño maltratado es la presencia de una persona afectuosa que le dé la

sensación de que le aceptan y quieren. No se es resiliente uno solo: ésta es la gran lección que se puede sacar de esas experiencias humanas. (Lecomte y Manciaux, 2001, p. 114)

El término tutor de resiliencia fue acuñado por Cyrulnik para definir por lo general, a una persona que nos acompaña de manera incondicional convirtiéndose en un sostén, administrando confianza e independencia por igual, a lo largo del proceso de resiliencia. “No es dándoles más como se les puede ayudar, sino exigiéndoles más como se les puede fortalecer. Así, la impronta del tutor perdurará, convirtiéndose en un manantial para la creación de nuestros vínculos de apoyo. Casi siempre se trata de un adulto que encuentra al niño y que asume para él, el significado de un modelo de identidad, el viraje de su existencia.” (Puig Esteve y Rubio Rabal, 2011, p. 119)

El tutor de resiliencia (también se le denomina adulto significativo), entendido como una persona que provoca el resurgir de la persona herida después de un trauma (a pesar de que a menudo el tutor será un tercero que presta su apoyo, también puede referirse a un lugar, un acontecimiento, una obra de arte o cualquier cosa que posibilite la superación de la adversidad). (Forés y Grané, 2008, p. 20)

Para Puig Esteve y Rubio Rabal (2011) señalan que, “un tutor de resiliencia administra seguridad y confianza, a la par que autonomía e independencia. Esta seguridad y confianza puede llevarse a cabo a partir del desarrollo de habilidades personales, que se vierten en torno a una actividad o afición” (p. 121)

Así también Puig Esteve y Rubio Rabal (2011) definen como cualidades o actitudes propias de los tutores:

- Apoyo incondicional
- El estímulo y la gratificación afectiva de logros
- Vinculación afectiva
- Empatía
- Confianza
- La capacidad para asimilar nuevas experiencias y ayudar a resolver problemas. (p. 121)

Los tutores de resiliencia son puestos a disposición del herido por parte de la familia, los amigos y la cultura. Algunos tutores son explícitos (Salguero, 2012). Los psicólogos, médicos y trabajadores sociales se forman en las tareas de apoyo. Los psicoterapeutas ayudan a los traumatizados a mentalizar, a dar coherencia a representación del trauma que los ha hecho trizas y a compartir las emociones previamente paralizadas o encriptadas. (Cyrulnik y Anaut, 2016, p. 20)

Otros tutores son implícitos. El sujeto es quien elige en su entorno familiar y cultural a aquél (o aquélla) a quien le atribuye el poder de entenderle y de apoyarle. Se trata de un tutor que no sabe que lo es: un deportista, un músico, un actor, un escritor que corresponde a la relación esperada por el traumatizado. (Cyrulnik y Anaut, 2016, pp. 20-21)

1.2. Trauma o adversidad

“Evocar el surco de nuestras vidas nos lleva infaliblemente al recuerdo de nuestros sufrimientos. Hablar de sufrimiento nos compromete en una travesía que no está exenta de peligro: la travesía de nuestros recuerdos y de nuestros fantasmas, la travesía de nuestras vidas con lo que ellas conllevan de “trabajos”, “encierros, golpes y riesgos de muerte”, “injusticias” y peligros incontables. ”

Denis Vasse

“Darle un sentido y significado a la adversidad es considerado por algunos autores como de los fundamentos básicos de la resiliencia” (Vanistendael y Lecompte, 2000; citado en Puig Esteve y Rubio Rabal, 2011, p. 89).

La resiliencia es un concepto polisémico y poliédrico. A pesar de que hay muchas definiciones, la mayor parte de ellas hacen referencia a dos elementos básicos que siempre están presentes: primero, la noción de adversidad entendida como trauma, riesgo, amenaza presente en la biografía de una persona; y segundo, la noción de adaptación positiva entendida como superación del trauma. (Forés y Grané, 2008, p. 22)

Una de las definiciones más simples es la que dice que la resiliencia es un proceso que consiste en iniciar un nuevo desarrollo tras periodos de agonía psíquica. Si dicho desarrollo es bueno, entonces se habla de resiliencia. Si el desarrollo no se reanuda, no se habla de resiliencia. (Cyrulnik, 2014, p. 33)

“El sufrimiento probablemente sea el mismo en todo ser humano traumatizado, pero la expresión de su tormento, la revisión emocional del acontecimiento que lo lastimó, dependerá de los tutores de resiliencia que la cultura disponga alrededor del sufriente, la invitación a la palabra o la obligación de silencio, el apoyo afectivo o el desprecio, la ayuda social o el abandono cargan la misma herida de una significación distinta según el modo en que las culturas estructuren sus relatos, haciendo que un mismo relato pase de la vergüenza al orgullo, de la sombra a la luz.”. (Cyrulnik, 2009; citado en Puig Esteve y Rubio Rabal, 2011, p. 133)

Kaufman (1998) señala que, “dada la manera particular de lo traumático, sus ecos y consecuencias hacen que las marcas de lo vivido en un pasado reciente o lejano estén presentes, actúen expresadas o silenciadas, vuelvan en diferentes formas y multipliquen sus efectos” (p. 1).

Herederero de la medicina tradicional el concepto de trauma describe una herida, una ruptura dentro del psiquismo. La comprensión de lo traumático implica tomar en cuenta: la presencia del hecho traumático como factor precipitante, un proceso de conmoción intrapsíquico seguido de un estado de desvalimiento e impotencia y de sensaciones penosas e intolerables de sufrimiento que conducen a la ruptura parcial o total de las barreras yoicas, de la capacidad defensiva y que llevan a un estado de vulnerabilidad. (Kaufman, 1998, p. 4)

“El acontecimiento es caracterizado por una intensidad tal que genera la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y por el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica” (Kaufman, 1998, p. 4).

El daño causado o efecto traumático depende de la intensidad de la experiencia vivida y de las condiciones vitales de cada sujeto, de las defensas en juego y de su manera única y contingente de dar sentido a lo acontecido, sin que medie un determinismo en este sentido, como lo muestra el trabajo clínico. (Kaufman, 1998, p. 4)

Los afectados y sobrevivientes de acontecimientos traumáticos tienen la historia y memoria de su pasado en la dimensión presente, sin poder alcanzar su absorción o su tramitación psíquica. Ante la imposibilidad de su expresión y de que la experiencia traumática pueda ser reconocida como propia, la sensación de vacuidad

y la repetición de lo padecido en conductas y síntomas puede ser uno de sus recursos en el registro subjetivo. (Kaufman, 1998, p. 6)

Después de un trauma tiene que haber un cambio, de lo contrario uno queda prisionero del pasado y repite, repite... no hay forma de salir de ahí. Si lo consigue, se percibe uno de otra forma a veces con orgullo: He sufrido una herida, pero de todos modos he vuelto a vivir. (Cyrulnik, 2014, p. 39)

Es importante señalar que no hay resiliencia si no hay adversidad, Masten y Powell (2007) lo señalan claramente cuando afirman que “la resiliencia es una inferencia acerca de la vida de una persona que requiere dos juicios fundamentales: (1) que la persona lo está haciendo “muy bien”; y, (2) que haya habido o este frente a una situación altamente adversa. (p.4; citado en Acle Tomasini, 2012, p. 28)

Cuando hablamos de resiliencia nos referimos a alguna cosa más que la superación de un tropezón; hablamos de suscribir un contrato contra la adversidad entendida como un trauma puntual y brutal (como la muerte de un progenitor), un trauma repetido (como los abusos sexuales que puede padecer una niña), una limitación permanente (como el caso de una persona tetrapléjica) o una situación de alto riesgo (como el caso de un niño de la calle). (Forés y Grané, 2008, p. 23)

Ante graves adversidades, la persona herida nunca consigue liquidar del todo los problemas, siempre queda una huella. Una herida precoz o una grave conmoción emocional dejan huella cerebral y afectiva. Es cierto que podemos insuflarle entusiasmo, devolverle a una vida mucho más soportable y a veces hermosa, con sentido, pero no existe reversibilidad posible después de un trauma. Lo que hay es una perentoria obligación de transformación, de metamorfosis. (Forés y Grané, 2008, p. 23)

Forés y Grané (2008) señala que, “para promover la resiliencia es necesario trabajar en una triple dirección: primero, hemos de sobrevivir a la adversidad mediante estrategias adaptativas positivas; segundo, es necesario también prepararse para la adversidad futura; y tercero, reflexionar y aprender de la superación” (p. 23)

Volver a un estado inicial es ahora imposible; es necesario saltar adelante, abrir puertas sin negar el pasado doloroso pero superándolo. Significa la metamorfosis

de la persona. Ser resiliente no quiere decir volver a ser, sino crecer hacia alguna cosa nueva. (Forés y Grané, 2008, p. 23)

Forés y Grané (2008) “Las personas que se enfrentan al trauma no pueden no adaptarse. Estas personas necesitan utilizar los mecanismos de defensa o las estrategias de adaptación necesarios que las permitan digerir y sobrevivir con la herida recibida” (p. 24)

“Ambos elementos constituyen un conjunto de procesos casi indispensables para superar situaciones traumáticas. Sin estos procesos que son un filtro, la persona que padece una adversidad no podría subsistir” (Forés y Grané, 2008, p. 24).

1.2.1. El traumatismo familiar

«Si no tuviéramos magulladuras, la rutina de nuestras existencias no dejaría nada en nuestras memorias. Escribiríamos “biografías de páginas en blanco”... viviríamos en una rutina anestésica y sería como estar muerto en vida.»

Boris Cyrulnik

Durante mucho tiempo sólo se tomó en consideración el sufrimiento de las víctimas directas, el dolor de quienes habían sufrido en carne propia un acontecimiento adverso. Hoy, hay una actitud más proclive a admitir que todo traumatismo tiene consecuencias en la vida de relación, que toda persona que ha sufrido un traumatismo debe poder recibir la ayuda de sus seres queridos, que toda situación traumatógena provoca una verdadera [herida] emocional. Para decirlo claramente, todo evento traumático suscita por sí mismo una emoción que se difunde de un allegado a otro, con efectos más o menos devastadores. Por supuesto, los primeros afectados son la esfera privada y la familia, pero suele suceder que la onda expansiva continúe ampliándose y a veces termine por producir efectos considerables en el contexto. (Delage, 2010, p. 37)

Podría pensarse que, en una familia duramente golpeada, sus miembros se unen codo a codo, cierran filas, desarrollan capacidades de ayuda recíproca, fortalecen los vínculos. Sin embargo, en ocasiones sucede todo lo contrario. Una catástrofe puede hacer estallar en pedazos la unidad de una familia. (Delage, 2010, p. 26)

Cyrułnik y Anaut (2016), señalan que, “no es infrecuente que el trauma se origine en la familia. La resiliencia de los traumatizados depende en este caso de la transacción entre la estructura familiar y sus propias reacciones de defensa” (p. 17).

Si bien los dramas no siempre tienen una salida tan negativa, un traumatismo siempre conlleva daños relacionales y un cambio duradero en la familia. Independientemente de que haya habido una víctima única o que todos los miembros estén directamente implicados, el funcionamiento y la existencia de la familia habrán de modificarse irremediabilmente. Aquí aparece una primera manera de considerar el traumatismo: un traumatismo siempre provoca una profunda conmoción; a partir de entonces ya no es posible vivir como antes, ni siquiera, pensar como antes. Las trayectorias de vida de unos y otros se bifurcan, a partir de un punto de ruptura existencial. Esquemáticamente, hay dos salidas posibles. En una aparecen dificultades duraderas, modos de funcionamiento inadaptados, mecanismos de defensa inapropiados mediante los cuales la familia logra sobrevivir pero pagando el precio de una transmisión transgeneracional de efectos a veces catastróficos. En la segunda salida, la familia consigue superar el drama, recibe ayuda eficaz y, como conjunto autoorganizado, encuentra los recursos para curar a sus miembros más dolidos y para atenuar los síntomas postraumáticos de las víctimas. Esta última familia finalmente logra desarrollar sus capacidades resilientes. Puede orientar su funcionamiento de un modo que moviliza sus competencias, sus posibilidades creadoras y hasta puede hacer una evolución saludable, a pesar del drama sufrido. (Delage, 2010, p. 29)

Cuando alguien está gravemente abatido por una situación traumática, tiende a suponer, de manera completamente legítima, que el lugar más propicio para encontrar «tutores de la resiliencia» es la familia, junto a aquellos con quienes ha establecido vínculos afectivos fuertes. A quien se encuentra en una situación desesperada, la familia se le presenta, a priori, como el «ambiente recurso» natural, el más capacitado para cobijarlo en su sufrimiento y ayudarlo a retomar el curso de la vida. (Delage, 2010, p. 29)

Los profundos sufrimientos individuales resuenan en la vida de relación de familia y, al mismo tiempo, las dificultades de la vida relacional de la familia tienen

consecuencias en la vida personal de cada uno de sus miembros y en su capacidad para superar el traumatismo. (Delage, 2010, p. 33)

Resulta importante comprender y distinguir lo que es el golpe y las consecuencias del golpe. Uno puede sufrir un golpe terrible, una conmoción espantosa y, a pesar de todo, no experimentar un síndrome psicotraumático. Habrá sufrimiento, estrés, perturbación; hasta pueden presentarse ciertos síntomas espectaculares que darán testimonio de la intensidad emocional movilizada, pero, al final, la evolución será favorable. De manera más general, la gravedad objetiva de un acontecimiento y las reacciones psíquicas iniciales que suscita no son los más determinantes en la aparición de ciertos síntomas clínicos. Por todo ello, me parece más apropiado hablar de «situaciones traumatógenas» cuando nos referimos a situaciones que presentan características objetivas potencialmente traumáticas y conservar el término «traumatismo» para las consecuencias psíquicas del golpe sufrido. (Delage, 2010, p. 38)

En el nivel circunscrito de la familia, los efectos de la onda expansiva provocada por un drama encuentran su explicación en los vínculos existentes. El acontecimiento pone a prueba el afecto que sienten los allegados por la persona que ha sufrido el impacto perjudicial. Los sufrimientos que experimente cada uno no son comparables, pero todos quedarán afectados por la onda expansiva emocional. El hecho de que, al sufrimiento personal, se agregue además el pánico angustiado o el desconcierto de aquellos de quienes uno está acostumbrado a recibir consuelo en los momentos difíciles produce un efecto de amplificación circular de las emociones y del sufrimiento. (Delage, 2010, p. 38)

Un traumatismo, de la índole que fuera, debe encararse desde dos puntos de vista: el individual y el grupal. El punto de vista individual concierne a lo que los psicoanalistas han llamado la efracción psíquica, es decir, la suspensión temporal de la capacidad de pensar, lo que impide encontrar las necesarias estrategias de adaptación. (Delage, 2010, p. 39)

Por su parte, el punto de vista grupal concierne a los vínculos establecidos entre las personas implicadas, vínculos que el traumatismo puede «deteriorar» y hasta destruir por completo. Debemos tener en cuenta que toda persona herida

psíquicamente corre el riesgo de sentirse herida en el plano relacional, como si estuviera absolutamente sola en el mundo, como si no pudiera contar con ninguna ayuda y hasta como si la humanidad toda la repudiara. Hablamos de traumatismo familiar cuando está herida relacional aparece en el seno de la familia, pues en esos casos los vínculos que unían a sus miembros han quedado destruidos. (Delage, 2010, p. 40)

Delage (2010) menciona que “las secuelas que deja una situación traumática se presentan en varias etapas, en varios tiempos: lo inmediato, el mediano plazo y el largo plazo” (p. 43).

El tiempo de lo inmediato y de lo postinmediato abarca lo que pasa en las horas y los días posteriores al drama: el anuncio de un diagnóstico terrible o el nacimiento de un niño anormal. Es el momento del golpe y la reacción, es decir del conjunto de conductas defensivas que intentan contrarrestar los efectos aplastantes del golpe. Hace sólo algunos años que los terapeutas han comenzado a preocuparse por este periodo y por el acompañamiento inmediato de las familias profundamente dañadas por un accidente grave, una pérdida súbita, la aparición de una enfermedad de pronóstico fatal. [...] La resiliencia no se organiza en ese tiempo de lo inmediato y lo postinmediato, sin embargo, ése es el momento en que pueden promoverse las condiciones favorables para que pueda desarrollarse más tarde. (Delage, 2010, pp. 43-44)

La etapa del mediano plazo presenta, en efecto, un interés fundamental pues ofrece la ocasión de realizar un trabajo psíquico, individual o colectivo, que permite elaborar el traumatismo. En las semanas, los meses y hasta los dos o tres años posteriores al drama pueden operarse cambios capaces de conducir a un grupo familiar por el camino de la resiliencia. Es precisamente en este tiempo del mediano plazo cuando se desarrolla y debe tratarse la «crisis traumática». (Delage, 2010, p. 44)

Esta crisis es ante todo un cambio, una ruptura del equilibrio anterior que sufre la víctima. Inaugurada por la situación traumática, la crisis evoluciona en el tiempo y ofrece varias salidas posibles. El tiempo es aquí un dato esencial, pues es imposible salir de una situación traumática de la noche a la mañana. Habitualmente hace falta que transcurran entre dos y tres años para que se complete el trabajo de

elaboración.[...] Una vez superados estos inconvenientes, en el mejor de los casos, puede empezar la evolución positiva, marcada por el retorno a la vida de la familia y el trabajo de resiliencia. Pero también puede suceder lo contrario: la crisis abierta por la experiencia traumática puede agravarse y terminar degradando los vínculos y hasta matando a la familia como tal. Entre estos dos extremos, figuran lasseudorresoluciones de la crisis, es decir la creación de mecanismos de supervivencia. Si no se inicia ningún trabajo terapéutico, es de esperar que el funcionamiento familiar se establezca alrededor de secuelas duraderas. (Delage, 2010, pp. 44-45)

Las consecuencias de largo plazo del drama, manifestadas a veces varios años después, han sido objeto de numerosos estudios. [...] Se ha documentado la aparición de síntomas tardíos que impulsan a la consulta, particularmente cuando se dan consecuencias del traumatismo inter o transgeneracionales. Pero esa reacción suele ser demasiado tardía y es importante elaborar dispositivos más precoces. (Delage, 2010, p. 44)

¿Podemos entonces hablar de la muerte de la familia? Después de una catástrofe, la familia puede realmente desaparecer; puede extinguirse materialmente y también simbólicamente como unidad de vida. La crisis abierta por el traumatismo desemboca entonces en una catástrofe de efectos irremediables. Los vínculos se aflojan o se congelan; se desgarran por explosión o por implosión. En uno y otro caso, el debilitamiento de la capacidad de contención parece irreversible y el ciclo de vida familiar, definitivamente quebrado. (Delage, 2010, p. 45)

Baruch y Stutman (2006) señalan que, algunos padres tienen la intención de amar a sus hijos pero están demasiado angustiados con sus propias depresiones o necesidades personales (como en el caso de un drogadicto). Tal vez se sientan abrumados por el estrés y las demandas que generan sus difíciles circunstancias. (p. 60)

La perspectiva relacional y la dimensión intersíquica deben abordarse esencialmente para comprender los efectos de grupo. Frente a un traumatismo, debe imponerse la lógica de la complejidad, vale decir, una lógica capaz de mantener unidos, en su globalidad, muchos elementos heterogéneos que se influyen

recíprocamente según un principio de circularidad que hace ilusoria la clara definición de causas y consecuencias. (Delage, 2010, p. 38)

El impacto de un trauma se hace visible en el contexto relacional y éstos, por su parte, pueden agravar la situación, lo cual puede, por último, tener consecuencias alarmantes en las relaciones... A veces sucede lo contrario: se producen mejoramientos sintomáticos, una atenuación, un apaciguamiento, las relaciones se modifican con consecuencias positivas. Examinando estas distintas evoluciones, el terapeuta tiene la posibilidad de medir las capacidades resilientes de tal o cual familia. (Delage, 2010, p. 38)

1.3. Factores resilientes

“Las personas más bellas con la que me he encontrado son aquellas que han conocido la derrota, conocido el sufrimiento, conocido la lucha, conocido la pérdida, y han encontrado su forma de salir de las profundidades.

Estas personas tienen una apreciación, una sensibilidad y una comprensión de la vida que los llena de compasión, humildad y una profunda inquietud amorosa. La gente bella no surge de la nada.”

Elisabeth Kübler-Ross

Henderson Grotberg (2006) define que, “la resiliencia es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas” (p. 18).

Como comprobamos en nuestra propia historia de vida, a veces, cuando nos enfrentamos a situaciones difíciles, surgen de nosotros recursos que no éramos conscientes de que teníamos, que hasta ese momento permanecen, de alguna manera, invisibles. Eso mismo es lo que ha llamado la atención de los investigadores, en un intento por identificar los factores personales sobre los que se construyen las respuestas exitosas frente a la adversidad. (Puig Esteve y Rubio Rabal, 2011, p. 95)

Algunos de los primeros estudios sobre el tema enumeraron características o factores resilientes que contribuían a identificar aquello que resultaba útil y efectivo a la hora de superar adversidades. La investigación generó información que permitía diferenciar a aquellos niños que se sentían muy bien, a pesar de ser miembros de familias disfuncionales (con patologías mentales, consumo de drogas abusos, etc.)

de aquellos otros niños que se encontraban notoriamente afectados por el entorno. Las características o factores que los diferenciaban eran muchos. De manera que resultaba muy útil organizar estos factores en apoyos externos que promueven la resiliencia, la fuerza interior que se desarrolla a través del tiempo que sostiene a aquellos que se encuentran frente a alguna adversidad y, por último, los factores interpersonales, es decir, esa capacidad de resolución de problemas que es aquello que se enfrenta con la adversidad real. (Henderson Grotberg, 2006, p. 20)

La Dra. Henderson Grotberg organizo los factores resilientes de la siguiente forma:

Yo tengo (apoyo externo)

1. una o más personas dentro de mi grupo familiar en las que puedo confiar y que me aman sin condicionamientos;
2. una o más personas fuera de mi entorno familiar en las que puedo confiar plenamente;
3. límites en mi comportamiento;
4. personas que me alientan a ser independiente
5. buenos modelos a imitar;
6. acceso a la salud, a la educación y a servicios de seguridad y sociales que necesito, y
7. una familia y un entorno social estables

Yo soy (fuerza interior)

1. una persona que agrada a la mayoría de la gente;
2. generalmente tranquilo y bien predispuesto;
3. alguien que logra aquello que se propone y que planea para el futuro;
4. una persona que se respeta a sí misma y a los demás;
5. alguien que siente empatía por los demás y se preocupa por ellos;
6. responsable de mis propias acciones y acepto sus consecuencias; y
7. seguro de mí mismo, optimista, confiado y tengo muchas esperanzas

Yo puedo (Capacidades interpersonales y de resolución de conflictos)

1. generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas;
2. realizar una tarea hasta finalizarla;
3. encontrar el humor en la vida y utilizarlo para reducir tensiones;

4. expresar mis pensamientos y sentimientos en mí comunicación con los demás;
5. resolver conflictos en diferentes ámbitos: académico, laboral, personal y social;
6. controlar mi comportamiento: mis sentimientos, mis impulsos, el demostrar lo que siento: y
7. pedir ayuda cuando la necesito.

En este sentido, Grotberg (En Munist y col., 1998) defiende que las acciones resilientes contienen declaraciones, verbalizaciones, que se expresan diciendo “yo soy”, “yo tengo”, “yo puedo”, “yo estoy”. En todas estas verbalizaciones aparecen los distintos factores de resiliencia. Pero además, según la autora, la posesión de estas atribuciones verbales puede considerarse como una fuente generadora de resiliencia. (Lamas Rojas, 2008; citado en Puig Esteve y Rubio Rabal, 2011, p. 55)

Por ejemplo, así sucede al recurrir a las características de:

“tengo” personas a mí alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente, y personas que me ayudan cuando estoy en peligro, éstas pueden tratar al niño o adolescente en una forma que fortalezca las características,

“soy” una persona digna de aprecio y cariño,

“estoy” seguro de que todo saldrá bien,

“puedo” hablar de cosas que me asustan o me inquietan y también encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito (Lemaître y Puig, 2004; citado en Puig Esteve y Rubio Rabal, 2011, p. 55).

Estos factores resilientes pueden promoverse por separado, un punto realmente importante para comenzar. Sin embargo, a la hora de enfrentar una circunstancia adversa, se combinan todos los factores tomándolos de cada categoría, según se necesiten. La mayoría de las personas ya cuentan con algunos de estos factores, solo que no poseen los suficientes o tal vez, desconocen cómo utilizarlos como armas contra la adversidad. (Henderson Grotberg, 2006, pp. 21-22)

La resiliencia es un proceso en constante desarrollo. Los límites se encuentran en todos los estadios del desarrollo. La resiliencia es un capítulo de las teorías del vínculo, es una teoría que parte de lo biológico y evoluciona hacia lo afectivo, lo

psicológico, la escuela, la familia, la cultura, lo político...es la integración que hace que un niño herido, o un adulto herido, esté rodeado de presiones heterogéneas. Un niño o un adulto heridos están rodeados por la biología, la afectividad, la psicología, los relatos culturales que nos rodean. Y este conjunto de determinaciones heterogéneas pueden desencadenar un proceso de resiliencia o no llegar a hacerlo. (Cyrulnik, 2014, p. 33)

Podemos incentivar la resiliencia en cualquier etapa de la vida en que nos encontremos [...] La tarea de desarrollar la resiliencia dentro de cualquier grupo, cualquiera sea la edad de sus miembros, se facilita si uno piensa en términos de ladrillos para la construcción del crecimiento y desarrollo. Estos ladrillos corresponden a las edades y etapas del desarrollo comunes a todas las personas, identifican y delimitan los factores resilientes que pueden promoverse de acuerdo a la edad. Sin embargo, muchos de estos bloques no se encuentran desarrollados debidamente en algunos adultos, quienes necesitarían revisar las etapas evolutivas y descubrir qué es aquello que les está faltando en sus capacidades para enfrentar la adversidad. (Henderson Grotberg, 2006, p. 22)

El estudio de la resiliencia se ha extendido y entendido como una cualidad que puede ser desarrollada a lo largo del ciclo de la vida. La resiliencia se ha convertido en una categoría susceptible de ser aplicada a todo el ciclo vital. No se trata de un proceso reducido a la infancia. Todo el mundo, en cualquier etapa de su vida y en cualquier ámbito, puede encontrarse en una situación traumática, la puede superar y salir fortalecido. (Forés y Grané, 2008, p. 16)

Puig Esteve y Rubio Rabal (2011) señalan la importancia de, “la propuesta de Grotberg de contextualizar la promoción de la resiliencia dentro del ciclo de vida” (p. 60).

Los ladrillos de construcción están compuestos por la confianza, la autonomía, la iniciativa, la aplicación, la identidad, la intimidad, la capacidad para generar y la integridad (Erikson, 1985). Revisando la lista de factores resilientes que describimos anteriormente, uno puede ver que los ladrillos forman parte esta lista, especialmente a través de la identidad. Todos y cada uno los factores resilientes pueden desarrollarse en el momento en que la persona llega a esta etapa, para luego continuar reforzándolo y fortaleciéndolo. La capacidad para generar, por ejemplo, se logra cuando uno puede ayudar a otros individuos a través de compromisos

comunitarios o políticos; del mismo modo, contribuyendo con niños y jóvenes en el desarrollo de sus capacidades y talentos, o bien trabajando con la juventud vulnerable. Dicho de otro modo, transmitimos, trasladamos nuestros factores resilientes a otros. (Henderson Grotberg, 2006, pp. 22-23)

El punto de partida para promover la resiliencia deberá ser, entonces, ese factor en el cual el niño, el joven o el adulto se encuentren de acuerdo a su etapa de desarrollo. No obstante, será importante determinar, en el caso del joven y del adulto, qué factores resilientes ya se encuentran desarrollados. (Henderson Grotberg, 2006, p. 23)

La Dra. Henderson Grotberg retoma la secuencia evolutiva de Erikson para señalar aspectos que promueven la resiliencia, ahora se enfatizará en hacer un recorrido por la visión teórica de Grotberg sobre la resiliencia que descansa sobre la perspectiva del ciclo de vida de Erik Erikson, a continuación se irán presentando cada una de las etapas.

1. Confianza básica versus desconfianza básica

Desde el comienzo, la confianza es la llave para promover la resiliencia y se convierte en la base fundamental para desarrollar otros factores resilientes. Cuando los niños y jóvenes sienten estas relaciones confiables y afectuosas están listos para aceptar límites en sus conductas e imitar modelos (yo tengo); están listos para ser más agradables, solidarios, optimistas y esperanzados (yo soy); podrán involucrarse con mayor facilidad en relaciones interpersonales exitosas, resolver conflictos en diferentes ámbitos y pedir ayuda (yo puedo). No solo aprenden a confiar en los demás sino también en ellos mismos. (Henderson Grotberg, 2006, p. 24)

Confianza básica versus desconfianza básica, así denominada por Erikson. La primera etapa ocurre cuando nos encontramos más desamparados y dependientes de los demás para satisfacer nuestras necesidades físicas y emocionales. Cuando los bebés comienzan su vida, desarrollan un sentimiento de relativa confianza y desconfianza hacia el mundo que los rodea. Sus experiencias con la madre son cruciales para el equilibrio entre seguridad e inseguridad. El desarrollo de un sentido intenso de confianza básica “no sólo implica que uno haya aprendido a confiar en el continuo y constante apoyo de otros, sino también que uno puede confiar en sí mismo y en las capacidades de los propios órganos para satisfacer las necesidades” (Erikson, 1963, p.248) Si la madre es sensible y responde, la sensación de

seguridad del lactante incrementa y las frustraciones del hambre y la incomodidad se hacen tolerables. (Frager y Fadiman, 2010, p. 180)

La sensación de confianza procede no tanto del alivio del hambre o las demostraciones de afecto, sino de la calidad del cuidado materno. Las madres que se sienten seguras de su habilidad para cuidar a sus bebés y confían en que crecerán como niños sanos, comunican estos sentimientos y suscitan en los pequeños la sensación de confianza en sí mismos y en el mundo. (Frager y Fadiman, 2010, p. 180)

La virtud o fuerza que resulta de alcanzar un equilibrio entre la confianza y la desconfianza básica es la esperanza. “La esperanza es la convicción duradera de que es posible realizar los deseos fervientes, a pesar de las pasiones y los impulsos oscuros que marcan el comienzo de la existencia” (Erikson, 1964, p.118). La esperanza forja la base para el desarrollo de la fe. (Frager y Fadiman, 2010, p. 180)

La esperanza se establece como una fuerza básica, relativamente independiente de expectativas, metas y deseos específicos. A medida que el individuo madura, esta fuerza se verifica en cada etapa. Las experiencias reconfortantes inspiran nuevas esperanzas. Al mismo tiempo, el individuo adquiere la capacidad de renuncia y la habilidad de enfrentar la desilusión. Además, tiene sueños y expectativas realistas. (Frager y Fadiman, 2010, p. 180)

Los adultos que no aprenden a confiar en los demás aprenden generalmente a controlar a los otros o a confiar únicamente en ellos mismos: «si quieres que algo este hecho de manera correcta, entonces hazlo tú mismo» [...]. Estos adultos se apartan de otros adultos, van solos por su camino y resultan muy exitosos en los trabajos que eligen. Sin embargo evitan involucrarse emocionalmente con los demás, así como también rechazan cualquier esfuerzo que haga otra persona para tratar de entablar una relación seria. (Henderson Grotberg, 2006, p. 24)

Las personas no sólo necesitan aprender a confiar en los demás sino también en sí mismos. Cuando no confían en sí mismos pueden ciertamente volverse dependientes de otro, sintiendo que los demás son mejores que ellos, que saben más y sólo sentirán que están mejor protegidos dependiendo de otros. (Henderson Grotberg, 2006, p. 24)

Aquellos que desean promover la resiliencia en personas adultas, verán rápidamente que estas demuestran mayor escepticismo, y que su resistencia es más alta y más fuerte a la hora de confiar en los demás. Algo que si pueden aprender es a elegir unas pocas personas en las que estén dispuestos a experimentar este riesgo que significa confiar en ellos y ver qué sucede. No tienen que compartir detalles muy personales de sus vidas en este punto, pero pueden ir probando a la persona que eligieron y decidir cuándo es el momento para compartir aún más. (Henderson Grotberg, 2006, p. 25)

2. Autonomía versus vergüenza y duda

La autonomía se define como independencia y libertad, la capacidad de tomar nuestras propias decisiones. Comienza a desarrollarse a los dos años de edad, momento en el que el niño se da cuenta de que es alguien separado de aquellos que tiene a su alrededor y que la gente responde a lo que él hace y dice. A través de este sentimiento de separación, el niño comienza a entender que existen consecuencias para cada comportamiento, aprende acerca de lo que está bien y lo que está mal, experimenta la sensación de culpa cuando daña o decepciona a alguien. (Henderson Grotberg, 2006, p. 25)

Autonomía versus vergüenza y duda. La siguiente etapa ocurre en el momento de la maduración muscular, y la contaminante habilidad de retener o liberar. En esta etapa, el niño adquiere rápidamente diversas destrezas mentales y físicas: hablar, trepar, sostenerse y comunicarse de mejor manera. El niño interactúa con el mundo de diferentes modos (al asir y soltar objetos y al controlar esfínteres). También comienza a ejercer control sobre sí mismo y sobre partes del mundo exterior. (Frager y Fadiman, 2010, p. 181)

Frager y Fadiman (2010) señalan “con la sensación de libertad de elección aparece una sensación de autonomía favorecida por sentir que se es capaz de elegir lo que se quiere conservar o rechazar” (p. 181).

Algunos niños dirigen contra sí mismos esta necesidad de control y se forjan una conciencia rígida y exigente. En lugar de dominar el medio, se juzgan y se manipulan, lo que con frecuencia les genera una sensación intensa de vergüenza o duda de sí mismos. (Frager y Fadiman, 2010, p. 181)

Fragger y Fadiman (2010) “La vergüenza procede de la sensación de estar expuesto, de que los demás puedan ver sus deficiencias y de que, en términos coloquiales, “lo atraparon con las manos en la masa”.” (p. 181).

La duda se relaciona con la conciencia de tener una parte delantera y otra trasera. Nuestra parte delantera es la cara aceptable que damos al mundo. El niño no puede ver la parte trasera de su cuerpo. Es un territorio desconocido e inexplorado que, sin embargo, durante la época en que el niño comienza a controlar esfínteres, está sujeto a la voluntad de otros. Si no se reduce la separación entre parte trasera y parte delantera, los sentimientos de autonomía del niño se debilitarán o quedarán en duda. (Fragger y Fadiman, 2010, p. 181)

La fuerza adquirida en esta etapa es la voluntad. Tener voluntad significa actuar con premeditación, sino poder controlar los propios impulsos con juicio y discernimiento. El niño aprende a tomar decisiones y a actuar de manera decisiva a pesar de la frustración inevitable. “Por tanto, la voluntad es la determinación de ejercer el libre albedrío así como la moderación, a pesar de la experiencia inevitable de la vergüenza y la duda” (Erikson, 1964, p.119; citado en Frager y Fadiman, 2010, p. 181)

La autonomía es fundamental para promover los factores resilientes y reforzar aquellos que ya se han activado. A medida que los niños y jóvenes vuelven autónomos, la voluntad y el deseo de aceptar límites en sus conductas se ven fortalecidos (yo tengo), se promueve el respeto por ellos mismos y por los demás, se activa la empatía y la solidaridad, así como también el hecho de saberse responsables de sus propios actos (yo soy). También desarrolla el manejo de sus sentimientos y emociones (yo puedo). La confianza y la autonomía, como factores resilientes, pueden promoverse en conjunto, para que de esta manera hagan del proceso de promoción de la resiliencia un todo integrado. (Henderson Grotberg, 2006, p. 25)

Un gran número de niños y jóvenes no logran ser autónomos. Algunos de ellos viven en hogares donde las expresiones de autonomía significan temor a ser castigados o sufrir daños o sufrir daños físicos. En ocasiones, cometen errores que generan respuestas de tal burla y ridículo que estos niños y jóvenes no volverán a intentarlo. Muchos adultos tuvieron estas mismas experiencias durante sus infancias y, en

consecuencia, nunca intentaron ser autónomos; siempre recurren a alguien más, alguien más poderoso, alguien más confiado, más seguro. La confianza en sí mismos resulta destrozada. (Henderson Grotberg, 2006, p. 26)

Por el contrario, si estas herido, si estás perdido... entonces eres infrahumano; en tal caso tendrás vergüenza de ti mismo. Michel Tousignol dice que la venganza es un sentimiento que impide la resiliencia, porque el herido que se avergüenza se aísla y se retira afectivamente, lo cual impide el proceso resiliente. (Cyrułnik, 2014, p. 34)

Un punto para comenzar a promover la resiliencia en este tipo de niños, jóvenes y adultos es hacerles ver que está bien que cometan errores, que pueden aprender de estos. Podemos hacer que lean historias, contárselas nosotros mismos, sobre los fracasos que todos tenemos. Muchas personas pueden contar historias sobre sus fracasos antes de convertirse en personas exitosas. Podemos asegurarles que los errores no son algo de lo cual uno deba avergonzarse y, entonces, alentarlos a correr el riesgo de cometer errores. Nosotros estaremos allí si fracasan o si salen exitosos. (Henderson Grotberg, 2006, p. 26)

3. Iniciativa versus culpa

La iniciativa es la capacidad y la voluntad de hacer las cosas. Comienza a desarrollarse entre los cuatro y cinco años de edad, cuando el niño comienza a pensar y hacer cosas. Probablemente hayamos comenzado todo tipo de proyectos o actividades que no hemos podido o no hemos terminado. Pero el punto a considerar no es si lo logramos o no; la voluntad de probar es lo realmente importante para generar la iniciativa. (Henderson Grotberg, 2006, p. 26)

El niño gana movilidad y se vuelve inquisitivo. Su lenguaje crece, así como su imaginación, y ahora tiene un sentido más amplio del dominio y la responsabilidad. El juego es la actividad básica de la etapa. Al niño “le interesa todo” y le gusta atacar y conquistar el ambiente. [...] El niño está ansioso por aprender y desempeñarse bien. Su frase favorita es por qué. Siente una enorme curiosidad y disposición para el aprendizaje. Aprende el valor de la previsión y comienza a desarrollar una sensación de dirección y finalidad. (Frager y Fadiman, 2010, p. 182)

Esta nueva sensación de dominio es atenuada por los sentimientos de culpa. La nueva libertad del niño y la afirmación de su poder generan ansiedad casi

inevitablemente. El niño se vuelve consciente, adopta una actitud paternal que incluye la autoobservación, la autoguía y el autocastigo. En esta etapa, el niño puede hacer más cosas que antes, pero debe aprender a trazar sus límites. (Frager y Fadiman, 2010, p. 182)

El propósito, la virtud de la etapa, tiene sus raíces en el juego y en la fantasía. El juego es para el niño lo que el pensamiento y la previsión para el adulto. Provee los fundamentos del propósito: atención y dirección para una actividad determinada. “El propósito, entonces, es el valor de concebir y buscar metas valiosas sin dejarse inhibir por la derrota de fantasías infantiles, la culpa o el temor frustrante al castigo” (Erikson, 1964, p.122). El propósito brinda metas y direcciones y, a pesar de que lo nutre la fantasía, se asienta en la realidad, limitado pero no reprimido por la culpa. El fomento de la fantasía es el origen de la danza, el teatro y el rito de la vida adulta. (Frager y Fadiman, 2010, p. 182)

Cuando de hecho incentivamos la iniciativa, se refuerzan nuestras relaciones de confianza con los otros, reconocemos límites para nuestros comportamientos y aceptamos ese aliento para ser personas autónomas (yo tengo); además, la iniciativa refuerza la sensación de sentirnos tranquilos y bien predispuestos, demostrar empatía y solidaridad, mostrarnos responsables de nuestras conductas y estar optimistas, seguros de nosotros mismos y esperanzados (yo soy). También nos estimulan así las nuevas ideas o modos de hacer las cosas, expresando nuestros pensamientos y sentimientos, solucionando problemas, manejando los sentimientos y conductas y pidiendo ayuda a los demás (yo puedo). La cantidad de factores resilientes con los que podemos contar aumentó notablemente. (Henderson Grotberg, 2006, pp. 26-27)

Muchos niños y adultos no desarrollan la iniciativa. A menudo, son sorprendidos por todo el revoltijo que generan con sus proyectos inconclusos. Se los hace sentir culpables por haber molestado a los demás, se sienten demasiado rechazados por aquellos a quienes pidieron ayuda y, en consecuencia, sienten que no merecen ser ayudados. Nadie se preocupa; nadie estaba interesado en ayudarlos. Con el tiempo dejan de querer, o tratar de tomar la iniciativa para hacer algo. Las personas adultas que no toman iniciativas experimentan el mismo temor de estar cometiendo un error. (Henderson Grotberg, 2006, p. 27)

Para intentar a desarrollar la iniciativa podemos incentivar a los niños y jóvenes a decidir qué es aquello que les gustaría hacer. Podemos hablar acerca de las maneras de organizar planes con sus amigos, ayudarlos a reconocer diferentes posibilidades de poner en práctica estos, planes, considerar las consecuencias que puedan aparecer y cambiar lo que sea necesario. Estaremos allí para ayudarlos a superar los obstáculos y aprender tanto de sus éxitos como de sus errores. Por su puesto, podemos también orientar a los adultos utilizando un lenguaje más apropiado para la edad, pero con el mismo propósito. Ayudémoslos para que puedan ver en el fracaso una gran experiencia de aprendizaje; les permitirá abrirse a nuevas ideas para encontrar el éxito. (Henderson Grotberg, 2006, pp. 27-28)

4. La aplicación o diligencia versus inferioridad

Definimos la aplicación como el llevar adelante una tarea de manera diligente; esta se desarrolla generalmente durante los años de colegio, mientras se perfeccionan tanto las habilidades académicas como las sociales. El ser exitoso es muy importante para los logros académicos, para las relaciones interpersonales y para la imagen que uno tiene de sí mismo. Uno desea ser visto por sus maestros como alguien competente, desea ser aceptado en su entorno como una persona amistosa y quiere también sentirse orgulloso de sí. Los adultos tienen los mismos deseos solo que en lugar de querer ser aceptados por sus maestros desean que sus jefes o colegas los vean como personas competentes, cordiales y meritorias. Las personas adultas resultan plenamente capaces de promover su propia resiliencia, pero necesitan la ayuda de al menos una persona que les proporcione las herramientas para iniciar el proceso de adaptación resiliente. (Henderson Grotberg, 2006, p. 28)

Frager y Fadiman (2010) señalan que, “en esta etapa, el niño hace su entrada en la vida fuera del núcleo familiar. En nuestra cultura, comienza la vida escolar. En otros sistemas sociales, el niño es aprendiz o asistente del trabajo del padre o la madre” (p. 182).

Es la etapa de la instrucción sistemática, un cambio del juego al trabajo. Antes, el niño podía jugar a realizar sus actividades y no prestaba atención a la calidad de los resultados. Ahora tiene que abrigar una sensación de satisfacción por un trabajo bien hecho. En esta etapa, se espera que domine las tareas y destrezas que valora la sociedad. Las actitudes y opiniones de otros son particularmente importantes. Los niños que no prosperan y por ello no se ganan el respeto de sus padres, maestros

y coetáneos llegan a tener un sentimiento de inferioridad o inadaptación. (Frager y Fadiman, 2010, p. 183)

La virtud de esta etapa es la competencia, que se basa en una sensación de laboriosidad, la adquisición de habilidades prácticas y capacidades generales. “La competencia es el ejercicio libre de destrezas e inteligencia para llevar a cabo tareas, a diferencia de la incapacidad infantil” (Erikson, 1964, p. 124). La competencia es la base psicológica de la tecnología. En esta etapa, hemos comenzado a convertirnos en miembros productivos de nuestra cultura; hemos comenzado a dominar la tecnología de nuestra cultura. (Frager y Fadiman, 2010, p. 183)

La aplicación es un pilar muy poderoso y se ve potenciado por su conexión con otros factores resilientes. De la categoría yo tengo resultan importantes los buenos modelos a imitar y el estímulo para ser independientes De la categoría yo soy, lograr objetivos y planear para el futuro resulta muy útil, como también ser responsable de nuestras acciones. De la categoría yo puedo mantener una tarea hasta finalizarla, resolver los problemas y pedir ayuda cuando se necesita, refuerzan y contribuyen a promover los factores resilientes. Sin embargo aquello que resulta distinto es aprender a diferenciar no solo cuáles son los factores resilientes o protectores que se deben utilizar en una determinada circunstancia sino también cómo deben utilizarse. (Henderson Grotberg, 2006, p. 28)

Muchos niños y jóvenes no desarrollan la capacidad de la aplicación. No logran perfeccionar las habilidades académicas y sociales que necesitan, y en consecuencia desarrollan sentimientos de inferioridad. Se vuelven extremadamente sensibles en cuanto a sus limitaciones también es posible que se hayan sentido engañados, ridiculizados o excluidos de un grupo a causa de sus fracasos. Sus sentimientos de frustración y fracaso pueden llevarlos a querer dejar de asistir al colegio o convertirse en personas que causan problemas. Los adultos que no han logrado desarrollar esta etapa de la aplicación son, en general, aquellos que han abandonado el colegio debido a sus fracasos, incluso el fracaso social. (Henderson Grotberg, 2006, p. 29)

Seguramente estas personas a menudo experimentaban el rechazo y la burla, por lo que perdieron el deseo de mejorar sus habilidades, no quieren enfrentarse más a

ningún otro fracaso y entonces deciden abandonar. Un gran número de adultos que pasaron por tal experiencia tiene dificultad para enfrentarse a otros modos similares o más sofisticados de ser rechazados. (Henderson Grotberg, 2006, p. 29)

Un punto de partida para comenzar a promover la aplicación como factor resiliente es concentrarse en el manejo de la habilidad para resolver situaciones problemáticas y dominar el ámbito interpersonal regresando a los pilares de crecimiento que correspondan. Podemos incentivar a las personas a volver sobre sus pilares de crecimiento de autonomía e independencia ayudándolos a realizar sus trabajos, a completar sus tareas, formulándoles preguntas cuando un tema no está claro, podemos también brindarles ayuda para asumir las responsabilidades de sus trabajos y hacer que se sientan orgullosos de sus logros. Podemos hablar con ellos para que busquen desarrollar la cooperación mirando a su alrededor y decir con quien podrían trabajar en conjunto y sentirse cómodos. Al implementar la cooperación, podrían también resolver los conflictos que se general al pensar y tomar decisiones. Podremos señalar que la capacidad para resolver problemas implica tener voluntad para tomar la iniciativa y ser capaces de enfrentar las consecuencias. Podremos ayudarlos a mejorar sus capacidades comunicativas mediante la práctica para sentirse seguros y aprender a escuchar. (Henderson Grotberg, 2006, pp. 29-30)

5. Identidad versus confusión de la identidad

Al finalizar la niñez, los adolescentes entran en la etapa de identidad versus confusión de la identidad, en la cual integran sus experiencias en un todo nuevo. Cuestionan los modelos de la niñez y tratan de asumir nuevos roles. La gran pregunta de esta etapa es “¿quién soy?”. Aparece un nuevo sentido del yo. (Frager y Fadiman, 2010, p. 183)

Desarrollamos nuestra identidad durante la adolescencia. Las preguntas más importantes que uno se formula durante estos años son:

1. ¿Quién soy?
2. ¿Cómo me veo con respecto a los otros de mi edad?
3. 3.- ¿Cómo son mis nuevas relaciones con mis padres (y con otras figuras de autoridad)?
4. 4.- ¿Qué he logrado?

5. 5.- A partir de aquí, ¿hacia dónde continuó mi camino? (Henderson Grotberg, 2006, p. 30)

Cuando obtenemos respuestas satisfactorias a estas preguntas, estamos mostrando nuestras habilidades para controlar nuestro propio comportamiento, para comparar nuestras conductas con los estándares aceptados, para ser útiles y poder brindar apoyo a los demás, para utilizar nuestra fantasía e iniciativa con el objetivo de hacer realidad nuestros sueños y para reconocer la importancia que tiene el idealismo en el momento de pensar y planear el futuro. En otras palabras, los factores resilientes no solo deben estar desarrollados sino que debemos estar disfrutando de ellos. (Henderson, 2006, p. 30)

Este sentido de identidad incluye la habilidad de integrar los modelos del pasado con los impulsos, las aptitudes y las destrezas presentes, así como las oportunidades que ofrece la sociedad. “El sentido de identidad del yo es la confianza acumulada en que la mismidad y continuidad interior del pasado coinciden en la mismidad y continuidad del significado que tenemos para los demás, como se manifiesta en la tangible promesa de una “profesión” (Erikson, 1963, pp. 261-262; citado en Frager y Fadiman, 2010, p. 183)

Según Erikson, debido a que la adolescencia es el periodo de transición de la niñez a la vida adulta, es una etapa crucial. Es común que en este momento de la vida se requiera una moratoria. El adolescente se toma un “tiempo fuera” para dedicarse a experimentar. Durante este periodo, las limitaciones sociales y las presiones pueden tener un efecto muy fuerte. Para el adolescente, que sufre por su confusión de roles, suele ser difícil imaginar una profesión apropiada o encontrar un lugar significativo en la sociedad. Las dudas acerca de la atracción y la identidad sexual también son comunes. La capacidad de “controlarse” y de identificarse con un modelo individual o cultural que inspire y dirija, ocasiona un periodo de indecisión e inseguridad. Otra reacción común es la identificación desmesurada (hasta el punto de una aparente pérdida de identidad) con héroes de la cultura juvenil o líderes de pandillas. El individuo se siente aislado, vacío, angustiado, o indeciso. Bajo presión, el adolescente se siente incapaz e incluso se resiste a tomar decisiones importantes en su vida. (Frager y Fadiman, 2010, p. 183)

Muchos adolescentes que no pueden obtener respuestas satisfactorias a estas preguntas, comienzan a dudar de sí mismos y a sentirse inseguros en cuanto a quienes son verdaderamente. Sienten que nadie los comprende, incluso ellos mismos. Pueden encontrarse totalmente confundidos en cuanto a las actitudes que deben tomar y cuál es su papel en la vida. Estos sentimientos de inseguridad pueden generar frustraciones, enojo y sensación de desesperanza. (Henderson Grotberg, 2006, pp. 31-31)

La fuerza básica de la etapa es la fidelidad. En el umbral de la vida adulta, el individuo se enfrenta a la necesidad de comprometerse con una profesión y con un conjunto duradero de valores. “La fidelidad es la capacidad de preservar las lealtades concedidas libremente, a pesar de las contradicciones inevitables del sistema de valores” (Erikson, 1964, p.125). La fidelidad es el pilar de la identidad; requiere la validación de ideologías que la sociedad acepta y el apoyo de compañeros que han hecho elecciones similares. (Frager y Fadiman, 2010, p. 183)

Henderson Grotberg (2006) indica que, “el pilar de construcción de la identidad completa los cinco pilares fundamentales de la resiliencia. Toma los factores resilientes importantes de cada etapa evolutiva y los integra para utilizarlos en las situaciones donde debemos enfrentar las adversidades de la vida” (p. 31).

A continuación se resumen brevemente las etapas psicosociales de Erikson que corresponden a la vida adulta.

6. Intimidad versus aislamiento

Frager y Fadiman (2010) señala que, “esta etapa ocurre en la juventud. Es el momento de lograr un sentimiento de independencia de los padres y la escuela, de establecer amistades e intimar en relaciones, y de adquirir una sensación de responsabilidad adulta” (p. 184).

Para entablar una relación estrecha con otra persona, primero necesitamos una sensación relativamente de identidad. Sólo entonces estamos listos para comenzar a establecer una relación de unión e intimidad con otra persona. El compromiso crítico de esta etapa es el de la reciprocidad verdadera en la pareja amorosa. Esta intimidad difiere significativamente de la exploración y la intensa búsqueda previa de una identidad sexual. (Frager y Fadiman, 2010, p. 184)

Sin esta sensación de intimidad y dedicación, nos aislamos y somos capaces de sostener relaciones personales satisfactorias. Si nuestra sensación de identidad es débil y la intimidad la amenaza, huimos e incluso atacamos todo lo que se inmiscuya en nuestra vida. (Frager y Fadiman, 2010, p. 184)

La virtud que se alcanza en esta etapa es el amor y Erikson (1964) afirma que ésta es la virtud más importante. “El amor es la devoción mutua que subyuga para siempre el antagonismo inherente de las funciones divididas” (Erikson, 1964, p. 129). El amor adopta muchas formas. Al principio de la vida, es el amor del lactante hacia su madre, del niño que ama a sus padres y el amor apasionado del adolescente. Cuando hay una intimidad real entre adultos, el amor incluye una identidad compartida y la valoración de cada miembro de la pareja a través del otro, lo que se manifiesta en una relación romántica, sexual, pero también en los lazos profundos que se crean al unísono al servicio de determinados ideales, del hogar o el país, que requieren igualmente reciprocidad e intimidad verdadera. (Frager y Fadiman, 2010, p. 184)

7. Productividad versus estancamiento

Esta etapa, productividad versus estancamiento, dura la mayor parte de nuestros años de adultez. El compromiso íntimo con los demás se amplía hasta una preocupación más general por guiar y apoyar a la siguiente generación. La productividad comprende la preocupación por nuestros hijos y por las ideas y las cosas que hemos creado: la creatividad en nuestra vida laboral y personal. (Frager y Fadiman, 2010, p. 184)

Somos seres que enseñan y aprenden. La creación es importante, ya que asegura la continuidad de la salud y el mantenimiento de nuestras creaciones, ideas y principios. Si no ampliamos la esfera de nuestros intereses y productividad, caeremos presas del aburrimiento y del estancamiento. (Frager y Fadiman, 2010, p. 185)

La fuerza que se desarrolla en esta etapa es el cuidado. “El cuidado es una preocupación general por lo que ha surgido por amor, necesidad o accidente; supera la ambivalencia que traen las obligaciones irreversibles” (Erikson, 1964, p. 131). La educación de los niños es central para esta virtud. No sólo incluye el cuidado de los hijos, sino también de los vástagos de nuestra mente y nuestro corazón: nuestras

ideas, ideales y creaciones. Nuestra especie es la única que cuida y educa a los jóvenes durante un periodo tan prolongado. (Frager y Fadiman, 2010, p. 185)

Frager y Fadiman (2010) indican que, “como adultos, necesitamos que nos necesiten o bien sufrimos narcisismo y ensimismamiento. En términos de evolución psicosocial, somos una especie que enseña. Debemos enseñar a llevar adelante nuestra identidad y a mantener vivas nuestras destrezas y conocimientos” (p. 185).

8. Integridad versus desesperación

La última etapa de la vida, el periodo de integración versus desesperación, viene con la vejez. Es el momento de enfrentar lo que Erikson llamó las últimas preocupaciones. Esta sensación de integridad del yo, que incluye nuestra aceptación de un ciclo vital único, con su propia historia de triunfos y fracasos, provee un sentido de orden y significado a nuestra vida y el mundo que nos rodea. Aunada al sentido de integridad del yo, aparece una conciencia del valor de muchos otros estilos de vida, incluidos aquellos que más difieren de los nuestros. La integridad trae consigo un punto de vista total, una capacidad de ver nuestra vida como una unidad y los problemas humanos en un contexto general. La integridad del yo es la adquisición de la capacidad de albergar un “amor posnarcisista”. (Sheehy, 1995; citado en Frager y Fadiman, 2010, p. 185)

Si no nos aceptamos, es probable que caigamos en la desesperación por sentir que el tiempo es corto, demasiado corto para empezar de nuevo. Quienes terminan desesperados pueden amargarse por lo que pudieron haber sido y lamentarse constantemente: “si yo hubiera”. La desesperación se manifiesta en forma de miedo a la muerte o como un rechazo de los valores institucionales y estilo de vida de los demás. (Frager y Fadiman, 2010, p. 185)

La fuerza de la sabiduría procede de nuestro contacto con la integridad y la desesperación, cuando abordamos las últimas preocupaciones. “La sabiduría, entonces, es un interés desapegado por la vida, a las puertas de la muerte” (Erikson, 1964, p.133). La sabiduría resguarda la integridad de los conocimientos y las experiencias acumuladas. Quienes alcanzaron la sabiduría son modelos de totalidad y plenitud. Son ejemplos que inspiran a generaciones más jóvenes que han adoptado valores y estilos de vida similares. Ese sentido de plenitud y significado

también alivia los sentimientos de desesperanza y dependencia que acompañan a la vejez. (Frager y Fadiman, 2010, p. 185)

Henderson Grotberg (2006) concluye que, “la resiliencia se activa cuando experimentamos una adversidad que necesita ser enfrentada y superada. La secuencia de respuesta ante una posible adversidad es: prepararse para, sobrevivir mediante y aprender de” (p. 43)

2. Familia

2.1. Familia

“Miramos hacia atrás con nuestros padres y hacia adelante con nuestros hijos y miramos hacia el futuro a través de los hijos de nuestros hijos, un futuro que nunca llegamos a ver pero que tenemos que cuidar.”

Carl Jung

Psiquiatra Suizo siglo XX

El mundo humano es un mundo esencialmente social. Ser persona significa, entre otras cosas, existir dentro de un entramado de relaciones. En el seno de dichas relaciones desarrollamos un sentido de lo que somos, de lo que podemos llegar a ser. Las relaciones son fundamentales. De alguna forma, [...] son la materia de la que estamos hechos. (Pitillas y Berástegui, 2018, p. 33)

Para analizar la relación que existe entre comportamiento individual y grupo familiar en un único acto de observación, es necesario considerar a la familia como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales. Por ende si queremos observar la interacción humana, y más en particular la familia, siguiendo un enfoque sistémico. (Andolfi, 1990, p. 17)

Cada sistema familiar presenta una arquitectura temporal propia, compleja y singular, caracterizada por la intersección de historias individuales, de experiencias compartidas y de vínculos intergeneracionales. Un tiempo que se construye y organiza a lo largo de las líneas evolutivas de un pasado antiguo, unido a los mitos transmitidos por las antiguas generaciones. A lo largo de aquellas de un futuro que vive en las esperanzas y en los proyectos latentes de los ancianos hacia las nuevas generaciones, y en los aportes transformadores de estas últimas. (Andolfi, 2003, pp. 43-44)

Andolfi (2003) “La familia tiene entonces un pasado, un presente y una perspectiva de vida futura y esto representa un elemento diferencial, respecto a otros grupos” (p. 44).

Por ejemplo, Eguiluz Romo (2003) señala que,

la familia es concebida como sistema, lo que implica explicarla como una unidad interactiva, como un “organismo vivo” compuesto de distintas partes que ejercen interacciones recíprocas. Del mismo modo, podemos considerar a la familia un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de

comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida por otras que forman el sistema. (p. 1)

Para Ackerman existe una serie de factores a considerar, biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Desde el punto de vista biológico, la familia tiene como función prioritaria la perpetuación de la especie; desde el psicológico, ofrece la interconexión socioafectiva, pues crea los vínculos de interdependencia requeridos para satisfacer las necesidades individuales; desde el social, facilita la transferencia de valores, creencias y costumbres, así como la transmisión de habilidades que ayudan al crecimiento; por último, respecto a los factores económicos, permite la diferenciación de tareas y la previsión de necesidades materiales. (Ackerman, 1982; citado en Eguiluz Romo, 2003, p. 3)

Cuando el Biólogo Von Bertalanffy (1978) desarrolló la teoría general de los sistemas, no pudo imaginar que sería empleada para explicar la operación de los grupos y el comportamiento de las familias. De esta teoría retomaremos tres conceptos, importantes para comprender el funcionamiento de la familia: a) la familia puede verse como un sistema en constante transformación; b) se explica como un sistema activo autogobernado, y c) es un sistema abierto en interacción con otros sistemas. (Eguiluz Romo, 2003, p. 3)

Eguiluz Romo (2003) nos indica que, “la familia es un grupo social con una historia compartida de interacciones; es un sistema compuesto por personas de diferente edad, sexo y características que, por lo general, comparten el mismo techo” (p. 3).

Para Raquel Soifer la familia es concebida como, “la estructura social básica con un interjuego diferenciado de roles, integrada por personas que conviven en forma prolongada, en interacción con la cultura y la sociedad, dentro de la cual se desarrolla el niño transformándose en adulto capaz”. (Soifer, 1980; citado en Santaella Hidalgo, 2006, p. 47)

Constantine (1986) señala que las familias son unidades creadoras de sentido. Como elemento básico de la sociedad otorga a los individuos el sentido de identidad y pertenencia. Asimismo, fomenta el desarrollo de construcciones y formas compartidas de ver el mundo. (Constantine 1986; citado en Neil, 2006, p. 92)

La familia es desde el punto de vista de Madanes (citado en Watzlawick y Nardone, 2000), es un grupo fundamental de autoayuda. Nadie puede ayudar u obstaculizar

tanto el bienestar de alguien como quienes mantienen relaciones con él, con su historia, su presente y su futuro. Ésta es una de las grandes razones para estudiar a la familia. Es claro que si ocurre un problema en el ámbito del contexto –y el contexto más importante son las relaciones con las personas significativas, las relaciones cambian y, con ellas, la persona. (Eguiluz Romo, 2003, p. 8)

Para Estrada Inda (1997) la familia “puede ser considerada como una célula social cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes” (p. 11).

Estrada Inda (1997) señala que, La familia, a manera de pequeña sociedad, es la arena donde se permite toda suerte de ensayos y fracasos en un ambiente de protección, de tolerancia, de firmeza y de cariño. Es un medio flexible y atenuante, que limita y que contiene, y al mismo tiempo que sirve de traducción de los impulsos de un mundo interno caótico, a uno más claro y significativo y de los estímulos masivos de una sociedad incomprensible a un mundo más organizado. Es la línea de continuidad entre niño y adulto y el mejor medio de comunicación entre dos o más generaciones. También es el organismo liberador que se encarga de soltar el adolescente maduro que se encuentra listo ya para la formación de otra unidad. (p. 15)

Para Minuchin y Fishman (2018) La familia es,

un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. (p. 25)

Puntualiza Minuchin (1989) que la familia, “es un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia” (p. 27).

Las familias son organismos sociales estructurados en subsistemas separados por límites; que los subsistemas definen las funciones de sus miembros; que los miembros de las familias se organizan en alianzas, afiliaciones y coaliciones; que

las familias evolucionan y pasan por periodos de transición conforme cambian. (Minuchin, Nichols, y Wai-Yung, 2011, p. 31)

2.2. La estructura familiar y sus subsistemas

“Ohana significa familia, y tu familia nunca te abandona ni te olvida.”

Significado de familia en la cultura Hawaiana

La familia es un sistema que trasciende los límites de la persona aislada. [...] Como contexto inmediato del individuo, la familia proporciona las raíces fundamentales de su personalidad y ésta a su vez influye en la familia, la cultura y la sociedad. (Garibay Rivas, 2013, p. 2)

De las relaciones que se establezcan entre las características particulares de la familia y las características particulares del sujeto depende el tipo de individuo que se forme, la familia aporta una serie de elementos, de los cuales el individuo toma algunos, sin importar si le son útiles o no, o si son los que más le sirven a él como persona o si tan solo le son de utilidad para alguna etapa de su vida. (Garibay Rivas, 2013, p. 2)

Es la combinación de los elementos aportados por la familia y los elementos tomados por el individuo la que determina la formación de individuos “sanos” o “enfermos”, la integración de sujetos con tendencias productivas o parasitarias, orientados hacia la cooperación y el éxito o bien la conformación de personas egoístas individualistas o delincuentes. (Garibay Rivas, 2013, p. 2)

Eguiluz Romo (2003) señala que,

podemos considerar a la familia un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida por otras que forman el sistema. (p. 1)

Estructura familiar

La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita

su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 25)

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema. (Minuchin, 1989, p. 86)

Minuchin y Nichols (1994) Minuchin señala que al inicio:

al trabajar con familias tratando de explicar su funcionamiento, empecé a ver que la conducta familiar estaba pautada: los miembros de la familia respondían de modos predecibles. En mi preparación anterior como médico había aprendido a prestar atención a las estructuras físicas que subtienden las funciones biológicas de los organismos. Entonces, como estaba en busca de metáforas heurísticas que transmitieran el carácter predecible y limitado de las funciones en una familia, empecé a pensar que la familia, al igual que el cuerpo, tiene una estructura subyacente. El cuerpo tiene huesos, músculos, tendones, y nervios que dirigen y limitan el movimiento del brazo. Pero el modo como uno recoge una flor está en función de la manera como el esqueleto, los músculos, los tendones y los nervios son organizados por una inclinación estética, el placer de tomar una flor, o quizá por el afecto a la persona a quien se la ofrecemos. De modo análogo la estructura familiar no impone el modo como funcionan las personas, pero sí establecer algunos límites y organiza el modo como prefieren funcionar. (p. 52)

Minuchin y Nichols (1994) Salvador Minuchin escribe: “propuse el concepto de estructura familiar para indicar las restricciones funcionales. [...] Las estructuras familiares son conservadoras pero modificables. La meta de la terapia es aumentar la flexibilidad de esas estructuras subyacentes” (p. 52).

Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar. Por ejemplo debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferentes. También debe existir una complementariedad de las funciones, en la que

el marido y la esposa acepten la interdependencia y operen como un equipo. (Minuchin, 1989, pp. 86-87)

El segundo sistema de coacción es idiosincrático, e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. El origen de estas expectativas se encuentra sepultado por años de negociaciones explícitas e implícitas entre los miembros de la familia, relacionadas a menudo con los pequeños acontecimientos diarios. A menudo, la naturaleza de los contratos originales ha sido olvidada, y es posible que nunca hayan sido explícitos. Pero las pautas permanecen –como un piloto automático– en relación con una acomodación mutua y con una eficacia funcional. (Minuchin, 1989, p. 87)

De ese modo, el sistema se mantiene a sí mismo. Ofrece resistencias al cambio más allá de cierto nivel y conserva las pautas preferidas durante tanto tiempo como puede hacerlo. En el interior del sistema existen pautas alternativas. Pero toda desviación que va más allá del umbral de tolerancia del sistema excita mecanismos que reestablecen el nivel habitual. Cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema, es habitual que los miembros de la familia consideren que los otros miembros no cumplen con sus obligaciones. Aparecen entonces requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad. (Minuchin, 1989, p. 87)

Sin embargo, la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. La existencia continua de la familia como sistema depende de una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas, y la flexibilidad de pautas para movilizarlas cuando es necesario hacerlo. La familia debe responder a cambios internos y externos y, por lo tanto, debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros. (Minuchin, 1989, p. 87)

Subsistemas de la Estructura familiar

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las diadas, como la de marido-mujer o madre-hijo, pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. (Minuchin, 1989, pp. 87-88)

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Un hombre puede ser un hijo, sobrino, hermano mayor, hermano menor, esposo, padre, y así sucesivamente. En diferentes subsistemas se incorpora a diferentes relaciones complementarias. Las personas se acomodan en forma de caleidoscopio para lograr la reciprocidad que posibilita las relaciones humanas. (Minuchin, 1989, p. 88)

Límites

Un sistema familiar se compone de un conjunto de personas, relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo. Con objeto de definir quiénes pertenecen a un sistema son necesarios unos «límites», que por una parte funcionan como líneas de demarcación -individualizando un grupo frente al medio- y, por otra, como lugares de intercambio de comunicación, afecto, apoyo, etc. Entre dos sistemas o subsistemas. Los límites pueden ser extrasistémicos e intrasistémicos. Los primeros delimitan al sistema con un medio externo, mientras los segundos separan y relacionan los distintos subsistemas que forman el sistema más amplio. (Ochoa de Alda, 1995, p. 19)

Minuchin (1989) menciona que, “los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quienes participan, y de qué manera” (p. 88).

La función de los límites reside en proteger la diferenciación sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logra en ese subsistema, es afirmado en la libertad de los subsistemas de la interferencia por parte de otros subsistemas. (Minuchin, 1989, p. 89)

Minuchin (1989) señala que, “la claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento” (p. 90).

Minuchin, (1984); citado en Ochoa de Alda (1995) señala que “las disfunciones estructurales pueden adoptar la forma de límites porosos o rígidos, que se manifiestan respectivamente en una proximidad excesiva o insuficiente entre los miembros del sistema familiar” (p. 129).

Cuando los límites son porosos priman los valores del grupo familiar sobre los individuos que lo forman y existe una excesiva intrusión de unos miembros con otros

que impide el crecimiento personal y familiar. Si son rígidos predominan los valores individuales sobre el grupo y hay muy poco contacto entre las personas y los subsistemas, con lo cual no existe un apoyo adecuado que permita el buen desarrollo psicosocial de los componentes del sistema. Como contrapartida a ambos, los límites normales funcionan como membrana permeable que facilita el paso de la comunicación y crea un ámbito propio a individuos y a subsistemas. (Ochoa de Alda, 1995, pp. 129-130)

Es importante y útil en este momento introducir los términos de alianza y coalición.

- Las alianzas desde el punto de vista de Desatnik Miechimsky (2004) “designan una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema” (p.58). Para Simon, Stierlin y Wynne (1997), “se refieren a la percepción o experiencia de dos o más personas unidas en una empresa, interés, actitud o conjunto de valores común” (p. 25).
- Desatnik Miechimsky (2004) habla de coaliciones cuando una alianza se sitúa, “en oposición a otra parte del sistema; generalmente es oculta e involucra a personas de dos distintas generaciones aliadas contra un tercero. La oposición contra un tercero puede expresarse por medio del conflicto, de la exclusión, entre otras formas” (p. 58).

Minuchin, (1984); citado en Ochoa de Alda, (1995) señala que “las relaciones familiares se consideran patológicas cuando existe un patrón de desviación del conflicto y cuando se crean coaliciones intergeneracionales permanentes” (p. 130).

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. La composición de subsistemas organizados alrededor de las funciones familiares no es tan significativa como la claridad de los límites de su estructura. (Minuchin, 1989, pp. 89-90)

Según el fundador de la teoría estructural sistémica, Salvador Minuchin, la familia puede verse como un sistema que opera dentro de otros sistemas más amplios y tiene tres características: a) su estructura es la de un sistema sociocultural abierto, siempre en proceso de transformación; b) se desarrolla en una serie de etapas marcadas por crisis que la obligan a modificar su estructura, sin perder por ello su

identidad (ciclo vital), y c) es capaz de adaptarse a las circunstancias cambiantes del entorno modificando sus reglas y comportamientos para acoplarse a las demandas externas. Este proceso de continuidad y cambio permite que la familia crezca y se desarrolle, y al mismo tiempo, asegura la diferenciación de sus miembros. (Eguiluz Romo, 2003, p. 3)

El sistema familiar está compuesto de diversos subsistemas: a) el conyugal, formado por ambos miembros de la pareja; b) el parental, constituido por los padres con los hijos, y c) el fraterno, formado por los hijos. Cada uno está constituido por los sistemas personales o individuos, de modo que todos, por ser sistemas vivos, pasan por el ciclo de desarrollo normativo: nacen, se reproducen y mueren. (Eguiluz Romo, 2003, p. 4)

Conocer la estructura de la familia y conceptualizar sus funciones, no solo ayuda a integrar mejor un diagnóstico, sino que ofrece nuevas luces en el tratamiento, prevención e investigación de los problemas emocionales. La familia puede ser en sí, un elemento de salud o de origen y causa del problema. (Estrada Inda, 1997, p. 11)

Subsistema conyugal

La familia es un sistema relacional que conecta al individuo con el grupo amplio, llamado sociedad. Para Andolfi (1977), la familia es un sistema relacional, lo que implica verla como un todo orgánico “que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales” (p.18). Los componentes individuales, el esposo y la esposa, y la relación que entre ellos se genera forman juntos una unidad más compleja, denominada subsistema conyugal. (Eguiluz Romo, 2003, p. 2)

El subsistema conyugal se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de construir una familia. Posee tareas o funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. [...] Tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. (Minuchin, 1989, p. 92)

Subsistema parental

Eguiluz Romo (2003) señala que, “si atendemos a la relación que este subsistema mantiene con los hijos, estaremos refiriéndonos al subsistema parental, es decir, a las relaciones afectivas y comunicacionales dadas entre padres e hijos. Cuando nace el primer hijo, inicia la formación de un nuevo nivel” (p. 2).

Cuando nace el primer hijo se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. En una familia intacta el subsistema conyugal debe diferenciarse entonces para desempeñar las tareas de socializar un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracterizará al subsistema conyugal. Se debe trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres y, al mismo tiempo, que lo excluya de las relaciones conyugales. (Minuchin, 1989, p. 94)

A medida que el niño crece, sus requerimientos para el desarrollo, tanto de la autonomía como de la orientación, imponen demandas al subsistema parental que debe modificarse para satisfacerlas. El niño comienza a tener contacto con compañeros extrafamiliares, la escuela, y otras fuerzas socializantes exteriores a la familia. El subsistema parental debe adaptarse a los nuevos factores que actúan en el marco de la socialización. Si el niño es severamente afectado por su medio extrafamiliar, ello puede afectar no sólo su relación con sus padres sino, incluso, las transacciones internas del subsistema conyugal. (Minuchin, 1989, pp. 94-95)

Subsistema fraterno

El tercer y último subsistema es el fraterno, formado a partir de que hay más de un hijo en la familia. En este subsistema, los hijos aprenden a llevar relaciones de camaradería, a cooperar, a compartir y a negociar, pero también a recelar, envidiar y pelear con sus pares (es decir, sus iguales en edad y experiencia). (Eguiluz Romo, 2003, p. 2)

El subsistema fraterno es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el marco de este contexto, los niños se apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente. En el mundo fraterno, los niños aprenden a negociar, cooperar, competir. Aprenden a lograr amigos y aliados, a salvar la apariencia cuando ceden, y a lograr reconocimiento por sus habilidades. Pueden asumir posiciones diferentes en sus relaciones mutuas, y estas posiciones, asumidas tempranamente en el subgrupo fraterno, pueden ser significativas en el desarrollo posterior de sus vidas. (Minuchin, 1989, p. 97)

El sistema familiar está en constante cambio porque se acopla a los distintos momentos de desarrollo por los que atraviesa. La familia recién constituida y con un recién nacido requiere, para mantener su unidad y continuar su crecimiento, un esfuerzo distinto que si tuviera hijos adolescentes o adultos. (Eguiluz Romo, 2003, p. 4)

Eguiluz Romo (2003) nos indica que, “para transformarse, todo sistema requiere dos fuerzas aparentemente contradictorias: la capacidad de transformación, que lleva al cambio; y la tendencia a la homeostasis, que mantiene la constancia” (p. 4).

2.3. El ciclo vital de la familia

“Las generaciones de seres vivos se suceden con rapidez y, como si fueran corredores, se ceden la antorcha de la vida.”

Lucrecio

Poeta romano, siglo I D.C.

Aunque la arena de la pasión humana es la vida familiar ordinaria, solo recientemente se ha puesto bajo observación a este contexto y se lo ha tomado seriamente. Se va haciendo más evidente que las familias recorren un proceso de desarrollo, y que el sufrimiento y los síntomas aparecen cuando ese proceso se perturba. (Haley, 1989, p. 33)

Garibay Rivas (2013) menciona que, “la familia desempeña una función de matriz y entre sus asignaciones a cumplir se encuentran las siguientes: el cuidado y apoyo de sus miembros, la educación de los hijos, la satisfacción de sus necesidades y la procreación” (p. 2).

Barudy y Dantagnan (2010) Señalan que,

El desafío de la función parental implica poder satisfacer las múltiples necesidades de sus hijos (alimentación, cuidados corporales, protección, necesidades cognitivas, emocionales, socioculturales, etcétera). Pero debido a que estas necesidades son evolutivas, los padres deben poseer una plasticidad estructural que les permita adaptarse a los cambios de las necesidades de sus hijos. (p. 33)

Barudy y Dantagnan (2010) indican que “la parentalidad o marentalidad es una forma semántica de referirse a las capacidades prácticas que tienen las madres y los padres

para cuidar, proteger y educar a sus hijos, y asegurarles un desarrollo suficientemente sano” (p. 34).

En forma muy escueta, puede decirse que la familia, como todo organismo vivo, tiene una historia, un nacimiento y un desarrollo. Se reproduce, declina y también muere. Confronta diferentes tareas en cada uno de estos pasos: la unión de dos seres con una meta común; el advenimiento de los hijos, el educarlos con sus funciones sexuales y sociales, el soltarlos a tiempo para la formación de nuevas unidades y el quedar la pareja sola nuevamente. Si la familia cumple con estas funciones, será una familia sana, y si en alguna de ellas fracasa o se detiene, será un sistema enfermo. (Estrada Inda, 1997, p. 12)

La nueva familia, se inserta así en un flujo temporal muy rico, que entre otras cosas, parece ser puntuado y continuamente transformado por los tiempos del nacimiento y de la muerte, del crecimiento y de las entradas y salidas de los miembros del sistema familiar. (Andolfi, 2003, p. 44)

En este punto, resulta útil y esencial, introducir el concepto de ciclo de vida familiar, puesto que él implica la adopción de una visión procesal de la familia: ya sea desde el punto de vista de su estructura, de las posiciones que asumen sus miembros de vez en vez, o finalmente, desde el punto de vista del contenido de las relaciones familiares. Con la atención puesta sobre el ciclo de vida familiar, se correlacionan entre ellos los factores de cambio, entendidos como evoluciones de los individuos, unidos particularmente a las tareas evolutivas del grupo familiar como sistema. (Sarraceno, 1996; citado en Andolfi, 2003, p. 45)

El proceso evolutivo familiar consiste, por lo tanto, en un avance progresivo en el tiempo, hacia nuevos estadios de desarrollo y de crecimiento, y juntos en una recuperación hacia atrás en el tiempo, hacia la integración del “nuevo” con el “viejo”, del horizonte futuro con el vivido y la experiencia pasada. (Andolfi, 2003, p. 45)

El ciclo de vital de la familia es un modelo teórico de referencia que encuadra el desarrollo espacio-temporal, a través de la individualización de determinadas fases evolutivas previsibles. La familia es en realidad, un sistema vivo, cuyo desarrollo ocurre por estadios dentro de la dimensión temporal: pasa a través de una serie de

“épocas”, cada una consistente en un periodo de [meseta] y un periodo de transición. (Andolfi, 2003, p. 45)

Entre los seres humanos, unirse para «coexistir» suele significar alguna suerte de grupo familiar. La familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio, y de él dependerá el terapeuta de familia en la obtención de las metas terapéuticas. La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporcionar un sentimiento de pertenencia. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 25)

Minuchin (1989) señala que, “la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales” (p. 39).

Minuchin y Fishman (2018) indica que,

Arthur Koestler [...] creó un término nuevo «para designar aquellas entidades de rostro doble en los niveles intermedios de cualquier jerarquía»: la palabra *holón*, del griego *holos* (todo) con el sufijo *on* (como en protón o neutrón), que evoca una partícula o parte. (p. 27)

El término de Koestler es útil en particular para la terapia de familia porque la unidad de intervención es siempre un holón. Cada holón –el individuo, la familia nuclear, la familia extensa y la comunidad– es un todo y una parte y al mismo tiempo, no más lo uno que lo otro y sin que una determinación sea incompatible con la otra ni entre en conflicto con ella. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 27)

El holón individual

El holón individual incluye el concepto de sí mismo en contexto. Contiene los determinantes personales e históricos del individuo. Pero va más allá, hasta abarcar los aportes actuales del contexto social. Las interacciones específicas con los demás traen a la luz y refuerzan los aspectos de la personalidad individual que son apropiados al contexto. Y recíprocamente, el individuo influye sobre las personas que interactúan con él en papeles determinados porque sus respuestas traen a la

luz y refuerzan las respuestas de ellos. Hay un proceso circular y continuo de influjo y refuerzos recíprocos, que tiende a mantener una pauta fijada. Al mismo tiempo, tanto el individuo como el contexto son capaces de flexibilidad y de cambio. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 28)

La formación de pareja y el holón conyugal

La unión de dos personas con la intención de formar una familia, constituye el comienzo formal de una nueva unidad familiar. Pero entre la iniciación formal de una familia y la creación de una unidad viable hay un gran trecho. Una de las tareas que enfrenta la nueva pareja es la negociación de su relación con la familia del cónyuge. Además, cada familia de origen debe adaptarse a la separación o separación parcial de uno de sus miembros, la inclusión de un nuevo miembro y la asimilación del subsistema del cónyuge en el marco del funcionamiento del sistema familiar. Si las estructuras de las familias de origen, instauradas desde hace mucho tiempo no se modifica, es posible que lleguen a amenazar el proceso de constitución de una nueva unidad. (Minuchin, 1989, p. 47)

La pareja también enfrenta la tarea de separarse de cada familia de origen y de negociar una relación diferente con los padres, hermanos y parientes políticos. Las prioridades deben modificarse, ya que los deberes fundamentales de los nuevos esposos conciernen a su matrimonio. Las familias de origen deben aceptar y apoyar esta ruptura. (Minuchin, 1989, pp. 40-41)

En la terapia de familia es útil conceptualizar el comienzo de la familia como el momento en que dos adultos, hombre y mujer, se unen con el propósito de formarla. [...] Los nuevos compañeros, individualmente, traen un conjunto de valores y de expectativas, tanto explícitos, como inconscientes, que van desde el valor que atribuyen a la independencia en las decisiones hasta la opinión sobre si debe o no tomar desayuno. Para que la vida en común sea posible, es preciso que estos dos conjuntos de valores se concilien con el paso del tiempo. Cada cónyuge debe resignar una parte de sus ideas y preferencias, esto es, perder la individualidad, pero ganando en pertenencia. En este proceso se forma un sistema nuevo. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 30)

Un núcleo recientemente constituido, se sitúa en realidad, en la intersección de dos historias familiares que sumergen sus raíces en un complejo árbol genealógico que

lo precede cronológicamente y que influencia concretamente la historia del nuevo núcleo: en efecto, el pasado de la nueva pareja, no está constituido solamente por los eventos vividos juntos, antes del matrimonio (elección del compañero, enamoramiento, etc.,) sino que está formado por el enlace de las historias de las dos familias de origen. Y no sólo están presentes ya las huellas de este pasado, sino que están ya señaladas, aunque débilmente, las líneas de un futuro: la pareja puede entenderse como el punto de encuentro de las expectativas y de la espera de las generaciones de los ancianos. (Andolfi, 2003, p. 44)

En el primer estadio se elaboran las pautas de interacción que constituyen la estructura del holón conyugal. Tienen que establecerse, mediante negociación, las fronteras que regulan la relación de la nueva unidad con las familias de origen, los amigos, el mundo del trabajo, así como el vecindario y otros contextos importantes. La pareja debe definir nuevas pautas para la relación con los demás. La tarea consiste en mantener importantes contactos y al mismo tiempo crear un holón cuyas fronteras sean nítidas en la medida suficiente para permitir el crecimiento de una relación íntima de pareja. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 37)

Minuchin y Fishman (2018) remarcan que, “dentro del holón conyugal, la pareja deberá armonizar los estilos y expectativas diferentes de ambos y elaborar modalidades propias para procesar la información, establecer contacto y tratarse con afecto” (p. 37).

Virginia Satir (1986) señala que, “la relación conyugal influye en la homeostasis familiar. La relación conyugal es el eje en torno al cual se forman todas las otras relaciones familiares. Los esposos son los “arquitectos” de la familia” (p. 1).

En el proceso de acomodación, la pareja desarrolla una serie de transacciones, formas en que cada esposo estimula y controla la conducta del otro y, a su vez, es influido por la secuencia de conducta anterior. Estas pautas transaccionales constituyen una trama invisible de demandas complementarias que regulan muchas situaciones de la familia. (Minuchin, 1989, p. 40)

Del mismo modo, los encuentros con los elementos extrafamiliares –trabajo, deberes y ocios– deben reorganizarse y regularse de un nuevo modo. Se deben adoptar decisiones en lo que concierne al modo en que se permitirá que las demandas del mundo exterior interfieran con la vida de la nueva familia. Cada esposo debe conocer a los amigos del otro y seleccionar a aquellos que serán los

amigos de la pareja. Cada cónyuge debe ganar nuevos amigos y perder otros antiguos. (Minuchin, 1989, p. 41)

Una de las más vitales tareas del sistema de los cónyuges es la fijación de límites que los protejan procurándoles un ámbito para la satisfacción de sus necesidades psicológicas sin que se inmiscuyan los parientes políticos, los hijos u otras personas. El tino con que estén trazadas estas fronteras es uno de los aspectos más importantes que determinan la viabilidad de la estructura familiar. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 31)

La familia con hijos pequeños y el holón parental

El segundo estadio sobreviene con el nacimiento del primer hijo, cuando se crean en un mismo instante nuevos holones: parental, madre-hijo, padre-hijo. El holón conyugal se debe reorganizar para enfrentar las nuevas tareas, y se vuelve indispensable la elaboración de nuevas reglas. El recién nacido depende por entero de un cuidado responsable. Al mismo tiempo, manifiesta aspectos de su propia personalidad, a que la familia se debe adaptar. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 38)

El subsistema de los cónyuges es vital para el crecimiento de los hijos. Constituye su modelo de relaciones íntimas, como se manifiestan en las interacciones cotidianas. En el subsistema conyugal, el niño contempla modos de expresar afecto, de acercarse a un compañero abrumado por dificultades y de afrontar conflictos entre iguales. Lo que presencia se convertirá en parte de sus valores y expectativas cuando entre en contacto con el mundo exterior. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 31)

El nacimiento de un niño señala un cambio radical en la organización de la familia. Las funciones de los cónyuges deben diferenciarse para enfrentar a los requerimientos del niño, de atención y alimento y para encarar las restricciones así impuestas al tiempo de los padres. Por lo general, el compromiso físico y emocional con el niño requiere un cambio en las pautas transaccionales de los cónyuges. En la organización de la familia aparece un nuevo grupo de subsistemas, en el que los niños y los padres tienen diferentes funciones. Este período requiere también una renegociación de las fronteras con la familia en su conjunto y con los elementos extrafamiliares. Los abuelos, tías y tíos pueden incorporarse para apoyar, orientar u organizar las nuevas funciones en la familia. O la frontera alrededor de la familia nuclear puede fortalecerse. (Minuchin, 1989, p. 41)

Minuchin y Fishman (2018) indican que, “las interacciones dentro del holón parental incluyen la crianza de los hijos y las funciones de socialización. Pero son muchos más los aspectos del desarrollo del niño que reciben el influjo de sus interacciones dentro de este subsistema” (p. 32).

Si existe una disfunción importante dentro del subsistema de los cónyuges, repercutirá en toda la familia. En situaciones patógenas uno de los hijos se puede convertir en chivo emisario o bien ser cooptado como aliado de un cónyuge contra el otro. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 31)

Virginia Satir (1986) menciona que, “el paciente identificado es el miembro de la familia a quien más obviamente afecta la relación conyugal penosa y quien está más sujeto a las acciones parentales disfuncionales” (p. 2).

El holón parental puede estar compuesto muy diversamente. A veces incluye un abuelo o una tía. Es posible que excluya en buena medida a uno de los padres. Puede incluir a un hijo parental, en quien se delega la autoridad de cuidar y disciplinar a sus hermanos. El terapeuta tiene la tarea de descubrir quiénes son los miembros del subsistema; de poco valdrá instruir a una madre si quien realmente cumple ese papel para el niño es su abuela. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 32)

Minuchin y Fishman (2018) agregan “el subsistema parental tiene que modificarse a medida que el niño crece y sus necesidades cambian. Con el aumento de su capacidad, se le deben dar más oportunidades para que tomen decisiones y se controle a sí mismo” (p. 32).

El holón de los hermanos

Minuchin y Fishman (2018) indican que, “cuando nace otro hijo, se quiebran las pautas estables constituidas en torno del primero. Es preciso instituir un mapa más complejo y diferenciado de la familia, incluyendo un holón de los hermanos” (p. 39).

Los hermanos constituyen para un niño el primer grupo de iguales en que participa. Dentro de este contexto, los hijos se apoyan entre sí, se divierten, se atacan, se toman como chivo emisario y, en general, aprenden unos de otros. Elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir. Se entrenan en hacer amigos y en tratar con enemigos, en aprender de otros y en ser reconocidos. En conjunto van tomando diferentes posiciones en el constante toma y daca; este

proceso promueve tanto su sentimiento de pertenencia a un grupo como su individualidad vivenciada en el acto de elegir y de optar por una alternativa dentro de un sistema. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 33)

La familia con hijos en edad escolar o adolescentes

Minuchin y Fishman (2018) “Un cambio tajante se produce cuando los hijos empiezan a ir a la escuela, lo que inicia el tercer estadio de desarrollo. La familia tiene que relacionarse con un sistema nuevo, bien organizado y de gran importancia” (p. 39).

La familia con hijos adultos

Los niños se hacen adolescentes y luego adultos. Nuevos hermanos se unen a la familia, o los padres se convierten en abuelos. En diferentes periodos del desarrollo, así, se le requiere a la familia que se adapte y reestructure. Los cambios de la fuerza y productividad relativa de los miembros de la familia requieren acomodaciones continuas, al igual que el cambio general de la dependencia de los niños frente a sus padres que se convierte en dependencia de los padres en relación con los hijos. A medida que los hijos abandonan la familia, reaparece la unidad original de marido y mujer, aunque en circunstancias sociales totalmente distintas. La familia debe enfrentar el desafío de cambios tanto internos como externos y mantener, al mismo tiempo, su continuidad, y debe apoyar y estimular el crecimiento de sus miembros mientras se adapta a una sociedad en transición. Estas tareas no son fáciles de encarar. (Minuchin, 1989, pp. 41-42)

En el cuarto y último estadio, los hijos, ahora adultos jóvenes, han creado sus propios compromisos con un estilo de vida, una carrera, amigos y, por fin, un cónyuge. La familia originaria vuelve a ser de dos miembros. Aunque los miembros de la familia tienen detrás una larga historia de modificación de pautas en conjunto, este nuevo estadio requiere una nítida reorganización cuyo eje será el modo en que padres e hijos se quieren relacionar como adultos. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 40)

Los hijos no son los únicos miembros de la familia que crecen y cambian. En la vida adulta hay momentos de pasaje que tienden a concentrarse en determinadas décadas. También estos estadios influyen sobre los holones de la familia y son influidos por éstos. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 39)

Haley (1989) indica que, “los síntomas aparecen cuando el ciclo vital en el curso de una familia o de otro grupo natural se disloca o irrumpe. El síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital” (p. 33).

Cuando el terapeuta se encuentra con una familia cuyo proceso evolutivo se estancó, deteniendo el crecimiento de la familia y/o de alguno de sus miembros, deberá profundizar en este [punto] para descubrir cuál es la fuente “ideológica” que está provocando determinados circuitos disfuncionales de interacción. Circuitos repetitivos que, a su vez, congelan el problema y lo complican en vez de resolverlo. (Azar de Sporn, 2010, p. 34)

Cuando una familia demanda tratamiento, sus problemas se deben a que se ha atascado en la fase homeostática. Las exigencias de mantener el estado de cosas limitan la aptitud de los miembros de la familia para enfrentar de manera creadora circunstancias modificadas. El apego a reglas más o menos funcionales en su momento inhibe la respuesta al cambio. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 40)

2.4. La dinámica de la familia

“Soy la cara de la familia. La carne desaparece, pero yo sigo vivo, dejando rasgos y rastros a través de los tiempos, sin tardanza, yendo de lado a lado por encima del olvido. ”

Thomas Hardy

Poeta y novelista inglés, siglo XIX

El modo en que nos vemos a nosotros mismos, en que entendemos a los demás y al mundo en general, es construido y moldeado en el ámbito familiar. En la familia aprendemos el trato que habremos de dar a nuestra pareja y a nuestros hijos. Ahí mismo aprendemos las reglas que nos permitirán explicar el mundo como lo entendemos. (Eguiluz Romo, 2003, p. 15)

Cada familia tiene su propio modo de percibir el mundo, su visión universal. Algunas familias ven el mundo fuera de grupo como algo que los nutre, un lugar positivo con gente solidaria que comparte esta visión universal de familia y que está dispuesta a brindar ayuda a los demás. Otras, en cambio, ven el mundo externo como amenazante y en el cual no pueden confiar, ya que suponen que serán rechazados a causa de su visión familiar. (Neil, 2006, p. 92)

Garibay Rivas (2013) señala que,

Por lo general se aprenden roles. En cada familia, los miembros asumen un rol que debe cumplir diversas funciones y ocupan un lugar, posición o espacio simbólico que son de tanta importancia que incluso aquellos que sienten no ejercer uno dentro del contexto familiar realizan notorios esfuerzos por conseguirlo. La exclusión de la familia resulta ser una experiencia en verdad dolorosa y difícil de superar para las personas. (p. 2)

Dentro de la familia se pueden aprender reglas, incluso algunas que tal vez entran en conflicto o se contraponen a otras más generales impuestas por la misma sociedad. Las reglas dentro de la familia le indican a cada uno de sus miembros qué conductas son apropiadas y cuáles no, quiénes pueden hacer qué y quiénes no. (Garibay Rivas, 2013, p. 2)

El ser humano aprende valores y creencias indicativas del propio tipo de valor que debe guardar hacia las personas y el valor que puede asignarse a sí mismo (autoestima, autodesprecio, egoísmo, individualismo) en las relaciones con los demás miembros (altruismo, cooperación, indiferencia); en consecuencia, según sea el papel y hasta cierto punto, asumido por él, y que este desempeña en mayor o menor medida, se conforma una idea de sí mismo (autoconcepto) y desarrolla, con base a las informaciones recibidas del medio y procesadas por la propia persona (al margen de que sean ciertas o no), una serie de creencias del mundo y del propio individuo (cosmovisión). (Garibay, 2013, p. 3)

¿Cómo llega la familia a tener determinadas creencias? ¿De dónde salen estas y qué papel desempeñan en nuestras vidas? Para responder estas interrogantes, me parece importante ubicar lo que llamamos familia y creencias en un paisaje más amplio: el de las relaciones y los significados. Nacemos y vivimos en relación con otros y de ahí surge el mundo de los significados, es decir, nuestras formas de conocer y actuar en el mundo, todo lo que consideramos importante, valioso o bueno. Desde esta perspectiva, es posible hablar de familia como una comunidad de significados, como un grupo de personas que hablan de sí mismas en términos de nosotros, que generan y comparten un conjunto de historias de “lo que quiere decir familia para nosotros”. (Ibarra Martínez, 2003, p. 55)

Ibarra Martínez (2003) explica que, “cuando alguien dice “yo” habla de una forma en que se separa, aunque sea momentáneamente, de los demás. Cuando alguien dice “nosotros” se vuelve parte de una red de relaciones, de una comunidad” (p. 55).

A lo largo de la vida, el individuo entra en distintas comunidades y sale de ellas: amigos, pareja, clase social, religión u otras. Si la persona siente que comparte algo con ese grupo, que piensa o actúa en forma percibida a los otros, es probable que hable en términos de nosotros: [...] “nosotros como familia”. En otros momentos, esa persona puede vivirse como alguien separado de los demás y decir: “yo creo”, “yo hago” o “yo siento”. Las personas transitan constantemente de un yo separado a un yo conectado con otros. (Ibarra Martínez, 2003, p. 56)

Boszormenyi-Nagy y Framo (1982), acentúan la importancia de las relaciones. Para el primer autor, lo indispensable al considerar a un grupo como familia, es que mantengan unos con otros una red de relaciones continuas y de significación emocional. Por mal que funcione y aunque cause problemas, esta red o sistema de relaciones mantiene a estas personas unidas en una estructura de obligaciones y expectativas reciprocas. Están emocionalmente entrelazados e interesados unos en otros. (Boszormenyi-Nagy y Framo, 1982; citado en Santaella Hidalgo, 2006, p. 47)

En el seno de la familia se aprenden diferentes tipos o formas de interacción con los demás. Estas formas se aprenden desde varios planos, como el verbal y el no verbal a partir de los cuales se elaboran inferencias y o suposiciones acerca de la forma en que el sujeto debe relacionarse con las personas allegadas, la manera en que debe comportarse con los individuos extraños, o bien con los próximos o los mayores, así como las personas del mismo sexo y las de género opuesto. (Garibay Rivas, 2013, p. 2)

La familia ajusta y modifica su estructura al entrar en contacto con los suprasistemas en que participa; por ejemplo, la escuela de los hijos, el sistema laboral de los padres o el vecindario. Todos estos sistemas influyen en la familia necesariamente con sus reglas, valores y creencias y ocasionan cambios en el grupo familiar. (Eguiluz Romo, 2003, p. 5)

La familia es un sistema entre otros sistemas. La exploración de las relaciones interpersonales y de las normas que regulan la vida de los grupos en que el individuo está más arraigado será un elemento indispensable para la comprensión de los

comportamientos de quienes forman parte de éstos. (Andolfi 1977; citado en Eguiluz Romo, 2003, p. 5)

Virginia Satir (2002a) menciona que, “la vida de la familia depende de la comprensión de los sentimientos y las necesidades subyacentes a los acontecimientos familiares cotidianos” (p. 16).

Satir (2002a) señala que, “las relaciones son los eslabones vivos que unen a los miembros de una familia; al explorar distintas partes de estas relaciones podrán alcanzar un mayor entendimiento del sistema en el que viven hoy” (p. 21).

En los trabajos de Virginia Satir (2002a) podemos encontrar las siguientes formulaciones,

¿Te agrada vivir con tu familia en la actualidad? [...] La vida en común era algo que daban por hecho [los individuos de un sistema]; si no se hacía evidente una crisis familiar, todos suponían que los demás estaban satisfechos. Quizá muchos miembros de la familia no se atrevían a enfrentar esa pregunta; consideraban que estaban atrapados dentro de la familia, para bien o para mal, y que no conocían medio alguno para cambiar su situación. (p. 23)

El segundo cuestionamiento que planteó, fue el siguiente, “¿Sientes que vives con amigos, con personas que te agradan y en quienes confías, y a quienes agradas y a su vez confían en ti? Esta interrogante siempre evocaba la misma respuesta de sorpresa: “Cielos, nunca la había pensado; es sólo mi familia”: ¡como si los miembros de la familia fueran diferentes del resto de la humanidad!”. (Satir, 2002a, p. 23)

El tercer cuestionamiento de Satir era el siguiente, “¿Ser miembro de tu familia es divertido y emocionante? Sí, hay muchas familias cuyos miembros consideran que el hogar es el lugar más interesante y satisfactorio que puede haber. Pero muchas personas viven muchos años con familias que representan una amenaza, una carga o un motivo de aburrimiento”. (Satir, 2002a, p. 23)

Garibay Rivas (2013) señala al respecto que, “la familia puede servir como un agente organizador de la experiencia, como centro de exploración, desarrollo, mantenimiento y modificación de un gran número de conductas y aprendizajes para sus miembros; entre estos últimos figuran los patrones de conducta. Dentro de la

familia se aprenden ciertas pautas que después se convierten en “la normalidad” para sus miembros en general y para el individuo en particular” (p. 2).

Desatnik Miechimsky (2004) establece que, “una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de modo tal que pueda seguir funcionando” (p. 55).

La familia posee una estructura que sólo puede observarse en movimiento. Las familias tienen preferencia por algunas pautas suficientes para responder a requerimientos habituales. Su fortaleza depende de su capacidad para movilizar pautas alternativas cuando las condiciones externas o internas exigen una reestructuración. Una familia se adapta al estrés de tal modo que éste mantiene la continuidad de la familia al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si una familia responde al estrés con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales. (Desatnik Miechimsky, 2004, p. 55)

Desatnik Miechimsky (2004) puntualiza que,

el sistema familiar se expresa a través de pautas transaccionales cuyo funcionamiento se da con base en reglas acerca de quiénes son los que actúan, con quién y de qué forma. Cuando se da una desviación respecto al nivel de tolerancia del sistema, es decir, cuando se sobrepasan los índices de equilibrio familiar, es cuando puede presentarse el síntoma. Es aquí donde el terapeuta tiene como interrogante: ¿Cuáles son las interacciones que se dan dentro de una estructura específica que llevaron a una desviación tal en la que el síntoma es “necesario” como un mecanismo regulatorio para que se mantenga la estabilidad familiar?. (p. 55)

Las concepciones sobre la normalidad y la salud se construyen socialmente e influyen en la evaluación y los objetivos clínicos establecidos para un funcionamiento familiar sano. La visión de la llamada familia «normal» es en gran medida subjetiva y está filtrada por los valores profesionales, la experiencia familiar personal y las normas culturales. (Walsh, 2012, p. 41)

Se asumen conceptos de anormalidad-normalidad en relación a las variables estructurales: los sistemas patológicos son rígidos en sus alianzas y coaliciones; los límites entre subsistemas son demasiado porosos o demasiado rígidos; las

personas se ven forzadas a entrar en ordenamientos triangulares, de forma que las jerarquías contienen alianzas intergeneracionales permanentes. (Ochoa de Alda, 1995, p. 142)

Para Santaella Hidalgo (2006), en general, “desde el enfoque sistémico es poco común hablar de familias enfermas, anormales y sintomáticas o patológicas; se habla de familias funcionales y disfuncionales” (p. 61).

Tabla 2. Tabla de la familia sana y disfuncional.

Familia Sana (Minuchin,1977)	Familia Disfuncional (Minuchin, 1977)
Proporciona a sus miembros una red de apoyo suficientemente estructurada.	Se aprecia mayor desequilibrio en el subsistema conyugal.
Ofrece a sus miembros una gama de reglas flexibles que permiten a cada uno un margen de elección e iniciativa personal.	La libertad de elección de cada uno de sus miembros queda disminuida hasta tal punto de limitarlos psicológicamente en todo su comportamiento.
Hay una clara definición de los subsistemas que alberga.	La definición de los confines entre subsistemas es confusa.
Posee un alto grado de diferenciación interpersonal.	La diferenciación personal es escasa.
Es eficaz en la función-guía de los padres.	La eficacia de la función de guía de los padres es muy escasa.
Los miembros no son intrusivos, tienen una percepción concreta y bien definida del resto los integrantes.	Los miembros de la familia son “intrusivos”.
Las alianzas son flexibles y temporales, establecidas en función de tareas a desempeñar.	Las alianzas terminan siempre en modelos rígidos.
Capaz de definir cuestiones que le afectan de modo claro y resolverlas satisfactoriamente.	Muestran una forma de comunicación alterada e irregular que les impide resolver conflictos.

(Santaella Hidalgo, 2006, pp. 61-62)

Ochoa de Alda (1995) al respecto señala que,

Se considera que un patrón de interacción es funcional cuando la organización estructural de un sistema se adecua a las exigencias de los contextos evolutivos y sociales que le corresponden. Una de las vías para determinar la adecuación es observar si las conductas, tareas o privilegios existentes son acordes a las edades cronológicas de los de los integrantes de la familia. Otro elemento esencial para evaluar la disfunción el ritmo de cambio durante las transiciones. Si es demasiado lento o demasiado rápido, la adaptación serpa problemática. (p. 129)

Clinicamente, las familias que padecen disfunciones tienden a un pesimismo innato, miran el mundo como un lugar amenazador. Escondido detrás de una aparente cooperación, existe una desconfianza manifiesta en la persona en sí misma y en los demás. Esto puede ser algo convenido entre los miembros de la familia o un acuerdo de paz superficial, en el cual se establece la premisa de nunca estar en desacuerdo. (Neil, 2006, p. 93)

Para Minuchin (1977) La familia disfuncional se da siempre que el sistema se convierta en cerrado al tiempo que aumenta para sus miembros las exigencias de obediencia a sus reglas. Por otra parte, la familia sana puede ser justamente denominada “familia eficaz” ya que ofrece más posibilidades de cara a su contribución al buen desarrollo integral de la personalidad de sus miebros. Por tanto, una familia sana, no es la que carece de dificultades sino aquella que sabe cómo encararlas, delimitarlas y buscar una vía de solución. (Minuchin, 1977; citado en Santaella Hidago, 2006, p. 62)

González Núñez (1999) señala que “existen cinco parámetros dentro de la estructura que nos permiten percatarnos de lo funcional o disfuncional de un grupo familiar. Tales parámetros son los siguientes: jerarquía o autoridad, límites, alianzas, territorio y geografía o mapa” (p. 114).

Autoridad

González Núñez (1999) señala al respecto, “todo sistema está jerarquizado. En la familia, la autoridad se distribuye en varios niveles y se manifiesta de diversas formas en cada contexto. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas” (p. 114).

González Núñez (1999) indica que “el funcionamiento eficaz requiere que los padres y los hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario” (p. 114).

Es muy importante que la autoridad quede bien definida en cada contexto familiar. Lo funcional consiste en que ésta sea compartida por los padres en forma flexible, pues si alguno de ellos la monopoliza en forma predominante es posible que el otro miembro de la pareja se sienta relegado. También es importante que ambos padres respeten entre sí las órdenes dadas a los hijos, ya que en caso contrario estarían descalificando su autoridad ante éstos. (González Núñez, 1999, p. 114)

González Núñez (1999) indica que, “en ciertas familias, alguno de los hijos es quien tiene todo el poder; otras veces lo tiene los abuelos o los tíos, aún por encima de los padres, lo cual es posible que genere conflictos” (p. 115).

Limites

Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Una familia bien organizada tiene sus límites definidos con claridad. Por ejemplo, los límites generacionales son aquellas líneas imaginarias que dividen los roles de padres e hijos y definen los derechos y obligaciones de los mismos; cuando los hijos interfieren demasiado en asuntos particulares de los padres se dice que no se están respetando los límites. (González Núñez, 1999, p. 115)

Es importante señalar que los límites de los subsistemas deben ser precisos para que se desarrollen las funciones sin interferencias, y lo bastante flexibles como para permitir el contacto entre los miembros de los subsistemas. Un sistema familiar que incluya a los abuelos puede funcionar de modo perfecto mientras que las líneas de responsabilidad y autoridad estén definidas con exactitud. (González Núñez, 1999, p. 115)

La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. En las familias amalgamadas (unidas en exceso), el individuo tiene una sensación exagerada de pertenencia a la familia que implica una mínima autonomía personal. En las familias desligadas (demasiado independientes), la autonomía personal es muy respetada aunque se pierde el

sentido de pertenencia al grupo familiar. Las familias funcionales han encontrado un justo medio entre el extremo amalgamado y el desligado. (González Núñez, 1999, p. 115)

Alianzas

Se llaman así a la liga abierta o encubierta entre dos o más personas de la familia. Las alianzas más funcionales son las que incluyen a miembros de la misma generación y del mismo sexo. Cuando estas ligas se establecen entre miembros de diferentes generaciones con el objeto de perjudicar a un tercero, se dice que se trata de una coalición; por ejemplo, cuando un hijo y su madre se asocian contra el padre. (González Núñez, 1999, p. 115)

Territorio

Se refiere al espacio que cada cual ocupa en determinado contexto. Un caso de poca territorialidad es cuando el padre sólo se limita a traer dinero al hogar. Otro caso es cuando en una familia se da preferencia a los hijos varones por el simple hecho de serlo, mientras que las hijas, por ser mujeres, quedan un tanto marginadas y con menor territorio. (González Núñez, 1999, p. 115)

Geografía

González Núñez (1999) “Se refiere a la representación gráfica de la organización familiar, que proporciona al terapeuta datos para entender la dinámica familiar” (p. 115).

Por lo tanto, el terapeuta [estructural] resulta muy directivo en su tarea de desequilibrar las pautas disfuncionales y conducir a la familia hacia otras nuevas más adaptativas. Al mismo tiempo que evalúa coparticipando con la familia, también redefine el problema y observa cuál es la disposición del sistema hacia el cambio. (Ochoa de Alda, 1995, p. 142)

Azar de Sporn (2010) señala que, “la construcción terapéutica de la realidad es creada para modificar –de manera rápida y eficaz– esas secuencias reiteradas de hechos y pautas disfuncionales de interacción iniciando, de este modo, el camino del cambio verdadero hacia el bienestar” (p. 34).

3. Terapia familiar

3.1. Fundamentos teóricos de la terapia familiar

Un estudiante le preguntó a la antropóloga Margaret Mead que cuál consideraba que fue la primera señal de civilización humana. El estudiante esperaba una respuesta tipo “lanzas para cazar” o “redes para pescar” o “vasijas para cocinar”. Pero no, la Dra. Mead dijo que la primera señal de civilización fue el hallazgo de un fémur que había estado fracturado y después había sanado. Mead explicó que en el reino animal, si te rompes un hueso, estás muerto. No puedes correr del peligro, no puedes caminar al río para beber agua, ni puedes cazar para comer. Te conviertes en presa para un predador. Ningún animal es capaz de tener un hueso roto y sobrevivir lo suficiente para sanarlo. Un fémur que estuvo roto y fue sanado, significa que alguien se quedó un tiempo para atender a esa persona lastimada, limpió su herida, la llevó a un lugar seguro, le dio de comer y beber y estuvo a su lado hasta su recuperación. “Ayudar a alguien en momentos difíciles, o cuando lo necesita es cuando comienza la civilización”, dijo la Dra. Mead. Somos civilizados y mostramos lo mejor de nuestra humanidad cuando servimos al prójimo.

Margaret Mead

Minuchin, Nichols y Wai-Yung (2011) señalan que, “los precursores de la terapia familiar nos enseñaron a ir más allá de las personalidades individuales para entender los patrones que las convierten en una familia, esto es, una organización de vidas interrelacionadas” (p. 19).

En el programa Diálogos en confianza la terapeuta Eda Lorna señala que, antes de hablar de la terapia familiar, debemos hablar de familia ¿Qué entendemos por familia? Es algo que muchos sabemos porque lo vivimos permanente, durante y a lo largo de toda la vida, antes de entrar al método, tratamiento y tipo de terapia, es importante definir qué es familia, y la familia se ha definido básicamente como un sistema abierto, que está en constante intercambio con el medio ambiente, conformado por integrantes o elementos, que mantienen una constante interdependencia unos con otros y lo que le puede suceder a uno de los miembros afecta necesariamente a los demás, también se ha comparado a la familia como un organismo vivo, que transita por un ciclo vital, entonces, la familia nace, crece, se desarrolla, envejece y muere y otra vez repetimos el ciclo. La terapia familiar es un tipo de tratamiento especializado para atender problemas y conflictos psicológicos y emocionales que se dan dentro de este sistema o grupo natural primario llamado familia. (Canal Once, 2013, 6 de agosto)

Al respecto Minuchin, Nichols y Wai-Yung (2011) señalan que,

la gran innovación de la teoría familiar sistémica fue, precisamente, el descubrimiento de que las vidas de las personas están entrelazadas de manera inextricable y que el comportamiento de los miembros de la familia es, en gran medida, consecuencia de las interacciones de unos con otros. (p. 19)

Las diferentes terapias basadas en esta premisa tenían el propósito de modificar la organización de la familia. Entonces pensábamos que cuando se transformaba la organización familiar, también cambiaba la vida de cada uno de los miembros de la familia. La terapia familiar floreció no solo por su efectividad, sino también porque nos ayudó a redescubrir la interconexión fundamental de la condición humana: la teoría familiar sistémica nos enseñó que la familia es más que un grupo de individuos, es un sistema, un todo organizado cuyas partes funcionan de manera tal, que trasciende sus características individuales. (Minuchin, Nichols, y Wai-Yung, 2011, pp. 19-20)

Virginia Satir (1986) en su libro terapia familiar conjunta, inicia con esta pregunta “¿Por qué existe la psicoterapia familiar? Y responde, los psicoterapeutas familiares se ocupan del dolor de la familia” (p. 1).

- Cuando una persona dentro de una familia (el paciente) sufre de algo que se manifiesta en síntomas, todos los miembros de la familia sienten ese dolor de alguna manera.
- Muchos psicoterapeutas han encontrado útil llamar al miembro que tiene el síntoma “paciente identificado”, o “PI”, en lugar de llamarlo como lo hace la familia “el enfermo,” “el raro,” o el “culpable.”
- El psicoterapeuta hace esto porque considera que los síntomas del paciente identificado cumplen una función familiar y también una función individual. (Satir, 1986, p. 1)

En sus esfuerzos por convertir a los miembros individuales de la familia en agentes autónomos por derecho propio, los terapeutas profesionales chocaron de frente con una fuerte oposición de la familia al crecimiento. Tal vez el individuo quisiera mejorar, pero se decía que la familia necesitaba alguien que interpretara el papel de enfermo. Los pacientes se convirtieron en pacientes identificados, chivos expiatorios a los que se sacrificaba para mantener el precario equilibrio de la familia. (Minuchin, Nichols, y Wai-Yung, 2011, p. 21)

Para Virginia Satir (1986) es importante señalar que,

los síntomas del PI son un “S.O.S.” para que alguien ayude a aliviar el dolor de sus padres y resuelva el equilibrio familiar resultante. Y los síntomas son un mensaje que revela que el PI está distorsionando su propio crecimiento como resultado de sus intentos de aliviar y absorber el dolor de sus padres. (p. 1)

Señala Satir (2002b) en torno al síntoma,

Es análogo a la luz de advertencia en el tablero de un auto. La luz al encenderse, anuncia que el sistema necesario para que funcione el auto tiene alguna forma de agotamiento, falta de armonía, lesión o limitación. Una o diversas partes pueden estar descompuestas; si una parte se descompone, todo el sistema resulta afectado. Lo mismo ocurre con la familia. (p. 178)

Sobre la comprensión del síntoma Satir (2002b) escribe,

“Percibo a la familia y al individuo de la misma manera. Pongo énfasis en la comprensión del mensaje de la luz, y luego busco los medios como los miembros de la familia se agotan, obstruyen o lesionan a sí mismos y a los demás”. (p. 178)

Virginia Satir (1986) indica que,

la psicoterapia familiar tiene que orientarse hacia la familia como un todo. Más adelante Satir menciona que diversos investigadores y psiquiatras observaron lo siguiente, notaron que al tratar de cambiar la forma de funcionar de un miembro de la familia, en realidad estaban tratando de cambiar la forma de funcionar de toda la familia. (pp. 2-3)

El paradigma de la terapia familiar sistémica postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia. Como consecuencia, se precisa tener en cuenta el funcionamiento familiar de conjunto y no sólo el del paciente identificado, al que se considera «portador» de un síntoma, que únicamente se entiende dentro de su contexto. En este sentido, la terapia familiar sistémica realiza una labor preventiva para que, una vez despojado el paciente de su síntoma, no haya otro miembro de la familia que lo «sustituya» generando a su vez otra conducta sintomática. (Ochoa de Alda, 1995, p. 9)

Chagoya y Chagoya (2017) señalan que la finalidad de este abordaje,

es modificar el sistema de interacciones en la familia. No se busca curar o transformar a solo un individuo. Al cambiar el sistema, los participantes cambian. Esto incluye la desaparición o disminución de los síntomas o comportamientos indeseables en el individuo problemático que motivaron el inicio del tratamiento. Es posible que aparezcan nuevos síntomas durante la terapia, a veces en otros miembros de la familia, o en las personas que funcionan como padres. Así, se descubren dificultades que los primeros síntomas encubrían. (p. 26)

Se presupone que los problemas del individuo, que la familia trae a tratamiento, se generan y se mantienen debido a la red de interacciones familiares disfuncionales. Por lo tanto, las intervenciones del terapeuta se dirigen hacia esa red y no solo hacia un miembro. El portador de los síntomas o los comportamientos indeseables no es una víctima inocente de la familia, participa en mantener la patología o disfuncionalidad del sistema, tanto como los otros miembros. El terapeuta busca definir y modificar el estatus; no se ocupa sólo del individuo enfermo o problemático. (Chagoya y Chagoya, 2017, pp. 26-27)

Ochoa de Alda (1995) nos indica que generalmente,

el origen de la sintomatología suele situarse en las dificultades y crisis a las que se ven sometidos los grupos familiares en su devenir vital. Las familias acuden a terapia cuando se ven impotentes, en parte porque perciben su problema como irresoluble a pesar de sus esfuerzos para solucionarlo. El terapeuta familiar se convierte en una persona que asiste a la familia en momentos de crisis, razón por la cual es sumamente importante que observe las facetas fuertes y los recursos que poseen sus miembros para generar una expectativa de lugar de control interno del cambio, de forma que por sí mismos puedan resolver los problemas que les aquejan. Por consiguiente, no se debe contemplar a la familia como un agente nocivo para la persona que porta que porta el síntoma, como un «estorbo» al que se culpa de la situación del paciente, sino más bien al contrario, como un grupo humano con capacidades y recursos para ayudar a sus componentes a superar los problemas e incluso salir renovados de la crisis. Por todo ello, el clínico debe transmitir muy claramente a la familia que necesita su cooperación y ayuda para poder obtener buenos resultados en el trabajo que van a realizar conjuntamente. (pp. 9-10)

Los síntomas más que desviaciones de la conducta normal se pueden interpretar como señales o signos de que algo está fallando en el ambiente, el miembro sintomático o portador del síntoma se ve obligado a producir síntomas para evitar la angustia que le genera estar inserto en sus sistema familiar.

Ochoa de Alda (1995) menciona que,

en las familias por ejemplo, se puede observar, una triangulación de desviación, de forma que los dos padres manifiestan ausencia de conflicto entre ellos y se muestran sólidamente unidos contra un hijo individual o una subunidad de hijos a los que utilizan como «chivo expiatorio». (p.130).

El integrante del sistema familiar que es el chivo expiatorio y sus síntomas reflejan diversos conflictos del grupo familiar, incluso conflictos que han persistido a lo largo de varias generaciones, este conflicto es reflejado como un malestar, el grupo observa a este integrante como el enfermo y los demás integrantes se desentienden de la situación pensándose como sanos, de esta forma se perpetua el mecanismo del chivo expiatorio. Podemos agregar que en el funcionamiento del síntoma, para el portador, resulta preferible la molestia del síntoma en comparación con la angustia que experimenta.

Ochoa de Alda (1995) señala que, “los síntomas del paciente identificado se desafían subrayando que se está sacrificando por la cohesión de la familia” (p. 143).

Ochoa de Alda (1995) indica que

también puede darse el caso de una, triangulación en la que dos miembros de distintas generaciones se unen en contra de un tercer componente de la familia; así, por ejemplo, dos progenitores en conflicto manifiesto o encubierto pueden intentar ganar la simpatía o el apoyo del hijo en contra del otro cónyuge. (p.130)

La terapia estructural postula que el síntoma se mantiene por la tendencia homeostática del sistema familiar a permanecer en el statu quo. Esto no quiere decir que los estados homeostáticos sean nocivos en sí mismos, sino que empiezan a serlo cuando no dejan espacio para el crecimiento y el cambio necesarios en el devenir vital de personas y familias. (Ochoa de Alda, 1995, p. 130)

El síntoma normalmente ofrece ganancias, en un primer momento la evitación de la agustía y el equilibrio-desequilibrado (una especie de equilibrio patológico) que se logra con ayuda del síntoma. Otro tipo de ganancia se logra cuando otros miembros del sistema se

alían al síntoma, nada existe de forma aislada en la visión sistémica. El síntoma a pesar de ser una fuente de dolor para el individuo, sigue siendo una forma de afrontar las exigencias familiares y las del mundo interno del individuo, una primera parte en el quehacer sistémico es bucar las causas que llevaron a la creación del síntoma.

Noción de sistema

La mayoría de estos investigadores se concentraron en el estudio de las propiedades de la familia como "sistema". Y por "sistema" habitualmente querían decir toda entidad cuyas partes covariaban entre sí y que mantenían equilibrio en una forma activada por errores. Hacían hincapié en la función desempeñada por los comportamientos sintomáticos, al ayudar a equilibrar o desequilibrar el sistema. (Hoffman, 1987, p. 27)

A pesar de todo el movimiento familiar representa más que un enfoque distinto a la terapia. Es una forma diferente de considerar el comportamiento, y se le puede describir como una clase de investigación de comunicaciones que enfoca las relaciones de la gente cara a cara en grupos vivos. (Hoffman, 1987, p. 27)

La familia se define como un grupo natural, en contraposición a los grupos artificiales que se utilizan con fines terapéuticos. El núcleo del tratamiento ya no es el individuo ni un «sistema» general, sino la organización del pequeño grupo de trabajo y la familia nuclear y extensa. Por primera vez comienzan a delinearse claramente las estructuras de las familias [...]. Sin desestimar la importancia de mantener los «límites» entre las generaciones, se enfatiza progresivamente el hecho de que toda organización es jerárquica. (Ochoa de Alda, 1995, pp. 18-19)

Ochoa de Alda (1995) señala que la denominación terapia familiar sistémica, incluye el concepto de «sistema»,

Un sistema familiar se compone de un conjunto de personas, relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo. Con objeto de definir quiénes pertenecen a un sistema son necesarios unos «límites», que por una parte funcionan como líneas de demarcación -individualizando un grupo frente al medio- y, por otra, como lugares de intercambio de comunicación, afecto, apoyo, etc. Entre dos sistemas o subsistemas. Los límites pueden ser extrasistémicos e intrasistémicos. Los primeros delimitan al sistema con el medio externo, mientras que los segundos

separan y relacionan los distintos subsistemas que forman el sistema más amplio.
(p. 19)

En un sistema familiar podemos observar principalmente las siguientes propiedades:

Totalidad: La conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativamente distinto, que incluye además las relaciones existentes entre ellos. [...] la evaluación de los individuos no puede deducirse el funcionamiento del grupo al que pertenecen, para ello es necesario obtener información de sus interacciones. (Ochoa de Alda, 1995, pp. 19-20)

Causalidad circular: Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de secuencia de conductas. Entre las conductas de los miembros de un sistema existe una codeterminación recíprocas, de forma que en una secuencia de conductas muy simplificada se observa que la respuesta de un miembro A del sistema la conducta de otro miembro B es un estímulo para que B a su vez dé una respuesta, que nuevamente puede servir de estímulo a A. [...]. Cuando hablamos de «secuencia sintomática» nos referimos al encadenamiento de conductas que se articulan en torno al síntoma reguladas por una causalidad circular. (Ochoa de Alda, 1995, p. 20)

Equifinalidad: Alude al hecho de que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema. (Ochoa de Alda, 1995, p. 20)

Equicausalidad: Se refiere a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. Esta propiedad y la anterior establecen la conveniencia de que el terapeuta abandone la búsqueda de una causa pasada originaria del síntoma. Como consecuencia, para ayudar a la familia a resolver el problema hay que centrarse fundamentalmente en el momento presente, en el aquí y ahora. Por tanto, la evaluación se orienta a conocer los factores que contribuyen al mantenimiento del problema –no a descubrir los factores etiológicos– de tal forma que se pueda influir en ellos para iniciar el cambio terapéutico. (Ochoa de Alda, 1995, p. 20)

Limitación: Cuando se adopta una determinada secuencia de interacción disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se

reitere en el tiempo. Si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema. (Ochoa de Alda, 1995, pp. 20-21)

Regla de relación: En todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes, ya que posiblemente el factor más trascendente de la vida humana sea la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí. (Ochoa de Alda, 1995, p. 21)

Ordenación jerárquica: En toda organización hay una jerarquía, en el sentido de que ciertas personas poseen más poder y responsabilidad que otras para determinar qué se va hacer. La organización jerárquica de la familia no sólo comprende el dominio que unos miembros ejercen sobre otros, las responsabilidades que asumen y las decisiones que toman, sino también la ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan a los demás. (Ochoa de Alda, 1995, p. 21)

Teleología: El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por lo que atraviesa, a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros. Este proceso de continuidad y de crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias, morfostasis y morfogénesis. (Ochoa de Alda, 1995, p. 21)

Se denomina homeostasis o morfostasis a la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio. Este concepto se emplea para describir cómo el cambio en uno de los miembros de la familia se relaciona con el cambio en otro miembro, es decir, que un cambio en una parte del sistema es seguido por otro cambio compensatorio en otras partes del mismo que restaura el equilibrio. (Ochoa de Alda, 1995, p. 21)

La tendencia del sistema a cambiar y a crecer recibe el nombre de morfogénesis; comprende la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones para manejar aquello que cambia, y la negociación de una nueva redistribución de roles entre las personas que forman la familia. (Ochoa de Alda, 1995, p. 21)

3.1.1. Breve historia de la terapia familiar

“Sin Minuchin, la terapia familiar podía haber quedado en el nivel batesoniano de la intelectualidad o el nivel eriksoniano del misterio”

Bertrando y Toffanetti (2004) señalan que, “la terapia familiar nace poco después del año 1950; es indudable que se trata de una disciplina nueva. Sus precursores no dejan de subrayar la novedad y la diferencia respecto a cada una de las prácticas terapéuticas ya existentes” (p. 25).

Ahora bien la terapia no surge de la nada. La consultoría matrimonial, la terapia sexual y la asistencia social quizá no la anticipaban [...] pero ciertamente contribuyen a extender la idea de que se puede intervenir en la familia y que puede valer la pena hacerlo. En la continuidad que representa la tradición de la consultoría y la asistencia social se inserta una discontinuidad: hablar de sanar a la familia, en lugar de aconsejar a la familia, marca un cambio de gran relevancia. A partir de este punto, la terapia familiar nace adoptando múltiples formas, con algunos elementos y numerosas divergencias que por diversas razones anticipan su futura evolución. Por tanto comprender el nacimiento de la terapia familiar significa encontrar un nexo entre la continuidad en la que se sitúa, la discontinuidad que ella misma representa y las numerosas, pero no infinitas, formas que asume. (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 25)

Hoffman (1987) indica que, “el movimiento familiar empezó cuando por primera vez fueron observadas personas con comportamientos sintomáticos en su hábitat familiar: en la familia, no en el consultorio médico” (p. 26)

Las reglas del establecimiento psicoanalítico prohibían la contaminación de la terapia mediante la inclusión de los parientes. Como resultado, el “tratamiento” se hacía casi siempre a guisa de investigación. Se desarrolló una antropología en el hogar en que los clínicos se pusieron a la cabeza; por primera vez, se hizo visible el marco familiar de los desórdenes psiquiátricos. (Hoffman, 1987, p. 26)

Salvador Minuchin señala que, terapia familiar comienza formalmente en 1956, apareció un artículo de Don Jackson, donde decía, el individuo no existe, el individuo sin contexto es un proceso imaginativo, en realidad todo individuo vive en un contexto y el contexto más significativo es la familia. (UBA psicología, 2015, 24 de febrero)

La terapia familiar surge en torno a los años 1952 a 1962, impulsada por circunstancias clínicas y de investigación. Taschman, citado por Jones (1980), señala cómo John Bell reivindica su protagonismo en acuñar el término «terapia

familiar» para designar una nueva modalidad terapéutica que trabaja con la familia como unidad de tratamiento. (Ochoa de Alda, 1995, p. 15)

En los años cincuenta se produce una multiplicación de las investigaciones que ponen de manifiesto la relación estrecha entre la familia como unidad social y la enfermedad mental. Aunque el enfoque terapéutico siga siendo psicoanalítico, el paciente es considerado como portador del síntoma de la patología de los miembros de la familia. Esta visión conduce a algunos terapeutas a tratar a todos los miembros de la familia juntos, ya que el aislamiento del paciente no puede llevar al éxito del tratamiento (al menos a término, ya que se supone que el paciente «curado» volverá a vivir en un medio patógeno). (Wittezaele y García, 1994, p. 199)

Los cambios en una disciplina no son del todo ajenos al contexto social, cultura o tecnológico. Conocer el “espíritu de la época” (lo que se denomina en alemán *Zeitgeist*) también es vital para comprender el desarrollo de la psicología. Esto es así ya que aquello que estudia una ciencia, su “objeto de estudio”, es siempre un objeto teórico, un objeto conceptual construido en un lugar y un tiempo. (Bur, y Nine, 2003, p. 5)

Los factores clínicos que desencadenan su «nacimiento» concurren cuando diversos terapeutas, de forma independiente, deciden entrevistar al grupo familiar para obtener más información sobre el miembro sintomático. La experiencia de observar la dinámica familiar desplaza el interés de lo intrapsíquico a las relaciones presentes entre los componentes de la familia. A partir de este momento tratan de explicar cómo influyen tales relaciones en la patología del paciente. Una vez establecidas estas variables relacionales, que en un principio abarcan sólo a algunos miembros de la familia y más tarde a toda ella, sus tratamientos se orientarán a cambiar dichas variables. (Ochoa de Alda, 1995, p. 15)

Foley (1974) considera a Nathan W. Ackerman como el precursor de la terapia familiar, por ser el primero en incluir en su enfoque terapéutico, otorgándoles la misma importancia, los conceptos intrapsíquicos e interpersonales. Ackerman sostiene que existe una continua interacción dinámica entre los factores biológicos que determinan la vida del ser humano y el medio social dentro del cual interactúa y que el conflicto interpersonal precede al conflicto intrapsíquico, que no es sino el resultado de conflictos interpersonales interiorizados. Afirma además que la

patología familiar se debe a la falta de adaptación a nuevos roles establecidos por el desarrollo de la familia. (Ochoa de Alda, 1995, p. 16)

No había terapia del padre ni de la madre ni de la familia, ni primera entrevista de terapia familiar. [...] el movimiento “simplemente crecía”. El principal ímpetu para su desarrollo procedió de la labor de investigadores como Nathan Ackerman, Murray Bowen, Carl Whitaker, Salvador Minuchin, Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, John Bell y Virginia Satir, para mencionar a unos cuantos. Estas personas, sus ayudantes y muchos otros, en ciudades por todos los Estados Unidos, llegaron a ser la espina dorsal de un nuevo y creciente movimiento de práctica e ideas. (Hoffman, 1987, p. 26)

Parafraseando al extraordinario escritor colombiano Gabriel García Márquez [“La vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda y cómo la recuerda para contarla], se podría afirmar que la historia no existe hasta que alguien la cuenta. Pues bien, la terapia familiar tiene muchos relatos de historias e infinitas posibilidades de ser relatada. Siendo una disciplina intermedia entre diversas culturas (la psicológica, la asistencial, la psiquiátrica, la social) formada por diferentes escuelas y científicos, convendría hablar, más que de «terapia familiar», de «terapias familiares», ya que cada modelo tiene su propia coherencia y su propia historia. (Gálvez Sánchez, 2004, p. 15)

En los siguientes apartados haremos una breve revisión de los principales postulados de las principales escuelas sistémicas, MRI de Palo Alto, California, la Terapia Estratégica, la Escuela de Milán y la Terapia Estructural.

3.2. Terapia del MRI de Palo Alto California

«Creo que el mejor regalo que puedo recibir de alguien es
Que me vea, que me escuche, que me entienda y que me toque.
El mejor regalo que puedo dar es ver, escuchar, entender y tocar a otra persona.
Cuando se ha hecho esto, siento que se ha establecido contacto.»

Virginia Satir

En 1952 inicia el proyecto de investigación sobre la comunicación de Gregory Bateson, quien se interesa por los procesos de clasificación de mensajes y por la forma en que puedan dar lugar a paradojas. La paradoja se produce cuando los mensajes de una comunicación encuadran a otros mensajes de manera conflictiva,

como por ejemplo «sé espontáneo», «no seas tan obediente» o «quiero que me domines», de forma que si el receptor obedece el requerimiento del emisor en realidad lo está incumpliendo. En 1954 Bateson se asocia con Don Jackson –quien se hallaba muy influido por la «psiquiatría interpersonal» de Sullivan– comenzando a estudiar la comunicación de los psicóticos, y desarrolla la teoría del doble vínculo que describe el contexto comunicacional de la esquizofrenia. La expresión «doble vínculo» alude precisamente a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico (Bateson, 1956; citado en Ochoa de Alda, 1995, pp. 16-17)

Hoffman (1987) señala que, “Gregory Bateson estaba encabezando un notable proyecto de investigación que intentaba clasificar la comunicación por niveles: niveles de significado, niveles de tipo lógico y niveles de aprendizaje” (p. 27).

“Posteriormente, Jay Haley y John Weakland pasan a formar parte del proyecto de Bateson, que se divide en un enfoque experimental y un proyecto de terapia familiar hasta su finalización en 1962” (Ochoa de Alda, 1995, p. 17).

La aparición del artículo “Hacia una teoría de la esquizofrenia” fue todo un suceso en el ámbito de la psiquiatría. En él se afirmaba por primera vez que la esquizofrenia podía ser considerada como un fenómeno comunicativo y que era el producto de las relaciones familiares. (Haley en Wittezaele y García, 1994). Las proposiciones establecidas en este artículo permitieron pasar de una explicación psiquiátrica tradicional, que considera el síntoma como algo inherente al hombre, a lo que empezaría a manejarse como una explicación centrada en el ámbito de la comunicación interpersonal o al contexto: “la enfermedad mental” empezó a considerarse dentro de patrones específicos de interacción. Los trabajos de Bateson y su equipo con las familias de los pacientes esquizofrénicos cumplieron un papel importante en el desarrollo de este postulado al percatarse de que la visión que se tiene del individuo es más útil y apropiada cuando se considera como parte de un contexto ecológico. Esta contribución de Bateson supuso entonces la “emancipación” del psicoanálisis, ya que el mencionado artículo define la locura y otros síntomas psiquiátricos como conductas comunicativas entre las personas y no como fenómenos intrapsíquicos. (Vargas Avalos, 2004, pp. 11-12)

Vargas Avalos (2004) indica que, “en el artículo se manejaron dos principios que con el tiempo dieron sentido de manera significativa a la terapia familiar sistémica. Dichos principios fueron: 1) la familia como sistema homeostático y 2) la hipótesis de doble vínculo” (p.12).

Al respecto Virginia Satir (1986) menciona que, “numerosos estudios han demostrado que la familia se comporta como si fuera una unidad. En 1954 Jackson introdujo el término “homeostasis familiar” para designar esta conducta” (p.1).

- Según el concepto de homeostasis familiar, la familia actúa como si deseara obtener un equilibrio en las relaciones.
- Los miembros ayudan a mantener este equilibrio en forma abierta y en forma encubierta.
- Las pautas de comunicación de la familia, repetitivas, circulares, y predecibles, revelan este equilibrio.
- Cuando la homeostasis familiar es precaria, los miembros hacen un gran esfuerzo para mantenerla. (Satir, 1986, p. 1)

En 1954, Jackson describió a la familia como un sistema cibernético gobernado por reglas, que busca la estabilidad a través de circuitos de retroalimentación (feedback) reactivados por errores; y propuso hablar de un síntoma como si actuara homeostáticamente para conservar el equilibrio familiar. Jackson insistió en la importancia de las reglas de intercambio que se instauran en las relaciones interpersonales: “la familia es un sistema regido por unas reglas: sus miembros se comportan de una manera repetitiva y organizada, y este tipo de estructuración de los comportamientos puede ser aislado como un principio rector de la vida familiar”. (Jackson, 1977; citado en Vargas Avalos, 2004, p. 12)

Para Jackson, el sistema familiar debía ser observado de manera concreta, en las acciones y reacciones de cada miembro de la familia con respecto a los otros. De esta manera, la atención se desplazó del individuo en sí al individuo visto como sistema, interactuando con los demás sistemas en el interior de un sistema de relaciones complejo y estructurado. (Jackson, 1968; citado en Wittezaele y García, 1994; citado en Vargas Avalos, 2004, p.12)

Al respecto, Hoffman (1987) señala que, “En 1956 se publicó el hoy famoso escrito, hipótesis de la doble atadura [también conocido como doble vínculo]” (p. 29).

El segundo principio (hipótesis de doble vínculo) fue planteado como un patrón de comunicación que se establece entre personas atrapadas en un sistema permanente que produce definiciones conflictivas de la relación. La expresión “doble vínculo” alude a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico (Bateson, Haley, Jackson y Weakland, 1976). Los participantes en el proyecto establecieron que una situación de doble vínculo se presenta cuando: a) dos o más personas participan en una relación intensa que tiene un gran valor para la supervivencia física y/o psicológica de una, varias o todas ellas, y b) cuando el mensaje está estructurado de modo que: 1) afirme algo, 2) afirme algo de su propia afirmación, 3) ambas afirmaciones sean mutuamente excluyentes, y 4) dado el tipo de relación que existe entre las personas, sea imposible que alguna de ellas se salga del marco establecido (op. cit.). (Vargas Avalos, 2004, pp. 12-13)

Este tipo de mensaje provoca que la persona que ocupa el nivel inferior en la relación deba dudar de sus propias percepciones y no tenga, por tanto, acceso a metacomunicarse. El sujeto ante esta situación queda sin ningún tipo de opción, y solamente puede salir si consigue elaborar un mensaje en un nivel lógico distinto (Bateson, 1976; citado en Vargas Avalos, 2004, p. 13)

La “doble atadura” describe un contexto de habituales callejones sin salida en la comunicación, impuestos unos a otros por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación. [...] Una doble atadura era, en esencia, una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel era solapadamente anulada o contradicha en otro nivel. “Domínate”, es un ejemplo relativamente no tóxico de la doble atadura. Aquí, la persona a la que se dirige sólo puede “dominar” obedeciendo... lo cual es lo opuesto de la dominación. Por tanto, es imposible responder a semejante petición. Como cualquier paradoja, hay que dividirla en sus dos niveles: 1) el manifiesto deseo de someterse, contradicho por 2) la orden implícita o explícita de que se obedezca al que habla. [...] La única manera en que se puede responder a tal petición es señalando cuán imposible es, burlarse de ella

o abandonar el campo. Pero cuando no es posible ninguno de estos cursos [...] entonces pueden surgir graves dificultades. (Hoffman, 1987, pp. 29-30)

Don Jackson, quien interviene como consultor en el proyecto de Bateson, funda en 1959 el Mental Research Institute (MRI). El grupo inicial estaba compuesto por Don Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir. En 1961 se incorporó Paul Watzlawick y cuando finaliza el proyecto de Bateson, se unen Jay Haley y John Weakland. La orientación del MRI se centra en las interacciones entre los miembros del sistema familiar e incorpora principios de la cibernética y de la teoría general de sistemas. Sus integrantes asumen que los problemas psiquiátricos derivan de los modos en que la gente interactúa dentro de la organización familiar. Consideran que, debido a la imposibilidad de acceder a las percepciones de las personas, la terapia ha de operar con las interacciones, con las conductas observables que se producen entre los individuos que viven dentro de contextos organizados como la familia, la escuela, el trabajo, etc. Definen que el funcionamiento familiar se organiza en torno a reglas, que son los principios reguladores de la vida de cada familia y que la disfunción emerge cuando las reglas se hacen ambiguas, provocando la desorganización del grupo. (Ochoa de Alda, 1995, pp. 17-18)

No es muy fácil explicar de manera lineal el periodo que se extiende de 1959, fecha de creación del MRI, a 1962 año en que termina el proyecto Bateson. [...] el grupo de Bateson y el equipo de MRI coexisten. Aunque trabajando en proyectos diferentes, los dos equipos se reúnen de vez en cuando, y todos los miembros del grupo Bateson se encontraran –con otros terapeutas procedentes de distintos horizontes– [...] ¿A qué grupo, por ejemplo, hay que atribuir la paternidad de las investigaciones sobre la familia? ¿Y los trabajos del [doble vinculo]? [...] Aunque podamos atribuir el crédito del «enfoque pragmático de la comunicación» a Paul Watzlawick y a los otros autores de la Teoría de la comunicación humana, éste se apoya explícitamente en las investigaciones de Bateson. [Y otros trabajos], demuestran la imposibilidad de atribuir de manera unívoca los diferentes [créditos] a un equipo o al otro y los propios autores lo reconocen. (Wittezaele y García, 1994, p. 227)

Habrá que esperar a la marcha de Bateson para que el MRI desarrolle un enfoque más exclusivamente terapéutico e imponga su originalidad en el medio de la terapia familiar. Nos referimos a ese período, que va de 1963 a 1968, como la edad de oro del MRI. [...] 1968 corresponde a la muerte de Jackson, a la marcha de Haley y de Satir y a los comienzos del Centro de terapia breve. (Wittezaele y García, 1994, p. 229)

Inicio de desarrollo clínico del MRI

Para Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson (1991) resulta evidente que,

la comunicación es una condición sine qua non de la vida humana y el orden social. También es obvio que desde el comienzo de su existencia, un ser humano participa en el complejo proceso de adquirir las reglas de comunicación, ignorando casi por completo en qué consiste ese conjunto de reglas, ese calculus de la comunicación humana. (p. 17).

Cuando dejamos de utilizar la comunicación para comunicarnos, y la usamos para comunicar algo acerca de la comunicación, utilizamos conceptualizaciones que no son parte de la comunicación, sino que se refieren a ella. [...] hablamos aquí de metacomunicación. (Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson, 1991, p. 41)

A continuación se describirán algunos Axiomas exploratorios de la comunicación humana.

La imposibilidad de no comunicar

En lo que antecede, el término “comunicación” se utilizó de dos maneras: como título genérico de nuestro estudio, y como una unidad de conducta [...] seguiremos denominando simplemente “comunicación” al aspecto programático de la teoría de la comunicación humana. Para las diversas unidades de comunicación (conducta) [...]. Así se llamará mensaje a cualquier unidad comunicacional singular o bien se hablará de una comunicación cuando no existen posibilidades de confusión. Una serie de mensajes intercambiados entre personas recibirá el nombre de interacción. (Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson, 1991, p. 49)

Hay una propiedad de la conducta que no podría ser más básica por lo cual suele pasársela por alto: no hay nada que sea lo contrario de conducta. En otras palabras no hay no-conducta, o, para expresarlo de modo aún más simple, es imposible no comportarse. Ahora bien, si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por ende, también comunican. (Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson, 1991, p. 50)

Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson (1991) “En síntesis cabe postular un axioma metacomunicacional de la pragmática de la comunicación: no es posible no comunicarse” (p. 52).

Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación

Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson (1991) “Señalamos que toda comunicación implica un compromiso y por ende, define la relación. Esta es otra manera de decir que una comunicación no sólo transmite información sino que al mismo tiempo, impone conductas” (p. 52).

El aspecto referencial de un mensaje transmite información y, por ende, en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. Puede referirse a cualquier cosa que sea comunicable al margen de que la información sea verdadera o falsa, válida, no válida o indeterminable. Por otro lado, el aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y, por ende, en última instancia, a la relación entre los comunicantes. (Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson, 1991, p. 52)

Si volvemos ahora a la comunicación humana, observamos que esa misma relación existe entre los aspectos referencial y conativo: El primero transmite los “datos” de la comunicación, y el segundo, cómo debe entenderse dicha comunicación. “Esta es una orden” o “sólo estoy bromeando” constituyen ejemplos verbales de esa comunicación acerca de una comunicación. La relación también puede expresarse

de forma no verbal gritando o sonriendo o de muchas otras maneras. Y la relación puede entenderse claramente a partir del contexto en el que la comunicación tiene lugar. (Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson, 1991, p. 55)

La capacidad para metacomunicarse en forma adecuada constituye no sólo condición sine qua non de la comunicación eficaz, sino que también está íntimamente vinculada con el complejo problema concerniente a la percepción del self y del otro. (Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson, 1991, p. 55)

Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson (1991) concluyen que, “toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación” (p. 56).

La puntuación de la secuencia de hechos

Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson (1991) señalan que,

la siguiente característica básica de la comunicación que deseamos explorar se refiere a la interacción –intercambio de mensajes– entre comunicantes. Para un observador, una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios. Sin embargo, quienes participan en la interacción siempre introducen lo que siguiendo a Whorf (1955), ha sido llamado por Bateson y Jackson la “puntuación de la secuencia de hechos. (p. 56)

Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson (1991) señalan, “no se trata aquí de determinar si la puntuación de la secuencia es, en general, buena o mala, pues resulta evidente que la puntuación organiza los hechos de la conducta y, por ende resulta vital para las interacciones en marcha” (p. 57)

Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson (1991) “La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones” (p. 58).

En la psicoterapia de parejas, a menudo sorprende la intensidad de lo que en la psicoterapia tradicional se llamaría una “distorsión de la realidad” por parte de ambos conyugues. A menudo resulta difícil creer que dos individuos puedan tener visiones tan dispares de muchos elementos de su experiencia en común. Y, sin embargo, el problema radica fundamentalmente en un área que ya se mencionó en numerosas ocasiones: su incapacidad para metacomunicarse acerca de su respectiva manera de pautar su interacción. (Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson, 1991, p. 59)

Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson (1991) semana que, “así, podemos incorporar un tercer axioma de la metacomunicación: La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes” (p. 60).

Comunicación digital y analógica

La comunicación humana, es posible referirse a los objetos, –en el sentido más amplio del término– de dos maneras totalmente distintas. Se los puede representar por un símil, tal como un dibujo, o bien mediante un nombre. [...] Estos dos tipos de comunicación –uno mediante una semejanza autoexplicativa y el otro, mediante una palabra– son, desde luego, equivalentes a los conceptos de las computadoras analógicas y digitales, respectivamente. Puesto que se utiliza una palabra para nombrar algo, resulta obvio que la relación entre el nombre y la cosa nombrada esta arbitrariamente establecida. Las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo con la sintaxis lógica del lenguaje. (Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson, 1991, p. 62)

Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson (1991) señalan que por otro lado, “en la comunicación analógica hay algo particularmente “similar a la cosa” en lo que se utiliza para expresarla. Es más fácil referir la comunicación analógica a la cosa que representa” (p. 63).

¿Qué es, entonces, la comunicación analógica? La respuesta es bastante simple: virtualmente, todo lo que sea comunicación no verbal. [...] Opinamos que el término debe incluir la postura, los gestos, la expresión facial la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras mismas, y cualquier otra

manifestación no verbal de que el organismo es capaz, así como los indicadores comunicacionales que inevitablemente aparecen en cualquier contexto en que tiene lugar una interacción. (Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson, 1991, p. 63)

Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson (1991) señalan que en síntesis, “si recordamos que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional cabe suponer que comprobaremos que ambos modos de comunicación no solo existen lado a lado, sino que se complementan entre sí en cada mensaje” (p. 65).

Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson (1991) “Asimismo, cabe suponer que el aspecto relativo al contenido se transmite en forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógica” (p. 65)

Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones. (Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson, 1991, p. 68)

Interacción simétrica y complementaria

Puede describirse como relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia. En el primer caso, los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca y así su interacción puede considerarse simétrica. Sean debilidad o fuerza, bondad o maldad, la igualdad puede mantenerse en cualquiera de esas áreas. En el segundo caso, la conducta de uno de los participantes complementa a la del otro, constituyendo un tipo distinto de gestalt y recibe el nombre de complementaria así pues la interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima mientras que una interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia. (Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson, 1991, p. 69)

Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson (1991) señalan que,

En una relación complementaria hay dos posiciones distintas. Un participante ocupa lo que se ha descrito de diversas maneras como la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria estos términos son de igual utilidad en tanto no se los identifique con “bueno” o “malo”, “fuerte” o “débil”. Una relación complementaria puede estar establecida por el contexto social o cultural [...] o ser el estilo idiosincrásico de relación de una díada particular en cualquiera de los dos casos es importante destacar el carácter de mutuo encaje de la relación en la que ambas conductas, disímiles pero interrelacionadas, tienden cada una a favorecer a la otra. Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al tiempo que se ofrece motivos para ella: sus definiciones de la relación encajan. (pp. 69-70)

Watzlawick, Beavin Bavelas, y Jackson (1991) puntualizan que, “todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios según que estén basados en la igualdad o en la diferencia” (p. 70).

El cambio y Más de lo mismo

Watzlawick, Weakland, y Fisch (1976) señalan que, “el proverbio francés, según el cual cuanto más cambia algo, más permanece lo mismo, es algo más que un ingenioso juego de palabras. Es una expresión maravillosamente concisa de la extraña y paradójica relación que existe entre persistencia y cambio” (p.21).

La teoría de los grupos nos proporciona una base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable; la teoría de los tipos lógicos no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase, es decir, entre sus miembros, pero nos proporciona una base para considerar la relación existente miembro y clase y la peculiar metamorfosis que representan las mutaciones de un nivel lógico al inmediatamente superior, Si aceptamos esta básica distinción entre ambas teorías, se deduce que existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece modificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo. (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1976, p. 30)

Watzlawick, Weakland, y Fisch (1976) señalan que para poner un ejemplo de esta distinción

en términos más conductistas: una persona que tenga una pesadilla puede hacer muchas cosas dentro de su sueño: correr, esconderse, luchar, frotar, trepar por un acantilado, etc. Pero ningún cambio verificado de uno de estos comportamientos a otro podrá finalizar la pesadilla. En lo sucesivo designaremos a esta clase de cambio como cambio 1. El único modo de salir de un sueño supone un cambio del soñar, al despertar. El despertar, desde luego, no constituye ya parte del sueño, sino que es un cambio a un estado completamente distinto. Esta clase de cambio la denominaremos en lo sucesivo cambio 2. [...] Cambio 2 es por tanto cambio del cambio. (p. 31)

Por lo general lo que promueve el cambio (incluso en determinados aspectos del crecimiento y del desarrollo) es la desviación con respecto a alguna norma. Cuando llega el invierno y comienza a descender la temperatura, las habitaciones han de ser caldeadas y se han de llevar ropas de más abrigo. Es decir: el cambio resulta necesario para restablecer la norma, tanto para la comodidad como para la propia supervivencia. El cambio deseado se verifica mediante aplicación de lo contrario que produjo la desviación (por ejemplo: calor contra frío) [...]. Si esta acción correctora resulta insuficiente, la aplicación de más de lo mismo da eventualmente lugar al efecto deseado. (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1976, p. 51)

En la vida real, si bien ciertos problemas humanos pueden continuar a un nivel constante de gravedad, hay muchos que no permanecen igual durante mucho tiempo, sino que tienden a aumentar y acentuarse si no se alcanza ninguna solución o la solución alcanzada es errónea y sobre todo si se aplica más de lo misma solución equivocada. Cuando esto sucede, la situación puede permanecer similar o idéntica desde el punto de vista estructural, pero la intensidad de la dificultad y del sufrimiento impuesto aumenta. (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1976, p. 52)

Watzlawick, Weakland, y Fisch (1976) señalan que, “por más antiguo que sea un problema, nadie parece haber encontrado un camino para modificarlo y existen así motivos para creer que no tiene solución” (p. 53).

En la psicoterapia conyugal, se puede observar frecuentemente cómo ambos esposos adoptan comportamientos que cada uno de ellos considera como la reacción más apropiada frente a algo mal hecho por el otro. Es decir, cada uno de ellos considera el comportamiento correctivo particular del otro como aquel comportamiento que precisa corrección. Así por ejemplo una mujer, puede tener la impresión de que su marido no es lo suficiente abierto a su respecto, como para decirle dónde va, qué es lo que piensa, qué es lo que hace cuando está fuera de casa, etc. Como es natural, intentará obtener la información que desea dirigiéndole preguntas, vigilando su comportamiento y sometiéndole a prueba de otros modos. Si él, por su parte, considera la conducta de su mujer demasiado entrometida, se negará a proporcionarle una información que en sí puede ser bastante inocente y carecer de importancia –«para enseñarle a no meterse en lo que no le importa»–; pero en lugar de conseguir que ella renuncie a esa actitud, tal tentativa de solución no solamente no da lugar a que ella cambie de comportamiento en el sentido que él desea, sino que hace que aumenten las preocupaciones y la desconfianza de ella: «si no me quiere contar ni esas, pequeñas cosas, es que debe haber algo más». Cuanto menos la informa él, más insistirá ella en enterarse, y cuanto más insista ella, tanto menos cederá él. Cuando por ultimo acudan al psiquiatra, este diagnosticará el comportamiento de la esposa como de celos patológicos, siempre que no preste atención al modo de interacción de los conyugues y a las soluciones que intentan y que constituyen el auténtico problema. (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1976, pp. 55-56)

En determinadas circunstancias, pueden surgir problemas como mero resultado de un intento equivocado de cambiar una dificultad existente y esta clase de formación de problemas puede surgir en cualquier aspecto del funcionamiento humano: individual, dual, familiar, sociopolítico, etc. En el caso de los dos esposos que acabamos de mencionar, el observador tiene la impresión de que se trata de dos marineros, inclinando cada uno de ellos a un lado de la barca a fin de mantener el equilibrio de está; cuanto más se incline uno de ellos fuera de la borda, tanto más

se ha de inclinar el otro para compensar la intensidad creada por el primero en sus tentativas para estabilizar la embarcación, mientras que esta última permanecería bastante estabilizada a no ser por los acrobáticos esfuerzos de sus tripulantes. No resulta difícil observar que para hacer cambiar tan absurda situación, uno de ellos debe hacer algo que parece bastante irracional, es decir: inclinarse menos y no más fuera de la borda, ya que ello forzará inmediatamente al otro a hacer lo mismo (a no ser que quiera acabar cayendo al agua) y así ambos acabarán confortablemente instalados en el interior de la embarcación, permaneciendo ésta bien equilibrada. (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1976, pp. 56-57)

Watzlawick, Weakland, y Fisch (1976) concluyen que, “el cambio 1, sean cuales sean las propiedades del grupo implicadas, resulta incapaz de efectuar el cambio deseado, ya que aquí es la propia estructura del sistema la que ha de experimentar un cambio, y ello puede ser tan sólo efectuado al nivel de cambio 2” (p. 58).

3.3. Terapia Estratégica

“Si bien los eventos catastróficos son una fuente de gran dolor, también pueden sacar lo mejor de ti y ayudarte a crear un futuro aún más convincente para ti y para los demás. ”

Cloé Madanes

Ochoa de Alda (1995) señala que,

Jay Haley y Cloé Madanes dirigen el Instituto de terapia familiar de Washington y han desarrollado un enfoque de terapia familiar estratégica muy influido por la terapia de Milton Erickson. Sostienen que el terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica –basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad– que permita resolver los problemas del cliente, siendo uno de los principales objetivos del tratamiento ayudar a las familias a superar las crisis que enfrentan en su devenir vital. (p. 175)

Galicia Moyedo (2004) señala que, “se considera que Jay Haley fue quien acuñó el término estratégico para referirse a aquella terapia en que el profesional traza la intervención específica para el problema que se le presenta” (p. 81).

La terapia estratégica es definida por Haley (1980) como aquella en la que, el terapeuta lleva en gran medida la iniciativa y en la que tiene que identificar

problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado para ver si ha sido eficaz”. Asimismo, considera que la terapia estratégica “no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. (Galicia Moyedo, 2004, p. 81)

Cloé Madanes (2019) afirma que,

las estrategias son el resultado de mis intentos encaminados a encontrar la esencia del modo en que se puede cambiar a la gente, y cambiarla en lo fundamental. La terapia apunta a lo esencial o no apunta nada. El terapeuta lucha por la comprensión clara y consciente del estigmatizado, el sórdido, el perverso, el feo. Esta comprensión requiere cierta complicidad en la experiencia del mal y de la patología. (p.13)

Haley analiza a la familia como una organización social que, por lo mismo, debe ser vista en términos jerárquicos; la familia es una organización en la que se establecen jerarquías y se elaboran reglas sobre quienes tienen más poder y estatus, así como sobre quiénes juegan los niveles secundarios.(Galicia Moyedo, 2004,p. 85)

Al respecto Garibay Rivas (2013) señala que,

Haley asevera que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente, que las somete a niveles conflictivos de comunicación, y cuyo efecto es la conducta sintomática. Por esta razón, también se debe evaluar e intervenir en la red social, incluidos los profesionales que tienen poder sobre el paciente identificado. (p. 60)

Haley (1987) manifiesta que la conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones, dentro de la jerarquía. Paralelamente, defiende que la organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas, integradas en la secuencia sintomática. (Ochoa de Alda, 1995, p. 176)

Al respecto, se puntualiza que,

Un punto importante es que todas las parejas deben compartir el poder y organizarse de tal forma que el control y la responsabilidad se repartan equitativamente entre ambos. Este poder no sólo se refiere a la posibilidad de dominar al conyugue, sino también de reconfortarlo y cuidarlo. A veces la pareja resuelve la lucha por el poder generando un síntoma, pero en ese caso se instaura una incongruencia jerárquica en la pareja o en la familia. La patología se conceptúa como un ciclo en que la pareja maneja el predominio de un conyugue sobre el otro centrándose bien en un conflicto matrimonial, bien en el síntoma de un esposo o de un hijo (Madanes, 1984; 1990 citado en Ochoa de Alda, 1995, pp. 176-177)

Cuando el paciente identificado es un conyugue, se halla en una posición inferior al otro –quien trata de ayudarlo y hacerlo cambiar–, pero a la vez en una posición superior, por cuanto se niega a ser ayudado y a cambiar. Si abandonara la conducta sintomática perdería su posición superior respecto del otro. Asimismo, si el esposo «normal» lograra influir en el sintomático para que abandonase el síntoma, perdería la posición superior de ser el miembro no sintomático de la pareja. Por lo tanto, ambos ocupan simultáneamente una posición superior e inferior, contribuyendo así a perpetuar el problema en su lucha por conservar las posiciones de poder. (Ochoa de Alda, 1995, p. 177)

Por ejemplo, (Madanes, 1984; citado en Ochoa de Alda) señala que, “en las familias en las cuales el paciente identificado es uno de los hijos, éste se convierte en una fuente especial de preocupación para los padres, que intentan ayudarlo para que deje de tener el síntoma” (1995, p. 177).

Interesa conocer qué piensa sobre el problema cada componente de la familia, razón por la cual el terapeuta menciona tras la fase de saludos que los ha citado a todos para recabar sus opiniones. Se puede empezar a preguntar de diferentes maneras, cada una de las cuales puede determinar el curso de la entrevista. (Ochoa de Alda, 1995, p. 179)

Garibay Rivas (2013) señala que,

el objetivo del tratamiento no se limita al problema presentado en la primera sesión, sino que también incluye los nuevos que surgen a medida que se estrecha la relación entre

la familia y el terapeuta. La finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conducta inadecuada que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar. Por consiguiente, el terapeuta debe impedir que se formen coaliciones que rebasen los límites generacionales y que el síntoma se utilice para regular de manera encubierta la distribución del poder familiar. (p. 60)

En “hacia una teoría de los sistemas patológicos”, comenta Haley una estructura trídica que, en su opinión, siempre causará tensiones en un sistema social. Llama a esto el “triángulo perverso” o la coalición intergeneracional, y observa que parece coincidir con manifestaciones indeseables como violencia, comportamiento sintomático o disolución del sistema. (Hoffman, 1987, p. 109)

Las características de este triángulo son:

1. Debe contener a dos personas del mismo nivel en una jerarquía de status y una persona de un nivel distinto. En una familia, esto significa dos miembros de la misma generación y uno de otra generación.
2. Debe abarcar una coalición de dos que se encuentran en distintos niveles contra uno que quedaba restante. Debe establecerse una distinción entre una alianza, que puede basarse en intereses comunes y no abarcar un tercer partido, y una coalición, en que dos personas se unen contra o con exclusión de una tercera.
3. La coalición contra la tercera persona debe mantenerse oculta. Es decir, el comportamiento que indica que existe semejante coalición será negado al nivel metacomunicativo. En suma, Haley dice que el triángulo perverso es aquel en que la separación entre generaciones queda esbozada en forma encubierta. (Hoffman, 1987, p. 110)

Niveles de la interacción familiar

Aunque los integrantes de una familia se dañen entre sí, su motivación básica es ayudarse, manifestando que probablemente como partes de un organismo más amplio –el sistema familiar– reaccionen frente a las señales de dolor que presentan en cualquier lugar del mismo (Madanes, 1984; citado en Ochoa de Alda, 1995, p. 176)

Madanes (2019) señala que, “en la terapia, una cuestión controvertida ha sido la de si existe un dilema básico que la humanidad afronta y del que derivan todos los otros dilemas humanos” (p. 21).

Se puede pensar que todos los problemas que precisen terapia derivan de la oposición entre el amor y la violencia. La cuestión principal pero los seres humanos es le deciden amarse, protegerse y ayudarse entre sí, o entrometerse, dominar y controlar, haciendo daño y ejerciendo la violencia sobre los demás. El problema se complica porque el amor implica instrucción, dominio, control y violencia, Y por qué se puede ejercer violencia en nombre del amor, la protección y la ayuda. Cuanto más intenso es el amor, más cerca está de la violencia, en el sentido de posesividad intrusiva. (Madanes, 2019, p. 21)

Al respecto, Galicia Moyedo (2004) señala que, “Madanes sostiene que todos los problemas en la terapia nacen del dilema entre el amor y la violencia, y que la labor del terapeuta será cambiar las metáforas de violencia por metáforas de amor” (pp. 98-99).

Nivel 1. Dominio y control

Galicia Moyedo (2004) “Este comportamiento metafórico es considerado en el nivel más bajo, pues pareciera que los individuos se relacionan con el fin de dominarse unos a otros” (p. 99).

En una dimensión están las personas que luchan por controlar su propia vida y la de los demás. Los miembros de la familia se oponen entre sí, de modo que el problema que presentan puede ser comprendido del mejor modo como un intento de obtener poder sobre otros miembros. El poder se utiliza para lograr ventajas personales; las personas están motivadas principalmente por el deseo de satisfacer necesidades egoístas, y las relaciones son sobre todo de explotación. La meta de cada individuo es dominar en su propio beneficio. La principal emoción compartida es el miedo. El terapeuta tiene que redistribuir el poder entre los miembros de la familia, y cambiar el modo como se usa, apartando las personas de los deseos egoístas y llevándolas hacia el deseo de ser amadas. Los problemas típicos son la delincuencia, algunas formas de uso de drogas, los problemas de conducta y el comportamiento estrafalario. Las estrategias adecuadas son cambiar la implicación de los padres y de los otros parientes, negociar privilegios y obligaciones entre los

miembros de la familia, corregir al que se beneficia con la situación, y cambiar rituales y normas. (Madanes, 2019, p. 22)

Los sentimientos predominantes son el temor y el dolor. Aunque aparentemente la familia esta desunida o desarticulada, en realidad están altamente implicados unos con otros. El terapeuta tiene que redistribuir el poder entre la familia, ya sea corrigiendo la jerarquía, fomentando negociaciones y contratos, cambiando los beneficios o impartiendo rituales y ordalías. (Galicia Moyedo, 2004, p. 99)

Madanes (2019) señala que,

en la dimensión del control, a las personas les interesa principalmente dominarse unas a otras y luchar por el control y el poder. Los problemas típicos son la delincuencia, algunas formas de abuso de drogas, los problemas de conducta y la conducta extravagante. El control y el dominio se logran por medio de la intimidación y la explotación. Los terapeutas necesitan redistribuir el poder entre los miembros de la familia y cambiar el modo de usarlo al fin de que, en lugar de temor al castigo, prevalezca la protección y la atención. (pp. 32-33)

Muchos de los primeros terapeutas familiares consideraron los problemas presentados a la terapia en este nivel como luchas por el poder. Por lo tanto, algunas de las técnicas típicas de la terapia familiar se desarrollaron con la idea de que las personas se relacionan sobre todo para controlarse recíprocamente, Y para competir por el poder. (Madanes, 2019, p. 33)

Madanes (2019) señala que,

en este nivel, la comunicación entre los miembros de la familia se centra en metáforas de crimen, guerra y castigo. El distanciamiento entre parientes se presenta como una separación total, cuando, en realidad, hay una intención de implicación. Las diferencias se consideran irreconciliables, cuando, en realidad, las personalidades chocan porque son similares. (p. 33)

Es característico de estos casos hallar a un adulto joven drogadicto, delincuente, fuera de control. El problema presentado a terapia puede ser un joven físicamente amenazador para sus padres, que golpean a la gente y no respeta la propiedad. O bien una conducta extravagante, que asuste a los padres porque en ella subiese una amenaza de violencia. (Madanes, 2019, p. 33)

Madanes (2019) úntualiza que, “para esta primera dimensión, las estrategias terapéuticas adecuadas son: corregir la jerarquía, negociaciones, contratos, cambios de los beneficios, y rituales y pruebas” (p. 33).

Corrección de la jerarquía

Esta estrategia consiste básicamente en organizar a los padres para que se hagan cargo de la familia. Cuando los adolescentes o los adultos jóvenes son antisociales o incontrolables (delincuentes drogadictos y violentos), y los padres son razonablemente benévolos, a estos últimos se les puede encargar que establezcan el control sobre su prole, acordar ciertas reglas y consecuencias si no se las respeta. También los abuelos y otros parientes pueden hacerse cargo de los niños. Se trata de que los parientes de más edad proporcionen la orientación bondadosa necesaria para reorientar al joven hacia una conducta socialmente aceptable. Al hacerlo, los parientes mayores se verán unidos por el problema y resolverán los conflictos que inicialmente pueden haber causado una herida al joven. El terapeuta introduce metáforas de las reglas y acuerdos que aseguran la tregua, la paz y la supervivencia, y el castigo y la compensación justos (Haley, 1980; Madanes, 1981; citado en Madanes, 2019, pp. 33-34)

Madanes (2019) señala que,

una meta de la terapia es restituir a los padres una posición en la jerarquía en la que puedan proteger y ayudar al niño. El terapeuta necesita conseguir que aflore y la tolerancia y la bondad de los padres, teniendo presente la idea de que en el fondo estos quieren ceder poder a sus hijos. Padres e hijos deben ser alentados a perdonarse los abusos de poder que pudieron haberse producido cuando la jerarquía era confusa. La lucha despiadada por la ventaja personal debe convertirse en el deseo de ser amado, y ese amor debe proporcionarse dentro de la familia. Esto incluye el amor paternal, tanto como el de hermanos y otros parientes. (p. 34)

A veces, para restaurar la protección paternal es necesario que los profesionales pierdan el poder. Un trabajador de los Servicios de Protección puede estar entrometiéndose en una familia, y acusando disputa y violencia: un supervisor de libertad condicional tal vez esté despojando de autoridad a los padres; algún maestro quizás agobia a un niño o lo discrimina. El terapeuta tiene que defender los derechos de la familia, por ejemplo, transfiriendo a una abuela el poder que el

trabajador de los Servicios de Protección o el padre la autoridad del supervisor, y organizar a los progenitores para que protejan al niño y defiendan su integridad ante el sistema Judicial o el sistema escolar. (Madanes, 2019, p. 34)

Negociaciones y contratos

Madanes (2019) señala que,

cuando las personas tratan de dominar y controlar, el terapeuta necesita ayudarlos a negociar y llegar a acuerdos. Las negociaciones sobre el dinero, los hijos, los parientes, el tiempo libre y el sexo forman parte de toda terapia matrimonial y familiar. El terapeuta ayuda a los miembros de la familia a expresar sus preferencias y a pactar entre ellos. Estas negociaciones suelen documentarse con contratos escritos. Tal vez toda la labor de la terapia consiste en negociar un contrato y estimular a la familia a respetar sus términos. (p. 35)

Hay muchas variaciones posibles de esta estrategia pero el principio es simple: hacer que las consecuencias de la violencia sean más desagradables para el agresor que para la víctima. Se pueden establecer acuerdos entre marido y mujer o padre hijo con el fin de prevenir la confrontación. Las discusiones económicas pueden ser metáforas de acuerdos sexuales; la infidelidad sexual puede expresar conflictos con los suegros, etcétera. A veces es posible vincular los síntomas de dos miembros de la familia con un contrato de manera tal que cambien ambos. Por ejemplo, si el hijo es delincuente y el padre obeso, y ellos se quieren entre sí, es posible establecer un contrato por el cual por cada semana que el hijo no cometa ningún delito el padre perderá un kilo de peso. Éste tipo de contrato tiene éxito cuando entre el padre y el hijo hay amor y deseo de ayudar, de modo que cada uno de renuncia a sus síntomas como un sacrificio por el bien del otro. (Madanes, 2019, p. 35)

Cambio de los beneficios

Madanes (2019) señala que,

a veces una familia en recompensa los actos hostiles con atención y preocupación. En tales casos es útil intervenir la situación para que la utilidad de un miembro de la familia dé como resultado la gratificación y no el sufrimiento de los otros. Por ejemplo, cuando un hermano es muy bueno y otro muy malo, el terapeuta puede

acordar que, cada vez que el malo se porte mal, el bueno reciba un regalo un privilegio especial. No se castiga el hermano malo sino que se premia al bueno. No sólo se resuelve el problema presentado sino que además cambia la relación entre los hermanos. (pp. 35-36)

Rituales y pruebas

Los rituales son útiles para subrayar la transición entre etapas sucesivas de la vida familiar o de una relación. La intensidad dramática del ritual tiene que ser proporcional a la severidad del problema tratado en la terapia. Para problemas pequeños, una fiesta de cumpleaños o un viaje de visita a parientes tal vez sean apropiados, una transición importante puede requerir, por ejemplo, una ceremonia de renovación de los votos matrimoniales. (Madanes, 2019, p. 36)

Madanes (2019) indica que,

Los rituales son particularmente indicados cuando las personas tienen que superar hechos realmente dolorosos que se han provocado unas a otras. El ritual significa que el pasado queda atrás, y que ahora hay un nuevo principio. En la terapia de una pareja en la que el esposo había maltratado a la esposa, y ella había intentado matarlo, se les pidió que se cortaran el pelo, lo pusieron en una vasija, la llevaron a las cimas de la montaña a la que George Washington subió con su esposa, Martha, cuando eran novios, y que lo enterraran bajo cierto árbol. Junto con su pelo enterrarían su pasado y las cosas horribles perpetradas. No obstante, sabiendo que su pelo estaba enterrado podían volver al pie del árbol cuando necesitaran recordar el pasado para no repetirlo. Tal vez te diga que cortarse el pelo es un tanto excesivo pero cuando el problema es un intento de asesinato el remedio no parece tan grave. Cuanto más extremado sea el problema, más extremado será el ritual ideado por el terapeuta. Los rituales son metáforas que unen a las personas de un modo positivo. (p. 36)

Las pruebas u ordalías son particularmente apropiadas para los problemas de autoviolencia, las obsesiones y las compulsiones. Es una estrategia que no debe utilizarse ante ciertos casos, como la depresión o el abuso de drogas el adicto a sustancias químicas y la persona deprimida carecen de la motivación suficiente para cumplir con una prueba y el terapeuta le resultará difícil motivarlos. Se puede utilizar la prueba con personas motivables, que concurren voluntariamente a la terapia

y que no tiene ninguna duda de que desean superar el síntoma. (Madanes, 2019, p. 37)

Madanes (2019) señala que “por lo general, un drogadicto no acude voluntariamente al tratamiento y no suele estar claro que quieran librarse de la adicción” (p. 37).

Nivel 2. Ser amado

La segunda dimensión engloba las dificultades resultantes del deseo de ser amado. Los miembros de la familia libran una lucha por estar atendidos, lucha que suele conducir a la violencia autoinfligida. Por ejemplo, un niño busca el castigo como un modo de obtener atención. Una esposa desarrolla un síntoma incapacitante con la esperanza de suscitar la preocupación del esposo. La rivalidad, la discriminación, el antagonismo y los desacuerdos suelen basarse en el deseo de ser especialmente favorecido. El deseo de ser amado y apreciado puede sacar a la luz las mejores cualidades una persona, pero también puede desembocar una irracionalidad, egoísmo y daño. La emoción principal entre los miembros de la familia es el deseo. Las necesidades nunca parecen satisfacerse plenamente, y siempre frustración y malestar. El terapeuta tiene que redistribuir el amor y cambiar el modo en que se usa, transformando el deseo de ser amado en el deseo de proteger y amar a los demás. Los problemas típicos son los síntomas psicósomáticos, la depresión, la angustia, las fobias, los desórdenes en la alimentación y la soledad. Las interacciones se caracterizan por excesivas exigencias y críticas. Las estrategias adecuadas son cambiar la manera en que los padres se relacionen con los hijos, la descripción del síntoma o de algún aspecto del síntoma, la prescripción de un acto simbólico y la prescripción de la simulación del síntoma. (Madanes, 2019, pp. 22-23)

Galicia Moyedo (2004) señala que,

Cuando los comportamientos de un individuo se ven motivados por el deseo de ser amado, se pueden presentar metáforas a través de síntomas psicósomáticos, depresión, angustias, fobias, soledad y trastornos de alimentación. De esta forma, los miembros de la familia se involucran en una lucha por recibir cuidados que en muchas ocasiones los lleva realizar los actos violentos con que se dañan a sí mismos. El deseo (“de ser amado”) es lo que prevalece en la demanda de la familia,

donde, por lo mismo, siempre existe una idea de frustración y malestar. Las estrategias que puede emplear el terapeuta pueden ser varias, por Madanes sugiere metáforas lúdicas o de fingimiento que alejen los conflictos del nivel físico y los lleve a un plano más abstracto, mental y relacional. Los miembros de la familia pueden actuar los síntomas en la sesión, en vez de experimentarlos interiormente. (p. 100)

El involucramiento paterno ya existe, pero está dirigido hacia la conducta problema; de lo que se trata ahora es que se oriente hacia otros aspectos del comportamiento que sigue el individuo identificado. De esta forma se presta atención a otras acciones, y la atención a la conducta inadecuada [...] se reduce de manera real o en la impresión de quienes se encuentran involucrados, promoviendo en ellos cambios positivos. (Galicia Moyedo, 2004, p.100)

Madanes (2019) señala que,

En la primera dimensión, las personas están motivadas por el deseo de dominar a otros para satisfacer necesidades egoístas. En la segunda dimensión, la motivación es el deseo de ser amado. Los problemas típicos son síntomas psicósomáticos, depresión, angustias, fobias, desórdenes en alimentación y soledad. Los miembros de la familia están interesados en una lucha por ser atendidos que a menudo conduce a violencia autoinfligida. Por ejemplo, un niño procura ser castigado como un modo de atraer la atención, aunque sea de tipo negativo. Un cónyuge puede desarrollar un síntoma incapacitante y con la esperanza de suscitar la preocupación de su compañero o compañera. (pp. 38-39)

La rivalidad, la discriminación y el antagonismo suelen basarse en el deseo de verse favorecido especialmente. Las interacciones se caracterizan por exigencias y críticas excesivas. El terapeuta necesita redistribuir el amor entre los miembros de la familia, convirtiendo el deseo de ser amado en el deseo de amar y proteger. (Madanes, 2019, p. 39)

La comunicación se centra en metáforas de lucha, dolor y vacío interior. Es característico que, cuando una persona se disgusta, otra se enferme. La cólera provocada por otros se convierte en dolor interno. Los miembros de la familia pueden invadirse en sus funciones físicas, determinando, por ejemplo, lo que el otro debe o no comer; en el otro extremo, pueden ser totalmente indiferentes a las necesidades básicas de amor y comodidad. Los límites están mal definidos, y las

personas intercambian la percepción de sentimientos simétricos en un nivel visceral. Falta la complementariedad necesaria para que un individuo se sienta amado. Los temas de las metáforas son la necesidad de identidad, las partes y funciones físicas, y las enfermedades. Hay preocupación por el sexo y por ciertas posesiones materiales. El chantaje y la manipulación reemplazan la confrontación directa. Se habla principalmente sobre las necesidades y los deseos insatisfechos. (Madanes, 2019, p. 39)

Madanes (2019) indica que,

Entre las estrategias adecuadas del terapeuta se incluye la introducción de metáforas de simulación y juego para apartarlos conflictos del nivel concreto, físico, en el que los experimentamos, y para acercarlos a un reino abstracto, mental y de relación. Los símbolos sirven como marcos y las acciones se realizan simbólicamente. En un caso, a una madre que debía cuidar a un niño enfermo se le proporciono un uniforme de enfermera para simbolizar el dar amor a través de la acción, y no a través de la identificación. Otro ejemplo, un niño de doce años de tendencias pirómanas prendía junto a su padre fuegos controlados jugando con un peligro fingido, en vez de arder de frustración y cólera. (p. 39)

El terapeuta prepara metáforas de satisfacción y reafirmación en situación de metáforas de vacío y deseo. Se confunden deliberadamente la realidad y la fantasía. El mensaje “esto es dolor” se reemplaza por el mensaje “esto es un juego”. Cuando las personas están irracionalmente sombrías, la introducción de aspectos lúdicos puede suscitar nuevas conductas y generar nuevas alternativas. Lo que hace posible el cambio es la capacidad del terapeuta para ser optimista, y ver el aspecto divertido o atractivo de una situación triste. (Madanes, 2019, p. 40)

Madanes (2019) establece que,

para esta dimensión, en la que las personas buscan ser amadas, las mejores estrategias son: cambiar el modo como los padres se relacionan con los hijos, prescribir el síntoma o algún aspecto de síntoma, prescribir un acto simbólico y prescribir la simulación del síntoma. (p. 40)

Cambiar el grado de implicación de un progenitor

Es posible que el terapeuta observe que a conducta conflictiva del niño tiene la función de involucrar a un progenitor distante, que entonces interactúa con el hijo o la hija al castigarlos. La estrategia consiste en comprometer al progenitor con el hijo de modo positivo, por ejemplo mediante juegos compartidos, a fin de que el niño no necesite portarse mal para sentir que está relacionándose con el padre o con la madre (Haley, 1976; Minuchin, 1974; citado en Madanes, 2019, p. 40)

Madanés (2019) señala que, “En lugar de permanecer distante, un progenitor puede implicarse en exceso con un síntoma, pero no en otras áreas de la vida del niño. Una estrategia consiste en mantener a padre e hijo en una intensa interacción en torno de otras cuestiones” (p. 40).

Una estrategia similar es cambiar el recuerdo de la relación de un adulto con sus padres en el pasado. Esta estrategia resulta útil con personas atormentadas por la baja autoestima, debida a recuerdos de haber sido victimizadas por sus padres. La estrategia consiste en decir que tuvo que haber alguien bondadoso en la infancia de la persona, alguien tal vez olvidado, pero que tuvo que existir, y cuya influencia explica las buenas cualidades que el sujeto despliega en el presente. Se puede sugerir que quizá fue una abuela, un tío o una tía, o bien un maestro. Lentamente, el cliente empezará a recordar a alguien. Y a basarse constructivamente en ese recuerdo. Nuestros recuerdos de la infancia solo son unos pocos episodios aislados, a los que atribuimos significado y continuidad. Suponemos que, porque recordamos un episodio, este es representativo de muchos episodios similares. Cuando se recordaba el recuerdo de una persona bondadosa, el terapeuta puede decir que, si se han recordado una o dos buenas acciones, tienen que haber muchas más. También se puede sugerir que, cada vez que pasa por la mente un mal recuerdo, se lo contrarreste con los recuerdos recién hallados, por ejemplo, de la abuela bondadosa. La persona llevará dentro de sí esta imagen para contrarrestar la del progenitor cruel. (Madanés, 2019, p. 41)

Nivel 3. Amar y proteger

Madanés (2019) señala que,

La tercera dimensión abarca el deseo de amar y proteger otros. Desear amar y proteger puede sacar a la luz nuestras mejores cualidades de compasión, devoción, generosidad y bondad. También puede suscitar intrusividad, posesividad,

dominación y violencia. A menudo la instrucción y la violencia se justifican en nombre del amor. Los padres que castigan “por el bien del niño”, el amante que domina para proteger, el maestro que critica para iluminar: todos son ejemplos válidos del amor que puede conducir a la violencia. Un miembro de la familia impotente para cuidar a un ser querido recurre a medios indirectos. Un niño distrae de sus problemas a la madre desarrollando miedos irracionales o atacando sin piedad a quienes los rodean. La madre, preocupada, pero sacrificándose comprometiendo sus propios deseos, sus logros y su realización. Éste amor es también violento en su mecánica manipulativa. (p. 23)

Lo indicado en estos casos es emplear metáforas de unión, amor y felicidad. La acción del terapeuta debe ser la de modificar el modo en que los miembros de la familia se protegen y aman entre sí, y para ello puede valerse del recurso de dotar de poder a los hijos para que ayuden a sus padres (inversión de la jerarquía) a reconciliar y reunir a los miembros de la familia a fin de curar viejas heridas; puede orientar a la familia hacia el futuro creando situaciones especiales que sean gratas y cuyo recuerdo perdure; igualmente buscará la realización de acciones reparadoras. Cambiar los papeles también resulta útil; en esta situación donde la persona x presenta el problema z para proteger a la persona y, la estrategia consistiría pedirle a la persona y que presente simuladamente el comportamiento z, y de esta manera inducir a la persona x a ayudarla, lo que produce una disminución del comportamiento inadecuado. (Galicia Moyedo, 2004, p.101)

Madanes (2019) puntualiza que,

En la primera dimensión, las personas se ven motivadas por el deseo de dominar, y en la segunda dimensión, por el deseo de ser amadas. En la tercera dimensión, la motivación es el deseo de amar y proteger a otros. El deseo de amar y proteger puede sacar a la luz nuestras cualidades superiores de compasión, generosidad y bondad. También puede suscitar instrucciones, posesividad, dominación y violencia. Esa intrusión y esa violencia suelen justificarse en el nombre del amor. Los problemas típicos tratados en la terapia son las amenazas e intentos de suicidio, los malos tratos y la desatención, la culpa, las obsesiones, los ataques de ira y los desórdenes de pensamiento. El terapeuta debe cambiar el modo como los miembros de la familia se protegen y aman entre sí. (p. 47)

La comunicación entre los miembros de la familia se centra en la muerte, la desesperanza, el agotamiento, la pérdida de control y la culpa. Lo característico es que, cuando una persona de la familia está perturbada, otra se quiere morir. Las metáforas suelen referirse a cárceles, trampas y pérdida de libertad. Las personas sienten que han perdido el control de sus propios pensamientos y de sus vidas, puesto que las acciones de un individuo tienen repercusiones de vida o muerte sobre los otros miembros de la familia. Algunos de ellos compiten por la posición más culpable y autodestructiva, mientras que otros son idealizados como seres afectuosos y dignos de amor y protección. El terapeuta tiene que introducir metáforas de unidad, amor, diversión y felicidad, invirtiendo los roles de los que ayudan y de los que son ayudados. En la terapia, la familia interpreta lúdicamente situaciones en las que los padres son desvalidos y los hijos les ayudan. El amor es reorientado y aceptado. Cuando los hijos reconfortan y aconsejan a sus padres, la esperanza reemplaza a la desesperación. Los miembros de la familia que han perdido el control, o que presentan tendencias suicidas, recuperan el control cuando aconsejan y ayudan a los otros. (Madanes, 2019, pp. 47-48)

Madanes (2019) señala que para esta dimensión,

la mejor estrategia es reunir a los miembros de la familia, cambiar los roles de quién ayuda a quién, dar poder a los niños para que ayuden adecuadamente a los padres y orientar a todos hacia el futuro y actos de reparación. (Madanes, 2019, p. 48)

Madanes señala que es importante reunir a los miembros de la familia sobre todo, cuando un problema tratado en la terapia se relaciona con el dolor de la separación y la exclusión respecto de un ser querido, la tarea del terapeuta consiste en reconciliar y reunir a los miembros de la familia, y en curar viejas heridas, para que la separación ya no sea necesaria. (Madanes, 2019, p. 48)

Madanes (1981) señala que,

al cambiar los roles de quién ayuda a quién, a veces la función del síntoma consiste en ayudar a algún otro, y para la persona afectada el beneficio es altruista. Por ejemplo, la hija de una madre depresiva realiza un intento de suicidio, y la mujer se ve obligada a superar su depresión para ayudar a la hija. El intento de suicidio de la hija ayuda a la madre, en cuanto hace que se recobre y se comporte como una

madre con una hija que la necesita. (Madanes, 1981; citado en Madanes, 2019, p. 49)

Dar poder a los niños para ayudar adecuadamente

Esta estrategia es útil cuando los padres se presentan como incompetentes, físicamente enfermos, drogadictos o alcohólicos, despóticos o negligentes. Los hijos aman y protegen a los padres pero estos no brindan amor y protección a los niños. No se pide nada al progenitor o progenitores. Se encarga a los hijos un aspecto de la vida de sus padres: su felicidad. El terapeuta pregunta a los hijos: ¿Cómo podrían tus padres organizar sus vidas para ser más felices? ¿Deben salir con más frecuencia? ¿Ir al cine? ¿A restaurantes? Quizá podrían irse un fin de semana al campo, o cenar con velas en casa, servidos por los hijos, que también cocinarían para ellos. A medida que la discusión avanza, el terapeuta alienta a los hijos a hacer sugerencias concretas; por ejemplo, qué películas deberían ver sus padres, a qué restaurante tendrían que ir etcétera. Se puede sugerir a los hijos que se hagan cargo de sí mismo y de un progenitor, de organizar a los padres para que tengan una mejor relación y sean más felices, de administrar el hogar y preparar diversiones familiares. Todo esto de manera apropiada a la edad y con un sentido lúdico, a fin de que los muchachos no se sientan sobrecargados; todo lo contrario, se los alivia para que pueden expresar su amor y cuidar a los padres. En realidad, los hijos no están al mando. Toda la organización es un juego, participa más de la fantasía que de la realidad. Los padres se conmueven cuando experimentan el amor de sus hijos y responden con la misma moneda, reestructurando la jerarquía y haciéndose responsables de sí mismos y de sus hijos (Madanes, 1984; citado en Madanes, 2019, pp. 50-51)

Podríamos pensar que esperar que los hijos inicien el cambio, y ayuden a sus padres, supone imponerles una carga excesiva. Pero el hecho es que en estas familias los hijos ya tienen esta responsabilidad. El terapeuta solo los organiza para que ayuden con más eficacia y menos sacrificio personal. De hecho, a los hijos les proporcionan una gran satisfacción tener una función de ayuda para que los padres abiertamente reconocida y apreciada. (Madanes, 2019, p.51)

Nivel 4. Arrepentirse y perdonar

En la cuarta dimensión, la principal cuestión entre los miembros de la familia es arrepentirse y perdonar. Cuando los individuos se han infringido traumas, y sufrido injusticias y violencia, las interacciones se caracterizan por el pesar, El resentimiento, las mentiras, el secreto, el engaño, las autoacusaciones, el aislamiento y la disociación. La principal emoción es la vergüenza por lo que sea ha hecho, por lo que sea reprimido y dejado de hacer, o por qué no se puede perdonar. Para que los miembros de la familia sigan relacionándose entre sí, el terapeuta necesita redistribuir la vergüenza. A menudo se culpa a las víctimas, y eso debe cambiar. Cuando el terapeuta clarifica quien le hizo qué a quién, El deseo de evitar la responsabilidad de inculpar debe convertirse en el deseo de ser compasivo y sentirse unido con los otros. Los problemas típicos son el incesto, y le abuso sexual, el intento de asesinato y los actos sádicos. Las estrategias adecuadas son crear una atmósfera emocional superior, encontrar protectores para las víctimas y suscitar arrepentimiento, perdón, compasión y sensación de unidad con los otros. (Madanes, 2019, p. 24)

Galicia Moyedo (2004) señala que,

la emoción predominante en la familia es la vergüenza por lo que se ha hecho, por lo que no se ha hecho o por lo que no se puede perdonar. [...] todo lo cual produce una comunicación intrafamiliar escasa que gira en torno del secreto, de la mentira, el resentimiento, la aflicción y la autodenigración, y que se mezcla con metáforas conductuales de ignorancia, falta de conciencia y falta de responsabilidad. La motivación de la familia es el arrepentimiento y el perdón, que el terapeuta deberá aprovechar para redistribuir la carga de la vergüenza, que se ha depositado con exceso en la víctima. (pp. 101-102)

Madanes (2019) señala que “la comunicación entre los familiares se caracteriza por ser pobre y sobre todo secreta. Temen hacer revelaciones que provoquen más vergüenza: no, obstante, el secreto perpetúa los problemas manteniendo alianzas indebidas” (p. 59).

El terapeuta introduce metáforas de espiritualidad y unidad, subrayando símbolos de compasión, de emociones superiores. Los miembros de la familia deben ser llevados paso a paso desde el abuso hasta el arrepentimiento, la reparación y la protección del otro. Se enfatizan la realidad y la responsabilidad, mientras que el

secreto y la hipocresía se reemplazan por la comunicación y la sinceridad. (Madanes, 2019, p. 59)

Madanes (2019) indica que “para esta dimensión, las mejores estrategias se basan en crear una atmósfera de emociones superiores, encontrar protectores para las víctimas de la familia, hacer aflorar el arrepentimiento, el perdón, la compasión y un sentido de unidad familiar” (p. 59).

Crear un marco positivo

Madanes (2019) señala que “esto incluye mejorar la calidad de vida y crear una atmósfera de emociones superiores. El terapeuta se esfuerza por mejorar la comunicación, la autoafirmación y la aptitud para dar y recibir amor” (p. 59).

A menudo el terapeuta necesita elevar a las personas desde el abismo de sus situaciones hasta un mejor modo de ser. Es útil iniciar las sesiones, y también recordarlo con asiduidad, señalando que los pacientes están allí por amor y preocupación recíprocos, y en busca de un mejor modo de ser y de relación entre ellos. Estos comentarios del terapeuta impiden interacciones coléricas y hostilidades mezquinas entre los miembros de la familia. (Madanes, 2019, p. 59)

El humor y el uso del absurdo son partes importantes de esta estrategia. Cuando las personas están irracionalmente sombrías, la introducción del juego puede suscitar nuevas conductas y generar nuevas alternativas. Lo que posibilita el cambio es la aptitud del terapeuta para ser optimista y percibir lo divertido o atractivo de una situación sombría. (Madanes, 2019, p. 60)

3.4. La Escuela de Milán

“Lo que encadena a una dependencia afectiva es poder lograr, tarde o temprano, hacerse amar de quién no quiere amarnos.”

Mara Selvini Palazzoli

Hoffman (1987) señala que,

En 1968, año en que falleció Jackson, las ideas del grupo de Bateson cruzaron el océano y arraigaron en tierra italiana. Mara Selvini Palazzoli, analista de niños había estado trabajando durante muchos años con niños anoréxicos. Decepcionada por sus resultados e impresionada por la literatura sobre terapia familiar que le llegaba

de Palo Alto, decidió descartar todos los elementos de pensamiento psiquiátrico y adoptar una orientación puramente sistémica. (p. 266)

En 1967, Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil y especialista en anorexia nerviosa, fundó el Instituto de la Familia en Milán, invitó a Luigi Boscolo, Giofranco Cecchin y Giuliana Prata; fueron fuertemente influidos por Jackson, Haley, Watzlawick y Bateson. En 1972 iniciaron una investigación con familias en las que algunos de sus miembros mostraban conductas psicóticas y otros contaban con un diagnóstico de esquizofrenia. Los reportes de esta investigación se encuentran en su libro Paradoja y Contraparadoja. (Rodríguez González, 2004, p.161)

Hoffman (1987) indica que,

Los Asociados de Milán [como ahora se hacen llamar], aunque influidos por el grupo de Palo Alto, evolucionaron en otra dirección, crearon una forma lo bastante distinta para ser considerada una escuela por méritos propios. En Europa, donde su enfoque ha despertado gran interés, se emplea el término “sistémico” para describirlo. Desde el principio, el grupo utilizó un formato insólito. Trabajan (o así lo hacían cuando se publicó paradoja y contraparadoja) en dos parejas, con una mujer y un hombre terapeuta en la habitación con la familia, y un hombre y una mujer tras una pantalla por la que sólo se puede ver a un solo lado [Más recientemente, solo un terapeuta dirige la entrevista, y de uno a tres pueden hallarse ocultos tras la pantalla]. Periódicamente los observadores pueden llamar a uno de los terapeutas fuera de la habitación para ofrecerle una sugerencia o pedirle mayores informes. Hacia el fin de la sesión, los terapeutas irrumpen para una consulta con los observadores, y durante este tiempo los cuatro comparten opiniones, y aparecen con una intervención o una recomendación. Esto puede ser un ritual, una tarea o una prescripción. Procede de todo el equipo y es compartido con cada miembro de la familia. Es una carta, y se envía o da una copia a cada uno. A veces, si un miembro importante de la familia no se ha presentado a una sesión, se le enviará una copia de una carta en que se le haga notar su ausencia. (Hoffman, 1987, pp. 266-267)

Al respecto Hoffman (1987) señala que.

en una intervención de doble atadura terapéutica [idea de Bateson], se pide al cliente que no cambie en un contexto en que se había esperado se le ayudara a cambiar. Si resiste la orden, cambia; si no cambia, ha hecho lo que el terapeuta le ha pedido

que haga. En ambos casos, el terapeuta mantiene su autoridad. Por lo general, la “resistencia” del cliente al terapeuta triunfa sobre él, y decide cambiar. (p. 284)

Hoffman (1987) “Los asociados de Milán, al adoptar la misma posición, elaboraron la idea de la doble atadura terapéutica, llamada para ellos una “contraparadoja” y utiliza como piedra angular de una elegante, intrincada y lógica metodología del cambio” (p. 268).

Comprender que el enemigo al que debe atacar el clínico no es ningún miembro de la familia y ni siquiera la propia familia malfuncionante, sino lo que ellos llaman el “juego” familiar. La forma en que describen este juego recuerda elementos de la teoría de control, de Haley, de la comunicación en las familias de esquizofrénicos, según la cual cada persona trata de obtener un control de las reglas de la familia, mientras niega que los esté haciendo. A menos que todos se pongan de acuerdo o bien puedan convenir en las reglas del juego familiar no podrá ganarlo nadie, desde luego, ni tendrá fin; en un eterno ciclo, el juego acerca del juego, o el metajuego, sigue siempre adelante. (Hoffman, 1987, p. 269)

Ochoa de Alda (1995) señala que,

La piedra angular de todos los componentes del antiguo Grupo de Milán ha sido y sigue siendo el «juego familiar», concepto ciertamente abstracto que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos y de la familia en conjunto. Por tanto la evaluación tiene por objeto conocer cuál es el juego familiar –sobre el que establece una hipótesis inicial de trabajo– juego que en los sistemas que presentan una patología deja de ser adaptativo para facilitar un buen funcionamiento familiar como sucede en las familias no patológicas. Lógicamente, las diversas técnicas de intervención se dirigen a alterar dicho juego, cambiando las reglas rígidas y constreñidas por otras más flexibles y complejas. (p. 60)

Hoffman (1987) indica que, “como tales juegos no son manifiestos, sólo podemos inferirlos de las comunicaciones que se efectúan en la familia” (p. 269).

El juego y el mito familiar pertenecen al nivel del significado que preside el nivel conductual, al conferir una interpretación establecida a las acciones e interacciones familiares. La familia «patológica» no percibe las variaciones que sus conductas sufren con el tiempo, porque su sistema de significados o creencias permanece fijo.

Consecuentemente la meta terapéutica consiste en modificar la visión epistemológica que familia tiene de sus propias relaciones y conductas, para lograr el cambio de la secuencia sintomática. Durante la etapa en que emplean la prescripción paradójica, los componentes del Grupo de Milán, con objeto de establecer una epistemología alternativa, redefinían las creencias y relaciones familiares y buscaban los efectos saludables del síntoma para el sistema, prescribiendo a continuación la secuencia sintomática durante un tiempo establecido por el terapeuta. (Ochoa de Alda, 1995, p. 90)

Ochoa de Alda (1995) señala que,

lo patológico es el juego familiar, concepto definido de forma poco precisa por el Grupo de Milán, que incluye: el mapa de relaciones familiares –alianzas y exclusiones–, la regla que parece presidir esas relaciones –qué está y qué no está permitido– y la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema familiar. (p. 61)

El juego sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla a lo largo de muchos años antes de consolidarse en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan las conductas e interacciones de la familia y puede incluso heredarse de generaciones anteriores. El juego deja de ser adaptativo para convertirse en patológico cuando adscribe a los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a los requisitos del momento evolutivo que atraviesan. En otras palabras, la sintomatología es fruto de una discrepancia entre las conductas, que constantemente están sometidas a variaciones, y las creencias que permanecen inalteradas porque los componentes de la familia ajustan las conductas y su interpretación a sus esquemas habituales de pensamiento. En consecuencia, para cambiar las conductas problemáticas el terapeuta deberá modificar el sistema familiar de creencias, teniendo en cuenta que creencias y conductas se influyen recíprocamente. (Ochoa de Alda, 1995, p. 61)

Fue el genio del equipo de Milán el que inventó un método para acabar con tales juegos sin fin. Desde luego, habríamos esperado que el terapeuta no prescindiera de los pasos que dan los miembros de la familia para adueñarse de su control. Todo intento por hacer que la familia se dedicara a algo distinto inmediatamente provocaría contrajugadas y descalificaciones. Por tanto el primer paso en la terapia

sería establecer qué juego está jugando la familia con el terapeuta, aprobar el juego y fomentarlo. Habitualmente el juego es: He aquí nuestra persona cargante, enferma o mala, hay que arreglarla y aliviarnos, pero no se nos haga cambiar. El terapeuta sabe que caer en la trampa de tratar de hacer eso sólo producirá su propia caída. (Hoffman, 1987, p. 270)

Ochoa de Alda (1995) indica que,

El cambio se produce cuando se reemplaza el juego familiar por otro juego menos perjudicial, ya que todo grupo familiar necesita de un juego que regule su vida como sistema. Aunque afecta a los dominios afectivo, cognitivo y conductual, el cambio más profundo se produce en las percepciones y creencias de la familia. (p. 65)

Entonces, la jugada opuesta será pedir al miembro sintomático que continúe con el problema, en vez de tratar de arreglarlo. [...]Lo nuevo en los Asociados de Milán es su insistencia en prescribir no sólo el pensamiento problema o juego de comportamientos, sino la configuración general de las relaciones que rodean el problema. (Hoffman, 1987, p. 270)

Ochoa de Alda (1995) señala que, así se provoca paradójicamente la capacidad de transformación del sistema familiar, ya que si están unidos por lazos afectivos tan fuertes, ¿Por qué necesitan que el síntoma siga vigente para mantenerlos unidos? (p. 67).

La intervención contraparadójica, fue diseñada para anular el doble vínculo patológico, las hipótesis centrales que compartían eran:

La familia es un sistema que se gobierna a sí mismo y se autocorriga a través de reglas que se constituyen en el tiempo por ensayo y error, indicando qué es permitido o no en la familia y en la relación de cada uno de sus miembros con los demás. (Rodríguez González, 2004, p. 161)

Rodríguez González (2004) menciona que, “toda conducta verbal o no verbal es una comunicación que afecta a otros y provoca en ellos una respuesta que a su vez es una conducta comunicación” (p. 161).

De estas dos hipótesis se desprende una tercera: las familias que manifiestan conductas que tradicionalmente se diagnosticaban como patológicas en uno o más de sus miembros, se rigen por normas peculiares en las que las conductas, la comunicación y la respuesta mantienen estas reglas. Entonces, si las conductas no

son patológicas, sino que son la expresión de relaciones particulares, bastará con intentar cambiar las reglas para que las conductas sintomáticas desaparezcan. (Rodríguez González, 2004, p. 161)

Rodríguez González (2004) señala que, “la primera pregunta que surge es: ¿de qué manera se van a descubrir estas reglas? Y posteriormente: ¿Cómo se puede incidir en el cambio de esas reglas?” (p.162).

Se requiere que las preguntas sean guiadas por una hipótesis. Ésta es una suposición para explicar los hechos y se conforma a partir de la observación de la comunicación verbal y no verbal. La función de la hipótesis es conectar las conductas de la familia, son su significado, para que dichas conductas sirvan a cada uno de los miembros de la familia. Así la función de la hipótesis es ayudar a seguir los patrones de relación, guiándonos para obtener nueva información que confirme, refute o modifique esta suposición. (Rodríguez González, 2004, pp.163-164)

Las hipótesis no son verdades concretas; estas se deben elegir en función de la utilidad que tienen para la familia que se atiende. La hipótesis debe ser sistémica, o sea, que tiene que incluir a todos los miembros de la familia y deberá formular un supuesto acerca de su función relacional. (Rodríguez González, 2004, p. 164)

Ochoa de Alda (1995) puntualiza que para la escuela de Milán,

Los principales objetivos de la evaluación son: determinar el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia dentro de los cuales aparece el síntoma, y determinar el papel que éste desempeña dentro de ese sistema relacional. El síntoma puede servir para no enfrentar un cambio que amenaza con desequilibrar el sistema familiar o para reclamarla necesidad de que se produzca. (p. 62)

Su evaluación se basa en una causalidad circular que proporciona un punto de vista más complejo del síntoma y su contexto que la causalidad lineal. El pensamiento lineal puede ser un precursor necesario del salto discontinuo al pensamiento circular, ya que describe un segmento restringido del contexto más amplio. Por consiguiente, la perspectiva circular es más completa que la lineal, lo cual no significa que la segunda sea incorrecta, simplemente es más parcial. (Ochoa de Alda, 1995, p. 60)

Señala, Rodríguez González (2004) que,

La circularidad es la capacidad del terapeuta para la búsqueda de información acerca de las relaciones, de las diferencias y el cambio. (Selvini Palazzoli, 1980; citado en Rodríguez González, 2004, p. 165). Cada miembro de la familia es invitado a decirnos cómo ve la relación entre otros dos; así se investigan las relaciones triádicas. (pp.165-166)

Con el objeto de facilitar la orientación relacional o circular cuando describen conductas o interacciones sustituyen el verbo «ser» por el verbo «mostrar». Así por ejemplo, la afirmación «la esposa se muestra triste» en lugar de «la esposa es depresiva o triste» permite examinar qué está sucediendo en las relaciones de la mujer que pueda explicar esa conducta. La definición «se muestra triste» sugiere una diferencia interpersonal con respecto a otra persona más alegre, indicando que la tristeza no es algo inherente a la esposa, sino una forma de respuesta ante determinadas circunstancias. Por el contrario, afirmar que «es triste» separa a la mujer de su contexto e implica buscar causas intrapsíquicas para esa expresión conductual. (Ochoa de Alda, 1995, p. 61)

¿Cómo se va a desarrollar un interrogatorio circular? Peggy Penn llama a esto el patrón de cuestionamiento circular, en donde uno transita en el tiempo, pasado, presente y futuro; el objetivo es detectar las diferencias en las relaciones que la familia ha experimentado antes y después del problema. (Rodríguez González, 2004, pp.165-166)

Rodríguez González (2004) sobre la neutralidad señala que, “el terapeuta se mantiene con todos a la vez, no juzga ni critica. El equipo neutraliza los intentos de cualquier miembro de la familia por aliarse con el terapeuta” (p. 165).

Cecchin (1989) nos dice que originalmente el concepto de neutralidad se empleó para que el terapeuta sostuviera su posición sistémica en la entrevista, y que de ninguna manera esto tiene que ver con frialdad o falta de involucramiento del terapeuta; así, Cecchin propone describir la neutralidad como un estado de curiosidad; el terapeuta debe ser curioso para explorar nuevos puntos de vista. (Rodríguez González, 2004, p. 165)

Ochoa de Alda (1995) puntualiza al respecto que,

El grupo de Milán, postula la no directividad del terapeuta con respecto al cambio, por lo que el objetivo terapéutico consiste en liberar a la familia de la rigidez de su sistema de creencias, para que después sea ella misma la que encuentre el cambio más conveniente. (p. 64)

La modificación del sistema de creencias familiar posibilita alterar el mapa de relaciones, cambiar la secuencia familiar de conductas y conseguir una metaregla de cambio, que permita cambiar las reglas que regulan el funcionamiento del sistema. (Ochoa de Alda, 1995, p. 65)

Ochoa de Alda (1995) sobre la connotación positiva, señala que,

su finalidad es alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma. Por consiguiente, afectan al tipo de atribuciones que las personas hacen con respecto a las causas del problema o con respecto a las intenciones de la conducta de los demás. Normalmente, cada integrante del sistema familiar posee una serie de atribuciones propias, por lo cual es importante conocer las distintas opiniones. (p. 66)

Se cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas o al menos a causas que no supongan intenciones hostiles. El síntoma se presenta como debido a razones altruistas –sacrificio o amor– por parte del paciente identificado y por parte del resto de los componentes del sistema familiar. No se connota positivamente la conducta sintomática en sí, sino su relación con otras conductas más importantes, para las cuales el síntoma es en realidad una solución. Así se resalta que la familia tiene un alto grado de cohesión y se restituye la credibilidad en sí misma para que intente resolver sus problemas de una forma más satisfactoria. (Ochoa de Alda, 1995, p. 66)

Surge con la intención de prescribir el síntoma, y dado que no se puede prescribir lo que se critica, surge esta estrategia en la cual se connota positivamente el síntoma y las conductas de los familiares asociados al síntoma. Lo anterior se logra suponiendo la intención de ayuda y unión de todos e identificando la función del síntoma dentro de la familia. (Rodríguez González, 2004, p. 178)

Connotar el síntoma positivamente abre la puerta al no cambio y a la paradoja, define claramente la relación entre los miembros de la familia entre sí como

complementaria del sistema, lo que hace innecesaria la simetría encubierta; lo anterior sin peligro de descalificación. (Rodríguez González, 2004, p.178)

Rodríguez González (2004) señala que, “la connotación positiva define al vínculo familia-terapeuta como complementario y define el contexto como terapéutico” (p. 178).

Rodríguez González (2004) en este sentido refiere que, “cuando se connotan positivamente las conductas sintomáticas, connotamos positivamente la tendencia homeostática del sistema y no a las personas, preparando la prescripción hacia la homeostasis” (p.178).

Rodríguez González (2004) señala que, “es importante cuidar que en la connotación positiva alguno de los padres se sienta culpable. Siempre hay que enfatizar que este sacrificio nadie lo pidió que es espontaneo por parte del miembro sintomático” (p. 178).

Prescripciones ritualizadas

Los rituales familiares: El ritual es susceptible de prescribirse como un experimento, un ensayo, un gesto simbólico o un rito de transición. La intervención propone una secuencia de conductas, definida con precisión, en la que se establece qué ha de hacer cada miembro de la familia dónde, y en qué momento. La nueva actividad no siempre tiene que pasar a formar parte de la vida diaria familiar, sino que simplemente puede contribuir a clarificar patrones de interacción caóticos y contradicciones inherentes al sistema de creencias que permanecían sin reconocer. (Ochoa de Alda, 1995, pp .69-70)

Ochoa de Alda (1995) señala que por ejemplo,

se puede reescribir un ritual funerario cuando, después del fallecimiento de un miembro de la familia, otro presenta algún síntoma. El ritual pide en primer lugar que los integrantes del sistema familiar reúnan conjuntamente, durante un tiempo establecido por el equipo, objetos pertenecientes al difunto. A lo largo de este periodo se admite la existencia de un fuerte contacto con el fallecido. Con la indicación de que se turnen para cavar un hoyo y entierren los objetos en un lugar determinado de antemano por el terapeuta, se inicia otra etapa. Ahora deben decir adiós al ser querido que ha muerto y reanudar su vida cotidiana asumiendo que él ya no está. El ritual introduce una distinción temporal que ayuda a elaborar la pérdida de la persona desaparecida de forma paulatina. Además de hacer patente que esa

persona ha muerto, el procedimiento facilita una nueva relación entre los miembros que permanecen vivos lo cual es sumamente importante para el buen funcionamiento del sistema familiar. (p. 70)

Estos son útiles para derrumbar mitos; los mitos son convicciones que el grupo comparte; estos dictan el tipo de relaciones que establecen los miembros de la familia entre sí, los atributos y los papeles de cada uno de ellos. Los mitos no son cuestionados ni evaluados, se aceptan a priori. Los mitos explican las conductas aunque no muestran sus motivos; los mitos tendrán mayor fuerza si vienen de generaciones atrás. El mito, dice Ferreira, es un producto colectivo cuyo fin es mantener la homeostasis del grupo. Así, para lograr la ruptura de los mitos, se prescribe a la familia rituales que pueden ser efectuados una sola vez o repetitivamente. (Rodríguez González, 2004, p. 181)

Pero ¿qué es un ritual y qué se requiere para prescribirlo? El equipo de Milán define como ritual “a una acción o una serie de acciones combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales en las que tienen que participar todos los miembros de la familia. Primero conocer bien la historia familiar, y la evolución de este mito, si es que la ha tenido, a través de las generaciones” (Selvini, Boscolo, Cecchin 1988; citados en Rodríguez González, 2004, p. 181)

Se recomienda que las instrucciones se dejen por escrito: la forma en que se efectuará, el horario, la duración, las frases que lo acompañan, quién ejecutará el o los discursos, cuántas veces se hará, etc. El objetivo del ritual es cuestionar y así cambiar las reglas del juego sin críticas. El ritual ofrece la doble ventaja de plasmar en concreto el mito y dar la posibilidad de ruptura. Esta concesión permite que cada uno de los miembros de la familia vivencie dramáticamente su impacto y los riesgos de continuar con el mito, todo a la vez en la acción. Por lo anterior, el ritual abre la posibilidad a un nuevo juego, donde las nuevas normas sustituyen a las precedentes. Los rituales no son fórmulas a aplicar en cualquier familia; para su creación se requiere de la creatividad del terapeuta y del conocimiento que este tenga del mito familiar. Cada familia que lo requiera necesitará de un ritual hecho a su medida. (Rodríguez González, 2004, pp.181-182)

3.5. La Terapia Estructural de Salvador Minuchin

Al mirar en el interior de una familia, puede que uno quede súbitamente atrapado por múltiples tramas. Estas pueden ser caprichosas, desafiantes, absurdas o dramáticas, pero todas son perturbadoras, pues provocan la exasperante sensación de ser completas. Es como si uno mirara al pasar el escaparate de una tienda y viera allí refulgir el universo.

Pero lo cierto es que el terapeuta familiar está siempre en presencia de imágenes cambiantes. Con frecuencia se centra en una pieza bien definida: el miembro de la familia que ésta presenta como el paciente identificado.

Pero hay centenares de otras piezas con bordes borrosos o claros que es preciso unir para ver la pauta y quizá cambiar el orden de las piezas.

Calidoscopio familiar
Salvador Minuchin

Ema Genijovich señala que, Salvador Minuchin fue un pionero de la Terapia Familiar que revolucionó el campo de la psicoterapia.

Minuchin fue un psiquiatra argentino experto en terapia infantil y familiar. En Estados Unidos su trabajo con familias comenzó con jóvenes delincuentes en Wiltwick School for Boys en Nueva York, donde él y sus colegas tuvieron que desarrollar nuevas maneras de trabajar con familias pobres, con múltiples problemas. (Genijovich, s.f., primer párrafo)

Fue director de la Child Guidance Clinic en Filadelfia desde mediados de los años 60 hasta fines de los años 70. Más tarde se mudó a Nueva York y fundó un nuevo instituto de terapia familiar en 1981, al que llamó Family Studies y que más tarde se convirtió en el Minuchin Center for the Family, NY. (Genijovich, s.f., segundo y tercer párrafo)

Minuchin, Nichols, y Wai-Yung (2011) señalan que,

El libro familias y terapia familiar fue tan bien acogido hace treinta años porque ofrecía un modelo sencillo, pero integral, para comprender no sólo la dinámica de intercambio entre dos personas (doble vínculo, perseguidor-perseguido, etc.), sino la organización de toda la familia. Una de las razones por la que la terapia familiar puede ser tan difícil es que a menudo las familias parecen ser grupos de individuos capaces de afectarse entre sí de maneras muy eficaces, pero no fáciles de entender. La terapia familiar estructural ofreció un marco de referencia que dio orden y significado a esas transacciones, aunque es posible que en el proceso de haya equivocado por no haber tomado en cuenta

la dinámica individual; es decir; por rechazar la influencia de la historia personal en la construcción de la experiencia familiar, y cuyo significado fue desatendido para favorecer el proceso. Además, como ha ocurrido en el campo en general, a través de los años la terapia familiar estructural también siguió una trayectoria que pasó de tratar de entender a las familias a crear estrategias para cambiarlas. (pp. 23-24)

Según el fundador de la teoría estructural sistémica, Salvador Minuchin, la familia puede verse como un sistema que opera dentro de otros sistemas más amplios y tiene tres características: a) su estructura es la de un sistema sociocultural abierto, siempre en proceso de transformación; b) se desarrolla en una serie de etapas marcadas por crisis que la obligan a modificar su estructura, sin perder por ello su identidad (ciclo vital), y c) es capaz de adaptarse a las circunstancias cambiantes del entorno modificando sus reglas y comportamientos para acoplarse a las demandas externas. Este proceso de continuidad y cambio permite que la familia crezca y se desarrolle, y al mismo tiempo, asegura la diferenciación de sus miembros. (Eguiluz Romo, 2003, p. 3)

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema. (Minuchin, 1989, p. 86)

Ochoa de Alda (1995) Señala que Salvador Minuchin,

crea un enfoque terapéutico centrado en la estructura familiar, defendiendo que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras. Las variables estructurales específicas en las que se centra son los límites, que implican reglas de participación, y las jerarquías, que encierran reglas de poder. El acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites. La terapia estructural asume que la modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías impacta profundamente las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen al síntoma. Tales alteraciones obligan a la familia a reestructurarse sobre unas bases menos patológicas. (p. 127)

Una visión sistémica estructural permite la exploración de las interacciones de las personas con relación a los distintos contextos de los que forma parte; permite experimentar las formas en que los miembros de la familia se sostienen y califican mutuamente. Al considerar a la persona como un miembro de distintos contextos sociales, el problema se ubica entre el sujeto y sus contextos, más que en procesos internos del paciente. La familia constituye un factor significativo en el proceso de adaptación individual y social, determina respuestas de sus miembros a través de estímulos que provienen desde el interior y el exterior, y su organización y estructura tamizan y califican las experiencias de las personas. Un miembro de la familia responde a las tensiones que afectan a la familia y, a la vez, la familia responde a los cambios de cada uno de sus miembros, por medio de procesos de adaptación continuos. (Desatnik Miechimsky, 2004, p. 52)

Desatnik Miechimsky (2004) señala que desde la perspectiva estructural sistémica, hay un interés por encontrar cómo es que todos los miembros del sistema (ya sea familiar, institucional, psicosocial) participan en el mantenimiento del síntoma y, al mismo tiempo, se busca entender cómo es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos miembros para mantener la estabilidad familiar. (p. 49)

Salvador Minuchin plantea tres axiomas de la terapia estructural sistémica:

En primer lugar, Minuchin (1989) señala que, “la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por este por consecuencias repetidas de interacción” (p. 30).

El segundo axioma que subyace a este tipo de terapia es el de que las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema. (Minuchin, 1989, pp. 30-31)

Finalmente, Minuchin (1989) menciona que, “cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto, los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema terapéutico” (p. 31).

Por lo tanto, la terapia estructural se concentra en el proceso de retroalimentación entre las circunstancias y las personas implicadas. La terapia recurre a técnicas que alteran el contexto inmediato de las personas, de tal modo que sus posiciones

cambian. Un cambio en la posición de una persona en relación con sus circunstancias, con su contexto familiar, constituye una modificación de su experiencia subjetiva. (Desatnik Miechimsky, 2004, p. 53)

La postura de Minuchin representa una perspectiva optimista acerca de las posibilidades de cambio: si se modifica la estructura de la familia se posibilita el cambio, ya que se favorecen distintas experiencias subjetivas de sus miembros y de la relación entre ellos. (Desatnik Miechimsky, 2004, p. 50)

Desatnik Miechimsky (2004) indica que,

Minuchin da mucha importancia a las construcciones que tiene la familia acerca de la realidad, a la forma como estas construcciones han influido sobre las experiencias de la familia a través de varias generaciones, por lo que insiste también en que el terapeuta tenga entre sus objetivos la comprensión de dichas premisas para tratar con la familia de co-construir narrativas alternativas. (p. 51)

El objetivo de la terapia

El terapeuta es un profesional del cambio. Pero siempre hay resistencia al cambio: a causa de la familiaridad de los caminos que se han recorrido muchas veces, por la convicción de la familia respecto de cómo son las cosas, por la atención competitiva entre los “yos en relación” que componen la familia y por las exigencias de cambio que los miembros de la familia se hacen mutuamente. (Minuchin, Nichols, y Wai-Yung, 2011, p. 39)

Minuchin, y Fishman (2018) señalan que,

Desde el comienzo, el terapeuta de familia debe tomar cierta posición de liderazgo. En teoría, la familia y el terapeuta comienzan la terapia con las mismas metas. La presencia de la familia es un reconocimiento de que sus miembros desean asistencia y de que invitan al terapeuta, un especialista, a introducirse en su sistema y ayudarlos a modificar una situación que sustenta o produce tensión, malestar o sufrimiento. Pero en la práctica es posible, y frecuente, que los miembros de la familia y el terapeuta no entiendan de la misma manera la localización del sufrimiento, su causa y el proceso de curación. (p. 42)

Minuchin, Nichols, y Wai-Yung (2011) señalan que por lo tanto,

un terapeuta es un promotor del cambio con opciones limitadas, y será eficaz solo si logra desestabilizar las normas familiares que mantienen vigentes las presunciones. Para ello, el terapeuta necesita entablar con los miembros de la familia una relación que ofrezca la esperanza de que existen otras formas de participar en una relación que reportan beneficios: disminución, aumento de la satisfacción y conocimiento. (pp. 39-40)

Lo común es que los miembros de la familia individualicen en uno de ellos la localización del problema. Creen que la causa es la patología internalizada de ese individuo. Esperan que el terapeuta se concentre en él y procure cambiarlos. Para el terapeuta de familia, en cambio, el paciente individualizado es sólo el portador del síntoma; la causa del problema son ciertas interacciones disfuncionales de la familia. Será preciso ampliar las fluctuaciones para que el sistema familiar avance hacia una forma más compleja de organización, que permita enfrentar mejor las circunstancias actuales de la familia. (Minuchin, y Fishman, 2018, p. 42)

Minuchin, Nichols, y Wai-Yung (2011) sostienen que,

la parte medular de la terapia familiar sistémica sigue siendo, por un lado, concentrarse en la familia como contexto para entender cómo se desarrollan sus miembros y modifican el concepto que tienen de sí mismos y de los demás, y, por el otro, observar el poder que tiene la familia para influir en la experiencia y el comportamiento de sus miembros. (p. 31)

Señalan Minuchin y Fishman (2018) que,

es posible que la intervención del terapeuta active dentro del sistema familiar los mecanismos destinados a preservar su homeostasis. En el curso de la historia compartida con la familia, se han instituido reglas que definen las relaciones recíprocas de sus miembros. Todo desafío a esas reglas será contrariado de manera automática. Además, la familia que acude a la terapia ha estado luchando durante cierto tiempo por resolver los problemas que la movieron a solicitar asistencia. Y es posible que esos intentos de superación hayan angostado su experiencia de vida. Los miembros de la familia tenderán a destacar en exceso el sector problemático y, en esa situación tensionada, se inclinarán a aferrarse excesivamente a las respuestas familiares. Como consecuencia tendrán menos libertad que la habitual, y se habrá reducido su capacidad para buscar modalidades nuevas. (p. 42)

El objetivo del terapeuta de familia y la técnica a la que recurre están determinados por su marco teórico. La terapia estructural de familia es una terapia de acción. La herramienta de esta terapia consiste en modificar el presente, no en explorar e identificar el pasado. El pasado influyó en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia; por lo tanto, se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones que cambien el presente. (Minuchin, 1989, p. 38)

Para que el proceso terapéutico tenga éxito, el terapeuta y la familia deben llegar a un punto de acuerdo sobre los objetivos que desean alcanzar con el tratamiento. Por otro lado, las metas terapéuticas no sólo se dirigen a disminuir o hacer desaparecer los síntomas del paciente identificado, sino también a cambiar la estructura y la cosmovisión familiar. El acento se sitúa más en los problemas estructurales que en el problema presentado, salvo en situaciones que ponen en peligro la vida de alguien. (Minuchin, 1978; citado en Ochoa de Alda, 1995, p. 131)

Minuchin, y Fishman (2018) señalan que, la familia y el terapeuta, entonces, constituyen una sociedad con una meta compartida que se formula de manera más o menos explícita: librar de síntomas a quién es su portador en la familia, reducir, el conflicto y la tensión para la familia como un todo y aprender nuevos modos de superar dificultades. Entran en coparticipación dos sistemas sociales para un propósito específico y por un plazo determinado. (p. 42-43)

Minuchin (1989) indican que “el objetivo de las intervenciones en el presente es el sistema familiar. El terapeuta se asocia a este sistema y utiliza a su persona para transformarlo. Al cambiar la posición de los miembros del sistema, cambia sus experiencias subjetivas” (p. 38)

Con este objetivo el terapeuta confía en algunas propiedades del sistema. En primer lugar, una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio. En segundo lugar, el sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. Por lo tanto, el terapeuta se une a la familia no para educarla o socializarla, sino, más bien, para reparar o modificar su funcionamiento para que ésta pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia. En tercer lugar, el sistema de la familia tiene propiedades de

autoperpetuación. Por lo tanto, el proceso que el terapeuta inicia en el seno de la familia será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación de está. En otras palabras, una vez que se ha producido un cambio, la familia lo preservará, proveyendo una matriz diferente y modificando el feedback que continuamente califica o valida las experiencias de sus miembros. (Minuchin, 1989, p. 38)

Diagnostico estructural

Minuchin define que no se puede evaluar el sistema familiar como si se tratara de una entidad estática, sino que el centro de la experiencia diagnostica debe ser el proceso de interacción de la familia con el terapeuta como agente del cambio, de modo que en ese proceso se susciten las estructuras, tanto manifiestas como latentes que gobiernan el sistema familiar. Por el ello, la evaluación parte de una serie de hipótesis sobre la interacción sistémica entre el contexto familiar total y las conductas sintomáticas de sus miembros individuales y continua poniendo a prueba dichas hipótesis mediante un proceso interaccional del terapeuta con la familia. (Ochoa de Alda, 1995, p. 128)

Minuchin, Nichols, y Wai-Yung (2011) “El propósito de la evaluación debe ser descubrir con las familias una forma nueva y útil de comprender sus dilemas y explorar los recursos con los que cuentan para sanar” (p. 36).

Minuchin y Nichols (1994) Escribe Salvador Minuchin que él busca, “flexibilidad, complementariedad, competencia, jerarquía, caos. ¿Quién empieza a hablar? ¿Es esa persona la autoridad delegada en las relaciones con los ajenos? ¿Quién está de acuerdo con quién? ¿Hay más apoyo o más discusiones?” (p. 58).

Minuchin, (1989); citado en Desatnik Miechimsky (2004) señala que, un diagnostico estructural implica plantear hipótesis que intenten explicar la relación entre las interacciones sistémicas que se dan en el contexto de la familia y el o los síntomas de sus miembros (p. 58)

La estructura familiar se representa por medio de mapas, que consisten en esquemas organizativos que permiten formular hipótesis sobre áreas que funcionan

correctamente e incorrectamente para después poder proponer objetivos terapéuticos. Los mapas reflejan diferentes momentos de la estructura familiar y, aunque son representaciones estáticas que no reflejan la riqueza de las transacciones familiares que están en continuo movimiento, se usan para poder observar y comparar distintos momentos de la estructura. (Desatnik Miechimsky, 2004, p. 58)

El terapeuta observa la estructura familiar por medio del proceso de asociarse con ella; esto implica un doble proceso de unión y acomodamiento (coparticipación), a la vez que actúa interviniendo para la reestructuración familiar. El proceso de acomodación implica respetar la estructura ya existente, y el de reestructuración consiste en cuestionar la estructura existente en sus diferentes manifestaciones. (Minuchin, 1989; citado en Desatnik Miechimsky, 2004, pp. 58-59)

Desatnik Miechimsky (2004) indica que,

el análisis de la estructura familiar nos enfrenta en primer lugar con la definición del concepto familia. La discusión estriba en si debemos considerar a la familia nuclear como centro de la mirada del terapeuta, o si bien es necesario incluir a la familia extensa en la comprensión de la dinámica familiar. Minuchin es distintos ejemplos presentados en su obra (Minuchin, 1984; Minuchin et al., 1967) marca la importancia de incluir en el análisis e intervención de la familia, su desarrollo a lo largo de las distintas etapas del ciclo vital, la idiosincrasia que define las relaciones y la organización familiar. Esto implica comprender desde la familia cuál es su definición de sí misma, de sus miembros y de sus procesos de desarrollo; cuáles son las pautas transaccionales y las premisas culturales desde las cuales han construido significados acerca de sí mismas y desde las que explican lo que ocurre en ellas, con relación a sí mismas y con respecto a los contextos con los que interactúan. (p. 62-63)

Las variables que el terapeuta evalúa son: el momento del ciclo evolutivo que está atravesando el sistema familiar y su rendimiento en las tareas apropiadas a ese estadio; las interacciones que sus integrantes despliegan en la entrevista; las alianzas y coaliciones familiares; los problemas de la distribución jerárquica del

poder; el tipo de límites intra y extrafamiliares; las pautas de transacción alternativas disponibles de acuerdo a la flexibilidad del sistema al cambio; las fuentes de apoyo y estrés dentro y fuera del grupo familiar, y, finalmente, la forma en que el síntoma es aprovechado por la familia para mantener sus pautas transaccionales. Ochoa de Alda, 1995, pp. 128-129)

Evaluación de familias

En el trabajo con las familias, el arte de la evaluación consiste en descubrir qué impide a la familia alcanzar sus metas, y unirse a ella en una visión de cómo llegar desde donde se encuentra hasta dónde quiere ir. Abordamos esta tarea en cuatro pasos: 1) abrir el motivo de consulta; 2) señalar las interacciones que mantienen el problema; 3) exploración del pasado centrada en la estructura, y, 4) exploración de nuevas formas de relacionarse. (Minuchin, Nichols, y Wai-Yung, 2011, pp. 32-33)

Paso uno: abrir el motivo de consulta

Minuchin, Nichols, y Wai-Yung (2011) señalan que, “el primer paso consiste en cuestionar la certeza de la familia en cuanto a que el problema primario se localiza en la maquinaria interna del paciente individual. Este es el paso que transforma la terapia en terapia familiar” (p. 33).

Las técnicas incluyen:

- Enfocar las áreas de competencia del paciente identificado;
- Dar un significado distinto al problema por el que la familia ha decidido consultar (reencuadramiento);
- Explorar las maneras en que el síntoma se presenta y prestar atención a los detalles;
- Examinar el problema desde diferentes perspectivas hasta que el síntoma pierda su toxicidad;
- Explorar el contexto en el que aparece el síntoma;
- Explorar las dificultades de los otros miembros de la familia, parecidas o diferentes de las del paciente identificado;
- Estimular al paciente identificado para que describa el síntoma y el significado que le atribuye, otros aspectos de sí mismo y de la familia; en otras palabras, darle un

espacio respetuoso donde los otros miembros de la familia se conviertan en audiencia. (Minuchin, Nichols, y Wai-Yung, 2011, p. 33)

Paso dos: señalar las interacciones que mantienen el problema

Minuchin, Nichols, y Wai-Yung (2011) indican que, “el segundo paso consiste en explorar lo que de la familia pueden estar haciendo para perpetuar el problema. El reto está en ayudar a que los clientes se den cuenta de cómo sus acciones contribuyen a mantener el problema, sin provocar resistencia” (p. 33).

Este paso es básico para toda intervención en el pensamiento sistémico. En efecto, el carácter complementario de la influencia mutua de los miembros de la familia es del conocimiento general y, por tanto, nunca es una verdadera sorpresa para los miembros de la familia, quienes seguramente ya se han preguntado, en voz alta o en silencio, “¿qué hemos hecho?”, “¿qué podríamos hacer de manera diferente?”, antes de concretar su formulación inicial: “Todo tiene que ver con él o ella”. Paul Watzlawick describió este proceso en su paradoja: “El problema reside en cómo trata de resolverlo la familia”. Casi siempre el terapeuta encuentra en una parte, la parte curativa de los miembros de la familia, la disposición a aliarse con el proceso de ayuda. A decir verdad, este segundo paso se basa en el supuesto de que los miembros de la familia cambiarán su forma de relacionarse si se consideran capaces de ayudar al paciente identificado. (Minuchin, Nichols, y Wai-Yung, 2011, pp. 33-34)

Paso tres: exploración del pasado centrada en la estructura

Minuchin, Nichols, y Wai-Yung (2011) indican que, “el tercer paso es una exploración breve y focalizada del pasado de los miembros adultos de la familia para ayudarles a comprender cómo llegaron a su actual visión limitada de ellos mismos y los demás” (p. 34).

Minuchin, Nichols, y Wai-Yung (2011) “La pregunta es cómo intervenimos en este paso. ¿Cómo podemos usar esta exploración del pasado de modo que facilite la expansión del patrón de las relaciones en el presente?” (p. 34).

Vemos este paso como una continuación de la exploración de los estilos de relacionarse que el terapeuta y los miembros de la familia descubrieron en el paso anterior. Por consiguiente, señala áreas específicas donde se crean las dificultades. El terapeuta puede empezar con la pregunta a uno de los miembros de la familia: “Observé en la última sesión que no cuestionas a tu pareja ni siquiera en situaciones en las que es evidente que él (o ella) está equivocado y tú no estás de acuerdo con su opinión. ¿Qué experiencias de tu niñez te llevan a evitar el conflicto?” O: “Parece que este par de lentes que tus padres te ayudaron a elegir reduce tu capacidad de enfrentarte a tu pareja; ¿puedes hablar de cómo los elegiste en tu infancia?” O: “Anteriormente vimos que actúas como si tuvieras ocho brazos cuando de hecho sabes que los dos que tienes están cansados y te gustaría no tener tanto trabajo. ¿Cómo seleccionaste en tu niñez esta orientación específica de tu relación con los demás? ¿Quieres hablar de ello?” Uno podría pensar que esta forma de preguntar tiene su origen no solo en el pensamiento psicodinámico, sino en la tradición narrativa de hallar nuevos significados en historias viejas. (Minuchin, Nichols, y Wai-Yung, 2011, p. 35)

Paso cuatro: exploración de nuevas formas de relacionarse

Después de establecer el panorama inicial de lo que impide avanzar a la familia y cómo llegó a ser así, los miembros de la familia y el terapeuta hablan de quién necesita cambiar qué, y quién está dispuesto o no. Sin este paso, que transforma el proceso de evaluación de una operación ejecutada en las familias a una operación ejecutada con ellas, la terapia se convierte en un proceso en el que se presiona a las familias a ir a donde no le encuentran sentido. No es de extrañar que opongan resistencia. (Minuchin, Nichols, y Wai-Yung, 2011, p. 35)

Aunque se ha escrito mucho en el campo sobre técnicas de terapia, no hemos explorado suficientemente el proceso de la danza terapéutica, es decir, los movimientos necesarios para producir el cambio. Las técnicas de terapia únicamente son herramientas que se emplean para realizar una tarea específica. Con frecuencia, los terapeutas llevan una caja que contiene todas las herramientas adecuadas, pero carecen de un mapa. Aunque es necesario que el terapeuta esté equipado con algunas herramientas para entrar en el sistema familiar, estas son

contraproducentes si no hay una dirección conceptual que fundamente su aplicación. (Minuchin, Nichols, y Wai-Yung, 2011, p. 36)

Proceso terapéutico

Desatnik Miechimsky (2004) señala que,

el proceso terapéutico implica que el terapeuta atienda a los modos en que los miembros de la familia experimentan la realidad, la forma en que se relacionan entre sí y con él. La tarea del terapeuta es guiar la entrevista de manera que las conductas peculiares de sus miembros se comprendan como sensibles a tensiones existentes en la familia global, es decir, se observa la conducta en contexto. (pp. 66-67)

Las familias nos entregan, en cuanto entran en el consultorio, las pautas estructurales subyacentes que las mantienen unidas. Lo que traen es el ruido: su propia confusión y dolor. De modo que pongo a prueba las posibilidades de orden e interrelación. Si para la familia mis preguntas se adecuan y expanden sus posibilidades, la respuesta me lo dirá continuaré en esa dirección. Si la respuesta es la confusión o el rechazo, intento algún otro método. (Minuchin y Nichols, 1994 p. 58)

Kriz (2007) indica que,

la familia que entra en terapia tiene en la mayoría de los casos la idea clara sobre los problemas: por regla general estos se sitúan en los síntomas de un determinado miembro de la familia que debe ser «reparado». En lugar de aceptar esta definición, es tarea del terapeuta descubrir estructuras patógenas o disfuncionales. Estas a menudo se generan cuando el sistema familiar no reacciona ante cambios [...] de manera flexible sino con un funcionamiento estereotipado y pautas rígidas de interacción. (p. 355)

Minuchin y Nichols (1994) señalan que,

Se produce un dialogo en el que yo ofrezco explicaciones posibles de su conducta. Ellos responden rechazando, aceptando o examinando las posibilidades de mis

supuestos, y proyectándome más información. Sus experiencias peculiares dan nueva forma a mis estructuras genéricas. La danza que sigue es una danza de posibilidades. (p. 58)

El proceso terapéutico, dice Minuchin, consta de tres pasos importantes que empero, en el tratamiento mismo, son inescindibles: 1) el terapeuta entra en coparticipación con la familia y asume la conducción [...]; 2) tiene que descubrir la estructura básica de la familia, y 3) debe crear las condiciones que posibiliten una transformación de la estructura. Para ello entra en la homeostasis de la familia, produce crisis a fin de mover a esta hacia un equilibrio nuevo. Por medio de una serie de técnicas cuestiona la organización actual del sistema. Este cuestionamiento se debe entender en principio como la búsqueda de pautas nuevas, lo que impone destruir las antiguas. (Kriz, 2007, p.356)

Se considera que el cambio se produce a través del doble proceso de asociación con la familia y de su reestructuración en forma planificada, para así modificar pautas disfuncionales. Las familias pueden descartar intervenciones que no son sintónicas con el sistema, o bien, si responden, pueden asimilar la intervención terapéutica en sus pautas transaccionales, extender éstas o activar pautas alternativas, o pueden responder a la intervención como si se tratase de una situación totalmente novedosa. (Desatnik Miechimsky, 2004, p. 67)

Ochoa de Alda (1995) La terapia estructural sostiene que,

el cambio se efectúa en la propia sesión, empleando técnicas como el desafío –la exageración, ridiculización y desautorización de patrones transaccionales–, la reestructuración y modificación cognitiva, y se consolida mediante tareas para casa. Se utilizan redefiniciones, connotaciones positivas y tareas directivas, y sólo ocasionalmente intervenciones paradójicas. (p.132)

Coparticipación

¿En qué consiste el arte de la terapia de familia? En entrar en coparticipación con una familia, experimentar la realidad como sus miembros la vivencian y involucrarse en las interacciones repetidas que dan forma a la estructura familiar y plasman el

pensamiento y la conducta de las personas. En instrumentar esa coparticipación para convertirse en un agente de cambio que obre dentro de las reglas del sistema familiar, con modalidades de intervención sólo posibles en esta familia en particular y destinadas a producir un modo de vida diferente, más productivo (Minuchin y Fishman, 2018, pp.15-16)

Minuchin y Nichols (1994) señalan que,

a medida que la terapia progresa, empezamos a desarrollar un sistema del cual yo formo parte. En ese sistema comienzo a experimentar los tira y afloja de los modos preferidos de ser de la familia, esta experiencia modifica mis ideas sobre el grupo familiar. (p. 58)

La coparticipación se inicia tomando contacto con los miembros individuales. En este proceso los integrantes del grupo familiar responden al contacto de acuerdo a sus pautas de conducta habituales, aceptando o resistiendo la aproximación del clínico. De esta forma, el terapeuta puede percibir y experimentar las modalidades particulares con que la familia admite la novedad –el cambio– en su vida, pudiendo identificar cómo los componentes del sistema contribuyen a mantener los patrones disfuncionales, el poder relativo de los diferentes subsistemas y los límites existentes entre los mismos. La coparticipación implica que, más avanzada la entrevista, el terapeuta intente alterar las reglas familiares y observe las reacciones de cada una de las personas a la modificación (Minuchin, 1984; Ochoa de Alda, 1995, p. 128)

El terapeuta es un promotor limitado del cambio. Los miembros de la familia son quienes determinan los límites y las posibilidades de nuevas formas de relacionarse. Por tanto, el cambio es una empresa de colaboración, en la cual, para ser eficaz, el terapeuta necesita adaptarse a los miembros de la familia, aliarse a ellos y ampliar tanto el uso de sí mismo en la relación ellos como el uso de ellos mismos en la relación que tienen entre sí. (Minuchin, Nichols, y Wai-Yung, 2011, p. 40)

El terapeuta emplea estrategias de coparticipación que le posibilitan establecer una fuerte alianza terapéutica, algo de capital importancia ya que las técnicas de intervención se basan principalmente en el desafío. Con la finalidad de aumentar su capacidad de maniobra puede adoptar una posición cercana, intermedia o distante con la familia. En la posición de cercanía se convierte en fuente de autoestima y

apoyo cuando conforma algún aspecto positivo de las personas o cuando detecta el sufrimiento y la tensión familiar y transmite que no pretende evitarlos, pero que responderá a ellos con delicadeza. (Ochoa de Alda, 1995, pp. 131-132)

Minuchin y Nichols (1994) escribe Minuchin que,

Yo intento una variedad de técnicas que no reposan sólo en el análisis y la interpretación. A veces aliento la proximidad, le recuerdo a una pareja que, sin tiempo y atención, el lazo íntimo entre ellos se irá debilitando gradualmente. En otros casos aliento la distancia. Algunos padres dudan de que sus hijos puedan progresar sin ellos, y esa duda les quita a los niños el espacio que necesitan para experimentar. Tal vez me introduzco en el nivel táctico de la comunicación, como cuando muevo la mano para silenciar a los miembros de una familia cuyo parloteo incesante hace callar a los otros. Puedo insuflar la intensidad afectiva mayor que la acostumbrada en la familia. O fuerzo la aparición del conflicto en una familia acostumbrada a evitarlo. Baso todas estas maniobras en el supuesto optimista de que los miembros de la familia tienen recursos inexplorados. La única constante es que le pido a la gente algo nuevo. El único axioma es: «Ustedes son más valiosos de lo que suponen». (p. 59)

Un terapeuta es un experto que acepta la incertidumbre se une a las familias en la aventura de ampliar y enriquecer sus formas relacionales y logra poner en duda la certeza de sus miembros cuando les ayuda a darse cuenta de que existen otras formas de relacionarse. (Minuchin, Nichols, y Wai-Yung, 2011, p. 40)

Minuchin y Fishman (2018) señala que,

la tesis que por nuestra parte sustentamos sobre la instrumentación del propio terapeuta es que éste se debe sentir cómodo en diferentes niveles de participación. Cualquier técnica podrá resultar útil, según el terapeuta, la familia y el momento. A veces el terapeuta deseará desprenderse de la familia, hacer prescripciones como un especialista de la escuela de Milán, quizá con un programa cuyos plazos de cumplimiento mantendrá en reserva. Otras veces adoptará una postura intermedia y obrará como instructor a la manera de Bowen. En otros momentos se enzarzará en la contienda como lo hace Whitaker, tomando el puesto de uno de los miembros en el sistema, estableciendo una fuerte alianza con uno de los perdedores dentro de la familia o utilizando cualquier táctica que armonice con su meta terapéutica y

con su comprensión de la familia. Hay limitaciones impuestas a la instrumentación de su persona, que están determinadas por sus características individuales y los rasgos particulares de la familia. Pero dentro de estos límites el terapeuta puede aprender el empleo de técnicas que demandan diferentes niveles de participación. (p. 45)

Minuchin y Fishman (2018) puntualizan que,

coparticipar con una familia es más una actitud que una técnica y constituye la cobertura bajo la cual se producen todas las interacciones terapéuticas. Coparticipar con una familia es hacer saber a sus miembros que el terapeuta los comprende y trabaja con ellos y para ellos. Solo con esta protección puede la familia sentirse segura para ensayar alternativas, intentar lo no habitual, y cambiar. Esa participación es el pegamento que mantiene unido al sistema terapéutico. (pp. 45-46)

¿Cómo se introduce el terapeuta en la familia? Lo mismo que los miembros de esta, él es «humano ante todo», para decirlo con una expresión de Harry Stack Sullivan. En algún punto de su interioridad esconde unas cuerdas capaces de resonar en respuesta a cualquier frecuencia humana. Para la formación del sistema terapéutico, tendrá que sacar a relucir aspectos de su personalidad que faciliten edificar un terreno compartido con los miembros de la familia. Y el terapeuta activará de manera deliberada segmentos de sí mismo congruentes con la familia. Pero coparticipará de un modo que le deje libertad para oponerse a los miembros de la familia. Se adaptará a esta, pero también le exigirá que se acomode a él. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 46)

Minuchin y Fishman (2018) indica que,

Puesto que el empleo que el terapeuta hace de sí mismo en el sistema terapéutico es el instrumento más poderoso para promover un proceso de cambio en la familia, aquel debe tener presente el alcance de sus repertorios de coparticipación. Para un terapeuta joven y de voz acariciante no será lo indicado establecer coparticipación en el papel de padre indignado, según lo hace Minuchin en ocasiones. Es importante que el terapeuta saque buen partido de sus recursos, no que imite bien al especialista de éxito. Otra regla de oro para una coparticipación lograda es trabajar con familias de cuyo estadio de desarrollo el terapeuta haya hecho experiencia. Y si

tiene que enfrentar situaciones que no ha experimentado, una buena maniobra de participación será introducirse desde una posición de modestia, pidiendo que lo ayuden a comprender; en efecto, esto da tiempo para que el sistema terapéutico y el terapeuta se desarrollen. (p. 46)

Posición de cercanía

En una posición de proximidad el terapeuta puede entrar en connivencia con miembros de la familia, acaso coligándose con unos miembros contra otros. Probablemente el instrumento más útil para obtener esa connivencia sea la confirmación. El terapeuta valida la realidad de los holones en que coparticipa. Busca los aspectos positivos y se empeña en reconocerlos y premiarlos. También detecta sectores de sufrimiento, de dificultad o tensión y da a entender que no pretende evitarlos, pero que responderá a ellos con delicadeza. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 47)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que el terapeuta,

cuando confirma los aspectos positivos de las personas, se convierte en fuente de autoestima para los miembros de la familia. Por otra parte, los demás contemplan a la persona confirmada nuevos ojos. El terapeuta incrementa su capacidad de maniobra instituyéndose en fuente de autoestima y el status de la familia. (p. 47)

En muchos casos la confirmación no consiste más que en una respuesta simpatética a la presentación afectiva de un miembro de la familia. Por ejemplo: «Se lo ve preocupado... deprimido... enojado... cansado... harto». La confirmación puede consistir en una mera descripción, que no tenga juicio alguno, de una interacción entre los miembros de la familia, por ejemplo: «Usted parece empeñado en una lucha continua» o «Cuando usted habla, el disiente, o guarda silencio, o se siente cuestionado». Este tipo de intervención no es una interpretación. Los miembros de la familia ya conocen lo que el terapeuta les dice. Su declaración no es más que un modo de dar a entender que ha recibido el mensaje y sea trabajar con ellos sobre el problema. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 48)

Minuchin y Fishman (2018) indican que,

Otro modo de confirmar es enunciar un rasgo a todas luces negativo de un miembro de la familia al tiempo que se «absuelve» a esa persona de toda responsabilidad

por esa conducta. El terapeuta puede decir a un niño «pareces demasiado infantil ¿Cómo hacen tus padres para mantenerte tan pequeñito?». A un adulto, le dirá: «En sus actos, se muestra muy dependiente de su esposa. ¿Cómo logra ella mantenerlo tan anulado?». En estas técnicas, el miembro de la familia se siente reconocido en campo de problemas sin que lo critiquen o lo hagan sentir culpable, y queda en condiciones de responder al terapeuta como si lo hubiera reafirmado en su persona. (p. 48)

Las intervenciones confirmatorias se producen durante toda la terapia. El terapeuta de continuo busca y destaca los modos de contemplar positivamente a los miembros de la familia, al tiempo que promueve sus propósitos de obtener un cambio estructural. El terapeuta es siempre una fuente de apoyo y de cuidados, así como el líder y directos de sistema terapéutico. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 48)

Posición intermedia

En la posición intermedia, el terapeuta coparticipa como un oyente activo, neutral. Asiste a la gente para que cuente lo que le pasa. Esta modalidad de coparticipación, que se llama rastreo, es la que instalan en el terapeuta las escuelas objetivas de la terapia dinámica. Es un buen método para recopilar datos. Pero nunca es tan neutral ni tan objetivo como creen quienes lo usan. También él puede restringir la libertad de movimiento del terapeuta. Si los miembros de la familia están posesionados relatando su historia, es posible que la atención del terapeuta quede prisionera del contenido. A veces le sucederá rastrear la comunicación de los miembros más locuaces de la familia, sin tomar nota de la vida familiar que se escenifica ante sus ojos ciegos. (Minuchin y Fishman, 2018, pp. 48-49)

Minuchin y Fishman (2018) asimismo,

también si se trabaja a distancia intermedia puede el terapeuta sintonizar el proceso familiar. Si la madre es la central de operaciones de la familia y el padre ocupa un lugar periférico, puede entrar en coparticipación en la familia escuchando primero respetuosamente a la madre, aunque su propósito último sea aumentar el poder del padre dentro de la familia. (p. 49)

Posición distante

El terapeuta puede también coparticipar con familia desde una posición distante. En este caso se apoya en su condición de especialista para crear contextos terapéuticos que procuran a los miembros de la familia el sentimiento de ser competentes o la esperanza de cambio. No hace el papel de actor, sino de director. El terapeuta percibe las pautas de la danza familiar y entonces dispone de secuencias de interacción; así promueve la escenificación de movimientos habituales o introduce novedades forzando a los miembros de la familia a empeñarse unos con otros en interacciones desacostumbradas. Estas técnicas sirven para producir cambios, pero son también métodos de coparticipación que aumentan el liderazgo del terapeuta por el hecho mismo de que se lo experimenta como el árbitro de las reglas de la sesión. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 53)

Minuchin y Fishman (2018) puntualiza que,

En su condición de especialista, el terapeuta opera como verificador de la cosmovisión de la familia. Acepta y apoya determinados valores y mitos familiares. Evita o ignora deliberadamente otros. Aprende el modo en que los miembros de la familia encuadran su experiencia: «Somos la familia Smith; debemos comportarnos de esta manera». Presta atención a las pautas de comunicación que expresan y apoyan la experiencia familiar y toma nota de las frases que son significativas para la familia. Puede luego utilizarlas a modo de maniobra de coparticipación, sea para apoyar la realidad de la familia o para construir una cosmovisión más amplia, que admita flexibilidad y cambio. (pp. 53-54)

Planificación

Solo en el proceso de coparticipar con una familia, sondear sus interacciones y vivenciar la estructura que la gobierna alcanzaran a conocer su modalidad de interacción. Las hipótesis iniciales que se pudieron hacer tendrán que someterse a prueba en la coparticipación y acaso muy pronto se les deba rechazar a todas. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 63)

Minuchin y Fishman (2018) indican que “el terapeuta se forma una idea sobre cierta familia como un todo tras una primera inspección de ciertos aspectos básicos de su estructura” (p. 63).

A partir de la más simple información recogida en la llamada telefónica en que se convirtió la primera entrevista, o registrada en la hoja de admisión en una clínica, puede desarrollar algunos supuestos sobre la familia. Por ejemplo, ¿cuántos son sus miembros y donde vive? ¿Qué edad tienen? ¿Influyen en este caso alguno de los puntos normales de transición que crean dificultades a toda la familia? El problema que motiva la demanda puede ser otra pista que indique sectores de fortaleza o debilidad posibles en la familia cliente. Con estos elementos simples, el terapeuta elabora algunas conjeturas que le permitirán orientar sus primeros sondeos en la organización familiar. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 64)

Cambio

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

Todos los terapeutas de familia están de acuerdo en que es preciso cuestionar los aspectos disfuncionales de la homeostasis familiar. Sin embargo, es materia de controversia el grado de ese cuestionamiento, y por otra parte sus métodos y metas varían con arreglo a la concepción teórica del terapeuta. La técnica es la vía para alcanzar el cambio, pero lo que le imparte un rumbo es la conceptualización que hace el terapeuta sobre la dinámica de la familia y el proceso de cambio. La eficacia de una técnica determinada no se puede evaluar sin comprender la meta terapéutica. (p.77)

Minuchin y Fishman (2018) puntualizan que,

El abordaje estructural considera a la familia como un organismo: un sistema complejo que funciona mal. El terapeuta socava la homeostasis existente, produce crisis que empujan al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento. De esta manera el abordaje estructural reúne elementos de los esquemas, el existencial y el estratégico. Lo mismo que el terapeuta que recurre a la estrategia, el estructuralista realinea organizaciones significativas con el propósito de producir cambios en el sistema como un todo. Y como el existencialista, el estructuralista cuestiona la realidad que la familia acepta, y lo hace con una orientación hacia el crecimiento. La terapia estructural de familia comparte el interés que el existencialista pone en el crecimiento y el que pone en la cura el partido de la estrategia. (p. 79-80)

Las técnicas de la terapia estructural llevan a reorganizar la familia mediante el cuestionamiento en su organización. La expresión cuestionamiento pone de relieve la índole de la lucha dialéctica entre familia y terapeuta dentro del sistema terapéutico. Esa expresión no se refiere a maniobras ásperas ni a un conflicto, no obstante que a veces ambas cosas pueden ser indicadas. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 80)

Minuchin y Fishman (2018) indican que “existen tres estrategias principales de terapia estructural de familia, cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas. Las tres estrategias son: cuestionar el síntoma, cuestionar la estructura de la familia y cuestionar la realidad familiar” (p. 80).

Reencuadre: Cuestionamiento del síntoma

Las familias que acuden a la terapia tras una lucha prolongada por lo común han individualizado a uno de sus miembros como la fuente del problema. Inundan al terapeuta con el relato de su lucha, las soluciones ensayadas y el fracaso de todos los intentos. Pero el terapeuta ingresa en la situación terapéutica con el supuesto de que la familia se equivoca. El problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. Las soluciones que ésta ha intentado no son más que repeticiones estereotipadas de interacciones ineficaces, que sólo pueden reforzar los afectos sin producir cambios. Se observa el modo en que los miembros de la familia se organizan en torno del síntoma y de su portador, el terapeuta puede obtener una «biopsia de interacción» para las respuestas preferenciales del organismo familiar, a saber, las respuestas que la familia sigue utilizando de manera inadecuada para enfrentar la situación actual. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 80)

El terapeuta de tendencia estratégica considera que el síntoma es una solución protectora: el portador de síntoma se sacrifica para defender la homeostasis de la familia. El estructuralista, que considera la familia como un organismo, no discierne en esta protección una respuesta acorde al fin, «auxiliadora», sino la reacción de un organismo sometido a tensión. Los demás miembros de la familia son igualmente sintomáticos. Entonces, la tarea del terapeuta es cuestionar la definición que la familia da del problema, así como la índole de su respuesta. El cuestionamiento puede ser directo o indirecto, explícito o implícito, ir derecho o paradójicamente. El

objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta, diferentes. Las técnicas que están al servicio de estas estrategias son la escenificación, el enfoque y el logro de intensidad. (Minuchin y Fishman, 2018, pp. 80-81)

Minuchin y Nichols (1994) Minuchin de acuerdo a su experiencia, señala,

Cuando conozco a la familia escucho, observo, establezco relaciones. Presto atención a las declaraciones positivas, a los signos de competencia, a las zonas de malestar. Afirmando a los miembros comentando el modo como se ven a sí mismos y a los otros. Esta es la etapa de la terapia [de la coparticipación], para destacar la incorporación activa del terapeuta al sistema terapéutico. (p. 58)

Para mí la terapia es un desafío la familia llega con una forma de hacer las cosas, ya sin recursos porque ha agotado su flexibilidad en la repetición de soluciones que no dan resultado. A estos puntos de vista fijos que la familia presenta, mi respuesta es la incertidumbre. (Minuchin y Nichols, 1994 p. 59)

«¿Están seguros de que no hay otras alternativas?»

«Ustedes son más complejos de lo que imaginan.»

«Hay esperanzas, existen recursos que aún no han explorado.»

Minuchin y Nichols (1994) indican que, “las familias cambian, pero el proceso de cambio supone, por lo general, algún nivel de crisis. El terapeuta tiene que unirse, obtener aceptación, suscitar confianza y después motivar a la familia para que salte a la incertidumbre” (p. 59).

Una de las metas del tratamiento es redefinir el significado del síntoma (problema referido), amplificando el contexto en el que ocurre y estableciendo una relación funcional entre síntoma y sistema. Se investiga cuáles son las conductas que mantienen y refuerzan la conducta problema. Redefinir el síntoma es reformular su significado dentro del marco de las transacciones recurrentes de la familia que lo mantiene. Las metas de la redefinición del síntoma son (Umbarger, 1983; citado en Desatnik Miechimsky, 2004, p. 68)

Ochoa de Alda (1995) indica que.

La terapia estructural postula que el síntoma se mantiene por la tendencia homeostática del sistema familiar a permanecer en el statu quo. Esto no quiere decir que los estados homeostáticos sean nocivos en sí mismos, sino que empiezan a serlo cuando no dejan espacio para el crecimiento y el cambio necesarios en el devenir vital de las personas y familias. (p. 130)

Desatnik Miechimsky (2004) menciona que, “la búsqueda de la conexión entre síntoma y sistema nos lleva a observar la estructura familiar” (p.55).

Al mismo tiempo Ochoa de Alda (1995) señala que, “las conductas sintomáticas de expresan en términos de ciclo vital y de acuerdo con un retraso o detección en el desarrollo del sistema familiar” (p. 129).

El sistema familiar se expresa a través de pautas transaccionales cuyo funcionamiento se da con base en reglas acerca de quiénes son los que actúan, con quién y de qué forma. Cuando se da una desviación respecto al nivel de tolerancia del síntoma, es decir, cuando se sobrepasan los índices de equilibrio familiar, es cuando puede presentarse el síntoma. Es aquí donde el terapeuta tiene como interrogante: ¿cuáles son las interacciones que se dan dentro de una estructura específica que llevaron a una desviación tal en la que el síntoma es “necesario” como un mecanismo regulatorio para que se mantenga la estabilidad familiar?. (Desatnik Miechimsky, 2004, p. 55)

La reestructuración familiar propia de los periodos de transición de una etapa del ciclo a otra puede producir un alto nivel del estrés. Aunque la mayoría de las familias cambian sus pautas de conducta de forma adaptativa, algunas responden al estrés de un modo disfuncional aferrándose a las antiguas, debido a lo cual, en numerosas ocasiones las tensiones transicionales se asocian a la aparición de síntomas, que crean movimientos centrípetos en el sistema familiar e impiden la evolución normativa. (Minuchin, 1985; citado en Ochoa de Alda, 1995, p. 129)

Ochoa de Alda (1995) establece que,

el cambio se produce cuando la familia se «reequilibra» sobre una nueva estructura adecuada a la etapa del ciclo evolutivo que le corresponde. El objetivo terapéutico es cambiar la organización familia, los límites entre subsistemas y jerarquías,

introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida de la familia que sustituyan a las pautas de rigidez y rutina crónicas que caracterizan un sistema patológico. (pp. 130-131)

Conceptuando al síntoma como una falta de adecuación entre la estructura que presenta la familia y el requerimiento de su desarrollo, la intervención se dirige a provocar una crisis, un desequilibrio, en la estructura familiar. Se supone que la consiguiente transformación estructural permitirá un funcionamiento distinto que posibilite la superación del problema, es decir, la adaptación a las exigencias evolutivas o contextuales. La crisis inducida terapéuticamente se consigue a través de la técnica del desafío, mediante la cual el terapeuta cuestiona la estructura exhibida por la familia, obligándola a buscar nuevos patrones conductuales que sustituyan a los antiguos disfuncionales. Ochoa de Alda, 1995, p.131)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

las familias que acuden a la terapia tras una lucha prolongada por lo común han individualizado a uno de sus miembros como la fuente del problema. Inundan al terapeuta con el relato de su lucha, las soluciones ensayadas y el fracaso de todos los intentos. Pero el terapeuta ingresa en la situación terapéutica con el supuesto de que la familia se equivoca. El problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. Las soluciones que ésta ha intentado no son más que repeticiones estereotipadas de interacciones ineficaces, que sólo pueden reforzar los afectos sin producir cambios. Se observa el modo en que los miembros de la familia se organizan en torno del síntoma y de su portador. (p. 80)

Minuchin, Nichols, y Wai-Yung (2011) señalan que,

Las metáforas permiten cuestionar a los miembros de la familia sin que se pongan a la defensiva. Es más fácil, por ejemplo, que un padre oiga que debe ser más delicado con su hija porque “su voz es fuerte, mientras que la de ella es suave”, a que le digan que su manera dominante la intimida. Una metáfora bien elegida puede traspasar la postura cortés de una familia. En las familias en las que los hijos están atrapados en medio del conflicto entre los padres, preguntar “quien es el alguacil en esta familia” pone perfectamente en claro algunas cosas, y muy pronto. Seguir con “¿y su pareja es el ayudante del alguacil o el abogado defensor?” ayuda a redondear la idea. (pp. 28-29)

Minuchin, Nichols, y Wai-Yung (2011) Minuchin puntualiza,

Trato de expresar mis directivas de cambio con un desafío en dos partes que yo describo como “una caricia y un puntapié”. Por ejemplo: “Eres muy inteligente, pero no eres prudente”. O: “Ya que eres tan amorosa y protectora, ¿cómo es posible que no te des cuenta del daño que causa lo que dices (o lo que haces)?” O bien: “Es curioso como las familias tan preocupadas tienden a cegarse algunas veces”. Y así sucesivamente. (p.29)

Acerca del efecto circular que hijos y padres tienen unos sobre otros, digo: “los padres son carceleros que están presos, y los hijos son presos que son carceleros”. “Los hijos lanzan el señuelo y los padres pican como peces atrapados por sus hijos... Hay un ciclo de pescador y pez, y cada uno fluctúa del uno al otro.” (Minuchin, Nichols, y Wai-Yung, 2011, p. 29)

Reestructuración: cuestionamiento de la estructura

La concepción del mundo de los miembros de la familia depende en gran medida de las posiciones que ellos ocupan dentro de diferentes holones familiares. Si existe apego excesivo, la libertad de los individuos estará limitada por las reglas del holón. Si en cambio existe desapego, es posible que aquellos estén aislados, faltos de apoyo. Aumentar o aminorar la proximidad entre los miembros de holones significativos puede dar lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar, hasta entonces inhibidos por la participación en el subsistema. (Minuchin y Fishman, 2018, pp. 81-82)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

Cuando el terapeuta se hace coparticipante de la familia, se convierte en miembro participante del sistema que intenta transformar. A medida que vivencia las interacciones de la familia se forma un diagnóstico vivencial de su funcionamiento. Este mapa de familia señala la posición recíproca de los miembros. Pone de manifiesto coaliciones, alianzas, conflictos explícitos e implícitos, así como los modos en que los miembros de la familia se agrupan en la resolución de conflictos. Identifica a los miembros que operan como desviadores de conflictos y a los que actúan como central de operaciones. El mapa consigna también a los que prodigan cuidados, a los que auxilian y a los que sirven de chivo emisario. El trazado que así

se obtiene de las fronteras entre subsistemas indica el movimiento existente y marca sectores de posible fortaleza o disfunción. (p. 82)

Minuchin y Fishman (2018) hacen lucido que,

los sectores disfuncionales dentro de la familia a menudo obedecen a una alianza excesiva o escasa. Por ello la terapia es en buena medida un proceso en que se verifica la proximidad y la distancia. El terapeuta, aunque también este constreñido por las demandas del sistema, es un extraño. Puede desplazar su posición y trabajar en subsistemas diferentes, cuestionando la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y funciones. Las técnicas de que se dispone para esta estrategia son la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad. (p. 82)

Por cuestionamiento de las reglas que limitan la experiencia de las personas, el terapeuta actualiza aspectos soterrados de su repertorio. Como consecuencia, los miembros de la familia se perciben a sí mismo y perciben a los demás obrando de diferente modo. La modificación del contexto produce un cambio en la experiencia. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 83)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

otra técnica para modificar la índole de la relación es llevar a los miembros de la familia a que enfoquen en su vivencia la realidad de construir un holón. El terapeuta procura modificar su epistemología, moviéndolos a que no definan más el si-mismo como entidad separada, sino como parte de un todo. (p. 83)

Minuchin y Fishman (2018) indican que,

un terapeuta individual dirá al paciente: «Cambie usted, trabaje con usted mismo y así crecerá». El enunciado del terapeuta de familia es de otro orden. Los miembros de la familia solo pueden cambiar si se modifican los contextos en el interior de los cuales viven. El mensaje del terapeuta de familia es, en consecuencia: «Ayude al otro miembro para que cambie; esto lo hará cambiar a usted en el modo de relacionarse con él y los cambiara a ambos dentro del holón». (p. 83)

Construcción de la realidad: cuestionamiento de la realidad familiar

Minuchin y Fishman (2018) señalan que, “los pacientes acuden a la terapia por ser inviable la realidad que ellos mismos han construido. Por lo tanto, todas las variedades de terapia se basan en el cuestionamiento de esos constructos” (p. 84).

Minuchin y Fishman (2018) por tanto,

La terapia de familia parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada y contiene esta modalidad de experiencia. Entonces, para modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos. Las técnicas utilizadas al servicio de esta estrategia son los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia. (p. 84)

El terapeuta toma los datos que la familia le ofrece y los reorganiza. La realidad conflictiva y estereotipada de la familia recibe un encuadramiento nuevo. Aparecen posibilidades nuevas por el hecho de que los miembros de la familia se vienen a sí mismos y vivencian a los demás de manera diferente. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 84)

Reencuadramiento

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

también las familias poseen un cuadro dinámico que se ha formado en su historia y que encuadra su identidad de organismo social. Cuando acuden a terapia, traen consigo esta geografía de su vida en la definición que le dan. Han hecho su propia evaluación de sus problemas, de sus lados fuertes y de sus posibilidades. Demandan al terapeuta ayuda para esa realidad que han encuadrado. (p. 85)

El primer problema del terapeuta cuando se hace copartícipe de la familia es definir la realidad terapéutica. La terapia es una empresa orientada a un fin, para la cual no todas las verdades son pertinentes. Mediante la observación de las interacciones de los miembros de la familia en el interior del sistema terapéutico, el terapeuta selecciona los datos que habrán de facilitar la resolución del problema. (Minuchin y Fishman, 2018, pp. 85-86)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que la terapia parte,

en consecuencia, del choque entre dos encuadres de la realidad. El de la familia es pertinente para la continuidad y el mantenimiento de ese organismo en condiciones más o menos estables; el encuadre terapéutico atiende al objetivo de hacer que la familia avance hacia un manejo más diferenciado y eficiente de su realidad disfuncional. (p. 86)

El terapeuta inicia su encuadramiento tomando en cuenta lo que la familia considera importante. Pero ya el modo en que recoge información dentro del contexto de la familia encuadra lo recogido de manera diversa. Entonces la tarea del terapeuta es convencer a los miembros de la familia de que el mapa de la realidad por ellos trazado se puede ampliar o modificar. Las técnicas de escenificación, enfoque y obtención de intensidad contribuyen al logro de un encuadramiento terapéutico. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 88)

Minuchin y Fishman (2018) indican que en la escenificación,

el terapeuta asiste a los miembros de la familia para que interactúen en su presencia, y ello con el propósito de vivenciar la realidad familiar como aquellos la definen. Después reorganiza los datos, poniendo el acento en ciertos aspectos y cambiando el sentido de lo que ocurre; introduce nuevos elementos e insinúa modos diferentes de interactuar, que de este modo se actualizan dentro del sistema terapéutico. En el enfoque, el terapeuta, tras seleccionar elementos que parecen pertinentes para el cambio terapéutico, organiza los datos de las interacciones familiares, entorno de un tema que les imparte sentido nuevo. En la obtención de intensidad, el terapeuta refuerza el influjo del mensaje terapéutico. Destaca la frecuencia con que se produce una interacción disfuncional, las diversas modalidades que ella cobra y cuánto penetra los diferentes holones familiares. La obtención de intensidad, lo mismo que el enfoque y la escenificación, contribuye en particular a sustentar la vivencia de una realidad nueva, terapéutica, donde se cuestionan el síntoma y la posición que su portador ocupa en la familia. (p. 88)

Escenificación

¿Dónde está la esencia de la terapia familiar estructural y dónde está la escenificación, que ha sido una técnica distintiva en la caja de herramientas de los terapeutas estructurales? [...] La escenificación evolucionó de la desconfianza que nos inspiran las historias que las familias cuentan al terapeuta y de las distorsiones

inherentes a la forma en que el terapeuta escucha y responde. (Minuchin, Nichols, y Wai-Yung, 2011, p.30)

Minuchin, Nichols, y Wai-Yung (2011) señalan,

Supusimos que los miembros de la familia cuentan historias ensayadas y que sería mejor si la novedad surgiera de conversaciones e interacciones entre ellos que los terapeutas pueden rastrear y continuar. En algún punto de este proceso, las respuestas emocionales interfieren con la coherencia, de esta manera los miembros de la familia y los terapeutas se encuentran en territorios desconocidos, donde es posible explorar nuevas conductas y nuevos significados. (p.30)

Minuchin y Fishman (2018) “En terapia de familia [...], no podemos distinguir el danzarín de la danza. La persona es su danza. El sí-mismo interior se entretreje de manera inseparable con el contexto social: forman una unidad” (p. 89)

Ahora bien, los miembros de la familia dejan de bailar cuando entran en la sesión y tratan de exponer, comentar y explicar al terapeuta cómo son en casa la música y la danza. De este modo, la cantidad y la calidad de la información que se proporciona quedan restringidas por la memoria subjetiva y la capacidad narrativa de los informantes. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 89)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

Cuando el terapeuta hace preguntas, los miembros de la familia pueden controlar lo que exponen. En la selección del material que habrán de comunicar, se suelen empeñar en presentarse bajo la luz más favorable. Pero cuando el terapeuta consigue que los miembros de la familia interactúen para discutir algunos de los problemas que consideran disfuncionales y zanjar desacuerdos, o bien en el intento de gobernar a un hijo desobediente, desencadena secuencias que escapan al control de la familia. Las reglas habituales prevalecen y los componentes interactivos se manifiestan con una intensidad semejante a la que muestran en estas mismas interacciones cuando se producen fuera de la sesión de terapia. (Minuchin y Fishman, 2018, pp. 89-90)

Minuchin y Fishman (2018) indican que,

La escenificación es la técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que dance en su presencia. Así construye una secuencia interpersonal en la sesión, en que se

ponen en escena interacciones disfuncionales entre miembros de la familia. Esta escenificación se produce en el contexto de la sesión, en el presente y en relación con el terapeuta. Al tiempo que la promueve, éste tiene la posibilidad de observar los modos verbales y no verbales en que los miembros de la familia emiten señales unos hacia otros y controlan la gama de las interacciones tolerables. Entonces el terapeuta puede intervenir en el proceso, sea para aumentar su intensidad, prolongar la duración de la interacción, hacer participar a otros miembros de la familia, indicar modos diferentes de interacción e introducir sondeos experimentales que proporcionaran información tanto al terapeuta como a la familia sobre la índole del problema, la flexibilidad de las interacciones familiares para la búsqueda de soluciones y la virtualidad de modalidades diferentes del desempeño dentro del marco terapéutico. (p. 90)

Minuchin y Fishman (2018) señala que cuando la familia acude a la terapia, suele haber acuerdo sobre quien es el paciente, cuál es el problema y cómo éste afecta a los demás. Los intentos previos de sus miembros por hallar soluciones han concentrado excesivamente sus interacciones en el «problema», convirtiéndolo en el telón de fondo contra el cual ponen en escena todos los demás aspectos de su realidad. Su experiencia de la realidad, entonces, se ha estrechado a causa de una excesiva concentración del enfoque. La intensidad de sus vivencias relacionadas con el síntoma y el portador de éste los ha llevado a descuidar otros aspectos significativos de sus interacciones. La familia ha encuadrado el problema y las interacciones relacionadas con éste como la realidad pertinente para la terapia. La tarea del terapeuta es llegar a obtener información que los miembros de la familia no consideran pertinente; y, más difícil todavía, obtener la información de que aquellos no disponen. (p. 90)

Minuchin y Fishman (2018) indica que en cambio, los terapeutas formados en los canales interpersonales de la comunicación saben que el acto de observar influye sobre el material observado, de modo que siempre se está frente a verdades de aproximación y realidades probables. El terapeuta de familia desautoriza la fantasía del terapeuta objetivo y la realidad permanente, y crea en la sesión una secuencia interpersonal donde se escenifica la interacción disfuncional entre los miembros de la familia. En lugar de compilar un historial

clínico, procede a introducir en la sesión sectores que la propia familia ha encuadrado como pertinentes. Parte del supuesto de que siendo la familia disfuncional sólo en ciertos campos, prestar atención a estos permitirá comprender su dinámica nuclear. La hipótesis es que la estructura familiar se vuelve manifiesta en estas interacciones y que el terapeuta, en consecuencia, obtendrá una visión de las reglas que presiden las pautas de interacción dentro de la familia. De este modo los problemas, así como las alternativas, se vuelven asequibles en el presente y en relación con el terapeuta. (p. 91)

Minuchin y Fishman (2018) plantean que,

Cuando los miembros de la familia escenifican una interacción, las reglas habituales que gobiernan su conducta se imponen con una intensidad afectiva semejante a la manifestada en las interacciones corrientes en el hogar. Pero en una situación terapéutica, en que posee el control del contexto, el terapeuta puede verificar las reglas del sistema aliándose de manera diferencial con ciertos miembros de la familia o formando coaliciones contra otros miembros. También puede controlar la dimensión temporal. Por ejemplo, dirá a los miembros de la familia: «Prosigan esta interacción», o bloqueará los intentos de otros miembros de abreviar la escenificación. Con este proceso, intenta identificar modificar de manera temporaria las alianzas entre los miembros de la familia, verificando la flexibilidad que muestra el sistema cuando el terapeuta «presiona». Esta maniobra procura información sobre la capacidad de la familia para cambiar dentro de determinado sistema terapéutico. La escenificación requiere de un terapeuta activo que se sienta cómodo participando y movilizándolo a personas cuyas respuestas no se pueden predecir. Es preciso que el terapeuta se sienta cómodo en situaciones abiertas, en que no solo promueve el despliegue de la información, sino que también la crea presionando sobre las personas y observando y vivenciando la realimentación frente a esa injerencia suya. (p. 91)

Minuchin y Fishman (2018) al respecto mencionan,

Además de mejorar la calidad y cantidad de la información provista, la técnica de escenificación ofrece otras ventajas terapéuticas. En primer lugar, facilitan la formación del sistema terapéutico, puesto que produce compromisos sólidos entre los miembros de la familia y el terapeuta. Aquellos escenifican su danza en relación

con él, que no solo es observador. Sino al mismo tiempo músico y danzarín. (pp. 91-92)

En segundo lugar, en el momento mismo en que la familia escenifica su realidad dentro del contexto terapéutico, se produce un cuestionamiento de esta realidad determinada. Las familias se presentan a sí mismas con un sistema donde hay un paciente individualizado y un conjunto de personas que lo remedian o asisten. Pero, cuando danzan, la lente se amplía hasta incluir dos o más miembros, y no ya uno solo. La unidad de observación y de intervención se amplía. En lugar de un paciente aquejado de una patología, el enfoque es ahora de una familia en una situación disfuncional. La escenificación inicia el cuestionamiento de la idea que la familia se ha formado sobre la índole del problema. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 92)

Minuchin y Fishman (2018) se presume que,

otra ventaja de la escenificación consiste en que, comprometidos como están entre sí los miembros del sistema terapéutico, en lugar de escucharse solamente unos a otros, aquella les ofrece un contexto para experimentar en situaciones concretas. Sin lugar a dudas es ventajoso trabajar con este contexto en el caso de las familias que tienen niños pequeños o niños en diferentes estadios de desarrollo, así como de familias cuyo origen cultural no coincide con el del terapeuta. La utilización de directivas terapéuticas, de un lenguaje concreto y de metáforas tomadas de las interacciones entre los miembros de la familia facilita la comunicación a través de las fronteras tanto culturales como de edad. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 92)

Aunque la escenificación se produce en relación con el terapeuta, también puede facilitar el desapego de éste. Las familias poseen una notable capacidad para absorber al terapeuta de suerte que funcione con arreglo a las reglas de la familia. Son capaces de triangularlo o forzarlo a ocupar un lugar central que le quitara capacidad de maniobra terapéutica. Una de las técnicas más simples para desprenderse es indicar una escenificación, el terapeuta puede tomar distancia, observar y recuperar capacidad terapéutica. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 92)

Minuchin y Fishman (2018) indica que,

la escenificación se puede considerar una danza en tres movimientos. En el primer movimiento, el terapeuta observa las interacciones espontáneas de la familia y

decide los campos disfuncionales que conviene iluminar. En el segundo movimiento de escenificación, el terapeuta organiza secuencias escénicas en que los miembros de la familia bailan su danza disfuncional en presencia de él. Y en el tercer movimiento, el terapeuta propone modalidades diferentes de interacción. Este último movimiento puede proporcionar información predictiva e infundir esperanzas a la familia. (p. 92)

Minuchin y Fishman (2018) sobre el enfoque,

En la terapia de familia el enfoque se puede comparar con la realización de un montaje fotográfico. De una escena total, el fotógrafo decide que desea destacar la casa. No el cielo, el camino o el río; solo la casa. Empieza a jugar con el foco. Modifica el ángulo para que la puerta cobre relieve y toma una imagen; después amplía el enfoque para incluir la ventana además de la puerta, y toma otra. Produce un mayor cambio de ángulo, y fotografía la falleba. En virtud de este juego con múltiples vistas del mismo objeto nace una visión multidimensional. Va más allá de la mera descripción para realizar un concepto más amplio: la casa. (p. 107)

Minuchin y Fishman (2018) señala que cuando observa a una familia,

el clínico es inundado por los datos. Es preciso deslindar fronteras, poner de relieve los lados fuertes, señalar problemas, investigar funciones complementarias. El terapeuta seleccionará y organizará estos datos dentro de un esquema que les confiera sentido. Pero esta organización debe ser al propio tiempo un esquema terapéutico que promueva el cambio. En consecuencia, el terapeuta organizará los hechos que percibe de manera que formen trabazón entre ellos y posean también pertinencia terapéutica. (p. 107)

Para hacer esto hace falta, en primer lugar, que el terapeuta seleccione un enfoque y, en segundo, que elabore un tema para trabajar sobre él. Al mismo tiempo los diversos campos que, siendo interesantes, no son por el momento útiles para su meta terapéutica. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 107)

Minuchin y Fishman (2018) pone en relevancia que,

En la sesión escogerá ciertos elementos de la interacción de esta familia y organizará el material de manera que guarde armonía con su estrategia terapéutica. Mediante la criba de buena parte de la información que le afluye durante la sesión

queda en condiciones de situar en la mira los datos que son pertinentes para la terapia. (p. 108)

El esquema del terapeuta incluye tanto una meta estructural como una estrategia para lograr esa meta. Por ejemplo, si quiere cuestionar una familia demasiado fusionada, puede enfocar las desdibujadas fronteras entre sus miembros. El modo en que lo haga estará determinado por el contenido y la marcha de la sesión. Pero los datos experimentaran una transformación impuesta por el tema terapéutico. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 107)

Intensidad

Minuchin y Fishman (2018) señalan que “cuando ponen en escena las secuencias interactivas de la familia e interviene para producir cambios, el terapeuta tropieza con el problema de hacer llegar su mensaje” (p. 124).

Los miembros de la familia tienen una sensibilidad auditiva discriminatoria, que presenta campos de sordera selectiva regulados por su historia común. Además, todas las familias, aun las que se componen de personas muy motivadas, operan dentro de cierta frecuencia. Por ello, el mensaje del terapeuta puede no ser registrado o puede perder penetración. El terapeuta necesita hacer que la familia «oiga», y esto exige que su mensaje supere el umbral de la sordera de la familia. Puede ocurrir que los miembros de la familia oigan el mensaje del terapeuta, pero sin asimilarlo dentro de su esquema cognitivo como una información nueva. Esta última impone el reconocimiento de una «diferencia», pero los miembros pueden oír lo que el terapeuta les dice como si fuera idéntico o semejante a lo que siempre oyeron dentro de la familia. Pueden, en consecuencia, no oír, por más que el terapeuta haya conquistado su atención y por más que ellos escuchen. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 124)

Minuchin y Fishman (2018) indica que,

Las familias difieren unas de otras en el grado en que exigen lealtad a la realidad a la realidad familiar, y por fuerza la intensidad de mensaje del terapeuta habrá de variar según sea lo que cuestione. A veces, simples comunicaciones tienen la intensidad suficiente, mientras que otras situaciones requieren de crisis muy intensas. (p. 124)

Las características del terapeuta son una variable importante en la producción de intensidad. Ciertos terapeutas son capaces de suscitar un drama intenso con intervenciones muy suaves, mientras que otros, para lograr esa intensidad, tienen que recurrir a un alto grado de participación. También las familias presentan diferentes modalidades de respuesta al mensaje del terapeuta. Las familias ya proclives al cambio pueden aceptar la alternativa del terapeuta como un apoyo que los empuja en la dirección hacia la cual de algún modo querían marchar. Otras familias acaso parezcan aceptar el mensaje, pero de hecho lo absorberán en sus esquemas previos, sin cambiar; otras, en fin, presentarán franca resistencia al cambio. Un terapeuta educado para prestar atención solo al contenido de los mensajes puede quedar él mismo tan impresionado por la «verdad» de su interpretación que no se dé cuenta de que los miembros de la familia se han limitado a reflejarla hacia el exterior o asimilaron su mensaje sin recibir información nueva. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 125)

Minuchin y Fishman (2018) indican que en algunos casos,

Cuando en una sesión los miembros de la familia dan muestras de haber alcanzado el límite de lo aceptable emocionalmente y emiten señales en el sentido de que sería conveniente disminuir el nivel de intensidad afectiva, el terapeuta tiene que aprender a ser capaz de no responder a ese requerimiento, a pesar de haber sido educado toda su vida en sentido opuesto. (p. 125)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

Una vez que el terapeuta ha observado las interacciones de la familia y aprendido sus pautas habituales, a meta es hacer que a familia experimente la modalidad de su interacción; esto será el comienzo de un proceso que llevará al cambio. El problema es cómo hacer para que la familia «oiga» el mensaje. Son diversas las técnicas para hacerse oír. (p. 125)

Las intervenciones destinadas a intensificar mensajes varían según el grado de participación del terapeuta. En el nivel más bajo de participación se sitúan las intervenciones relacionadas con una terapia de construcciones cognitivas. Y en el nivel más alto, aquellas en que el terapeuta entra en competencia con la familia por el poder. En la formación del terapeuta, se insiste en los niveles intermedios de participación: las técnicas para crear secuencias interactivas que incrementen el

componente afectivo de la interacción. Estas técnicas incluyen, por ejemplo, una repetición del mensaje, su repetición en interacciones isomórficas, el cambio de la distancia entre personas empeñadas en una interacción y la resistencia a la presión ejercida por la pauta interactiva de una familia. (Minuchin y Fishman, 2018, pp. 125-126)

Repetición del mensaje

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

El terapeuta repite su mensaje muchas veces en el curso de la terapia. Es una técnica importante para el incremento de la intensidad. La repetición puede recaer tanto sobre el contenido como sobre la estructura. Por ejemplo, si el terapeuta insiste en que los padres se pongan de acuerdo sobre la hora en que el hijo se debe acostar, y ellos tienen dificultades para llegar a una decisión, el terapeuta puede repetir que es esencial que los padres se pongan de acuerdo (estructura) sobre determinada hora a que el hijo se debe acostar (contenido). (p. 126)

Repetición de interacciones isomórficas

Minuchin y Fishman (2018) establecen que,

Otra variedad de repetición incluye mensajes que en la superficie parecen diversos (a diferencia del monótono «¿Por qué no se mudó?», pero que son idénticos a un nivel más profundo. Aunque su contenido es diferente, están dirigidos a interacciones isomórficas dentro de la estructura familiar. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 130)

La estructura familiar se manifiesta en una diversidad de interacciones que respondan a un mismo sistema de reglas y que en consecuencia son equivalentes desde un punto de vista dinámico. El cuestionamiento de estas estructuras [*morfos*] equivalentes [*iso*] produce intensidad por la repetición de mensajes dentro de un proceso. Esta intervención puede enfocar interacciones que interesan a la terapia y reunir sucesos en apariencia desconectados en un significado orgánico único, con lo cual se acrecienta la experiencia que los miembros de la familia tienen de la regla familiar constreñidora. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 130)

Modificación del tiempo

Minuchin y Fishman (2018) establecen que,

Los miembros de la familia han elaborado un sistema de notación que regula el tempo y el compás de su danza. Algunas de estas notas son transmitidas por pequeñas señales no verbales que vehiculizan el mensaje «Hemos llegado a un umbral peligroso o a una senda desconocida o insólita. Cuidado, aminorar la marcha o detenerse». Este señalamiento es tan automático que los miembros de la familia sin advertir que han llegado a un territorio prohibido y son retenidos por las riendas del sistema familiar. Como un caballo dócil, obedecen antes que les tiren las riendas y por eso no sienten el freno en la boca. (p. 136)

Cambio de la distancia

Minuchin y Fishman (2018) señalan que, “los miembros de la familia elaboran en el curso de su vida el sentimiento de la distancia «adecuada» que deben mantener entre sí” (p. 144).

Minuchin y Fishman (2018) “El cambio de la distancia que se mantiene automáticamente puede producir un cambio en el grado de atención al mensaje terapéutico” (p. 145).

Resistencia a la presión de la familia

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

En ocasiones «no hacer» puede producir intensidad en la terapia. Esto es verdadero sobre todo cuando el terapeuta no hace lo que el sistema familiar «desea que haga». De manera necesaria e inadvertida los terapeutas son absorbidos en el sistema familiar en su condición de miembros del sistema terapéutico. En ocasiones esta absorción contribuye a mantener una homeostasis disfuncional familiar. Con su resistencia a ser adsorbido por el sistema, el terapeuta introduce intensidad a la terapia. (p. 145)

La escenificación se asemeja a una conversación en que el terapeuta y la familia tratan de que el otro vea el mundo como él lo ve. La intensidad se puede comparar con un cotejo de gritos entre el terapeuta y una familia dura de oído. La eficacia terapéutica puede disminuir muchísimo si la orientación terapéutico hace creer un mensaje terapéutico se recibió porque fue emitido, y también a la causa de las reglas de etiqueta en virtud de las cuales la gente tiende a fingir comprensión para no

parecer brusca. Es preciso que la familia oiga realmente el mensaje del terapeuta. Si son duros de oído, aquel tendrá que gritar. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 147)

Reestructuración

Minuchin y Fishman (2018) indican que,

el lado débil de este tipo de organización familiar es que los miembros de la familia experimenten dificultades para desarrollarse como holones diferenciados. Cuando los hijos llegan al final de la adolescencia y tienen que empezar a separarse de la familia, pueden sufrir quebrantos psicóticos o afecciones psicosomáticas. (p. 148)

Minuchin y Fishman (2018) establecen que,

El terapeuta que trabaje con estas familias tendrá que interponerse en esas interacciones demasiado armoniosas diferenciando y delineando las fronteras de los holones familiares a fin de hacer sitio a la flexibilidad y el crecimiento. Las familias disfuncionales son sistemas complejos «constituidos por un gran número de partes que interactúan de una manera complicada». Estas partes, u holones familiares, están interrelacionadas en un orden jerárquico. (p. 148)

Los individuos pertenecen a una multiplicidad de holones y cumplen papeles diferentes en cada uno de ellos. En cada holón se activan segmentos del repertorio vivencial de los individuos. Las aptitudes que corresponden a un holón pueden o no ser convocadas en otros holones, pero forman parte del repertorio posible. El crecimiento en la familia funcional es un proceso flexible cuyo resultado es un individuo de múltiples facetas capaz de adaptarse a contextos cambiantes. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 149)

Minuchin y Fishman (2018) respecto de la terapia,

es un proceso en que se cuestiona el «así se hacen las cosas». Y un objetivo importante de ese cuestionamiento son los subsistemas familiares porque constituyen el contexto donde se elaboran la complejidad y la competencia. (p. 149)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que, “puesto que la terapia supone un cuestionamiento de la estructura familiar, es preciso que el terapeuta comprenda el desarrollo normal de las familias y el poder de las reglas de los holones ejercen sobre el íntegro desarrollo de los miembros” (p. 149).

Minuchin y Fishman (2018) "Las técnicas de fijación de frontera están destinadas a modificar la participación de los miembros de diferentes holones. El desequilibramiento modifica la jerarquía de las personas dentro de un holón. Y la complementariedad cuestiona la idea de jerarquía lineal" (p. 151).

Fronteras

Señalan Minuchin y Fishman (2018) que,

las técnicas de fijación de fronteras regulan la permeabilidad de las que separan a los holones entre sí. He aquí el concepto rector: participar en el contexto específico de un holón específico requiere respuestas específicas para ese contexto. Las personas funcionan siempre con una parte solamente de su repertorio. Es posible actualizar alternativas potenciales si el individuo empieza a actuar en otro subsistema o si cambia la índole de su participación en un subsistema determinado. Las técnicas de fijación de fronteras pueden apuntar a la distancia psicológica entre los miembros de la familia y a la duración de la interacción dentro de un holón significativo. (p. 152)

Distancia psicológica

Minuchin y Fishman (2018) esta hace referencia que,

En muchos casos la distribución con que los miembros de la familia toman asiento en la sesión es un indicador de las alianzas entre ellos. Pero es un indicador débil que el terapeuta solo debe aceptar como una primera impresión que es preciso investigar, corroborar o desechar. Verificará, entonces, los indicadores especiales, pero hará lo propio con otra clase de indicadores. Cuando habla alguno de los miembros de la familia, el terapeuta observará quien lo interrumpe o completa la información, quién proporciona información y quién lo ayuda. También se trata de indicadores débiles, pero proporcionan al terapeuta un mapa tentativo sobre las relaciones de proximidad, las alianzas, las coaliciones y las díadas o tríadas funcionales, así como sobre las pautas que expresan la estructura y la sustentan. Además puede utilizar constructos cognitivos o bien maniobras concretas para crear fronteras nuevas. (p. 152)

Minuchin y Fishman (2018) señala que,

Los terapeutas experimentados hacen acopio de un conjunto de ellas que cautivan su imaginación y se convierten en respuestas espontaneas en las situaciones apropiadas: «Usted se apropia de su voz». «Si ella responde por ti, no necesitas hablar». «Usted es ventrílocuo y ella el títere». «Sus voces alucinadas ni siquiera son tuyas; es a voz de su padre que habla dentro de usted» «Si tu padre hace las cosas por ti, nunca dejaras de ser una persona torpe» «Si tus padres saben cuándo necesitas insulina, no serás dueña de tu propio cuerpo». He ahí frases características de Minuchin, quien gusta de las metáforas concretas. Si un terapeuta las toma, tendrá que apropiárselas como cosa personal; pero lo mejor es que escoja sus propias frases para poner de manifiesto la intromisión en el espacio psicológico, con el propósito de señalar y separar díadas demasiado unidas. (p. 153)

Minuchin y Fishman (2018) respecto a las relaciones trianguladas, señala que,

El terapeuta se preocupará de trazar fronteras entre tres personas en caso de que interacciones diádicas disfuncionales se mantengan en virtud de la intervención de un tercero como desviador, aliado o juez. El terapeuta puede resolverse a mantener la separación de la díada demasiado unida como un modo de ayudar a sus miembros a descubrir alternativas a su conflicto dentro de su propio subsistema. O puede incrementar la distancia entre ellos recurriendo a un tercero como deslindador de frontera, o creando otros subsistemas que separen a los miembros enredados. (p. 153)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que también resultan,

necesarias las fronteras entre subsistemas; y si los padres se inmiscuyen en conflictos entre hermanos, o adolescentes descalifican sus padres o intervienen en el territorio de los cónyuges, o los abuelos se coligan con los nietos contra los padres, o un cónyuge entra en coalición con sus padres contra el otro, el terapeuta dispone de una diversidad de técnicas para trazar fronteras. En ocasiones introducirá una regla al comienzo de la terapia. Podrá decir: «En este consultorio tengo solo una regla. Es una regla muy simple, pero es evidente que a esta familia le resultará muy difícil respetarla. Y es que nadie debe hablar por otro o decir en su lugar cómo esa otra persona siente o piensa. Cada uno debe contar su propia historia y ser dueño de su propia memoria». Las variaciones en torno de esta regla permitirán al terapeuta establecer fronteras y señalar la intromisión de unos

miembros de la familia en el espacio psicológico de otros miembros como «desobediencia a la regla». Es posible bloquear las intromisiones, alianzas o coaliciones diciendo que eso es hablar en lugar del otro o imaginar los pensamientos y las acciones futuras de la otra persona. (p. 155)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

El terapeuta se puede utilizar a sí mismo como un trazador de fronteras espaciales, por ejemplo si recurre a sus brazos o su cuerpo para interrumpir el contacto visual de una díada demasiado unida. Esta maniobra se puede acompañar con un cambio de posición de las sillas, destinado a estorbar la emisión de señales; además, se lo puede reforzar con una declaración de este tenor: «Estás hablando con tu hermano, no necesitas la ayuda de tu padre» o «Tú conoces mejor este hecho porque estuviste presente; consulta entonces tu memoria en lugar de utilizar la de tu madre». (p. 156)

Duración de la interacción

Extender o alargar un proceso, que es un modo de incrementar su intensidad, puede ser también un recurso para demarcar subsistemas o separarlas. En estas situaciones el contenido de la interacción importa menos que el hecho de que ella se produzca. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 159)

Desequilibramiento

Minuchin y Fishman (2018) señala que,

en las técnicas de fijación de fronteras el terapeuta se propone cambiar las afiliaciones de los miembros de la familia a los diversos subsistemas o la distancia entre los subsistemas. En el desequilibramiento, por el contrario, la meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. (p. 166)

Cuando el terapeuta y los miembros de la familia coparticipan en un sistema terapéutico, acuerdan un contrato explícito que define al terapeuta como el perito del sistema y el líder de la empresa terapéutica. En consecuencia, el mero ingreso en el sistema terapéutico modifica la estructura de poder en la familia. Todos sus miembros dan un paso atrás, por así decir, concediendo al terapeuta el poder necesario para la utilización de su pericia. Este desplazamiento no será cuestionado

por los miembros de la familia mientras el terapeuta respete la distribución del poder en el seno de aquella. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 166)

Minuchin y Fishman (2018) indican que el problema sería,

que el terapeuta tendrá que utilizarse a sí mismo como miembro del sistema terapéutico para cuestionar y modificar la distribución del poder en el seno de la familia. Los miembros de ésta esperan que el terapeuta sea «firme pero equitativo». Esperan que apoye el punto de vista de todos en un acto de equilibramiento que deje todo como estaba o que «juzgue» quién tiene razón desde la posición objetiva de un perito ajeno a la familia. En lugar de ello el terapeuta entra en coparticipación y apoya a un individuo o subsistema a expensas de los demás. Se alía con un miembro de la familia situado en un lugar inferior de la jerarquía, y le confiere poder en lugar de quitárselo. Desconoce a la central de operaciones de la familia. Coparticipa con uno de los miembros en una coalición que ataca a otro. Estas operaciones estorban el reconocimiento de las señales por medio de las cuales los miembros de la familia suelen indicarse unos a otros la corrección de su conducta interpersonal. El miembro que cambia de posición dentro de la familia por su alianza con el terapeuta no reconoce las señales de la familia o no responde a ellas. Opera con modalidades desacostumbradas, atreviéndose a explorar terrenos no habituales de funcionamiento personal e interpersonal y poniendo de relieve las posibilidades que antes no se advertían. (p. 166)

Minuchin y Fishman (2018) resulta importante señalar que,

El desequilibramiento de un sistema puede producir cambios significativos cuando los miembros individuales de la familia son capaces de experimentar con roles y funciones ampliados en contextos interpersonales. Estos cambios pueden llegar a engendrar realidades nuevas para los miembros de la familia. Puesto que la realidad de éstos es una cuestión de perspectiva y de puntuación, todo cambio en la posición jerárquica en el seno de la familia produce un cambio en la perspectiva de sus miembros en relación con lo que se considera permitido en las interacciones entre ellos. Esto permite que descubran y posibiliten alternativas en todos los subsistemas. (p. 167)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que, “las técnicas de desequilibramiento se pueden agrupar en tres categorías, según las exigencias que planteen al terapeuta en

materia de participación personal. El terapeuta se puede aliar con miembros de la familia, ignorarlos o entrar en coalición unos con otros” (p. 168).

Minuchin y Fishman (2018) señalan que la alianza con miembros de la familia es la primera de las técnicas de desequilibramiento.

La coparticipación terapéutica es en esencia una técnica de alianza. El terapeuta confirma a las personas, pone de relieve su parte fuerte y de este modo se convierte para ellas en una fuente importante de autoestima. En virtud del empeño que pone en utilizarse a sí mismo para crear un contexto de confianza y esperanza promueve la búsqueda y experimentación de alternativas. Para desequilibrar, recurrirá a su alianza con un miembro de la familia, destinada a modificar su posición jerárquica dentro del sistema familiar. El hecho de enfocar a un miembro, modifica la posición de todos los demás. Si bien se puede desequilibrar aliándose con miembro dominante del grupo, en la mayoría de los casos esta técnica se utiliza para brindar apoyo a un miembro periférico o de posición inferior dentro de la familia, esta persona, cuando siente la alianza del terapeuta, empezará a cuestionar su posición prescrita dentro del sistema. (p. 168)

Ignorar a miembros de familia es la segunda técnica empleada en Minuchin y Fishman (2018) sobre el desequilibramiento,

Esta técnica de desequilibramiento contraría la manera de ser que la cultura ha impreso en el terapeuta; en efecto, demanda la capacidad de hablar y obrar como si ciertas personas fueran invisibles. Los miembros de la familia desconocidos se sienten cuestionados en su derecho más esencial, el de ser reconocidos. Se revelarán contra una tan radical falta de respeto recurriendo a alguna modalidad de demanda o de ataque. Su rebelión contra el terapeuta puede cobrar la forma de un desafío directo, pero más a menudo consistirá en una llamada a cerrar filas con los demás miembros de la familia. Esta última interacción, que conlleva muchas veces un reclamo de coalición contra el terapeuta, posibilita un realineamiento de las jerarquías familiares. (p. 176)

El terapeuta utiliza esta técnica en su variedad más suave en los casos en que ignora a un niño demasiado demandador y acaparador. Cuando es eficaz, esta intervención produce un desenfoque inmediato del niño, lo que puede tener sobre él un efecto apaciguador. Una forma más activa de esta técnica consiste en que el

terapeuta formule de manera explícita su cuestionamiento. Puede decir «no me gusta hablar con personas que no se comportan a la altura de su edad»; «No hago caso de los niños que parecen tener cuatro años cuando han cumplido los catorce; cuando su hija se comporte como una niña de catorce, le hablaré», o «¿No es extraordinario que su marido crea que produciendo muchos ruidos sin sentido, los demás pensarán que dice algo?». (Minuchin y Fishman, 2018, pp. 176-177)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

Este tipo de intervención en que el terapeuta habla con los demás miembros de la familia sobre el miembro «blanco» puede producir considerable alarma porque conlleva un realineamiento de aquéllos con el terapeuta, con exclusión del miembro blanco. Se puede utilizar con niños refractarios, que cuestionan la terapia negándose a hablar. (p. 177)

Coalición contra miembros de la familia, es la tercera técnica de desequilibramiento, según Minuchin y Fishman (2018)

el terapeuta participa como miembro de una coalición contra uno o más miembros de la familia. Este tipo de participación directa del terapeuta le impone poseer la capacidad de llevar adelante un enfrentamiento y utilizar su posición de poder como el perito del sistema para cuestionar y descalificar la pericia de un miembro de la familia. (p. 182)

Desde luego que, como consecuencia de esta técnica, el miembro blanco de ella se tensiona, pero el miembro de la familia que entra en coalición con el terapeuta no queda menos tensionado. Participa en la coalición al precio de ser capaz de rebasar el umbral de interacciones habituales y de apoyar al terapeuta en un franco desafío a un miembro poderoso de la familia. Como terminada la sesión el terapeuta se retira, su «aliado» en la familia necesita estar seguro de que una vez que la familia abandone la sesión podrá «sobrevivir» en el nuevo campo sin la ayuda del terapeuta. El éxito de esta estrategia exige que los miembros de la familia acepten que esta transformación es valiosa en beneficio de toda la familia. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 182)

Al respecto Minuchin y Fishman (2018) señalan importante tener en cuenta que,

ante el espectáculo de la explotación y el daño que en ciertas familias disfuncionales los padres infligen a niños tomados como chivo emisario, el terapeuta puede caer en la tentación de protegerlos creando una coalición con ellos contra los padres. Este tipo de intervención suele ser nocivo para los niños quienes en el hogar se encontrarán privados del apoyo del terapeuta. Las técnicas de coalición demandan el conocimiento sólido de las tensiones que provocan en el miembro aliado dentro de la familia. (p. 182)

Complementariedad

Minuchin y Fishman (2018) en caso clínico, señalaba que cada miembro de la familia tenía una perspectiva unilateral del todo; es decir,

Declaraban: «Soy el centro de mi universo». El padre decía: «Probablemente yo sea el problema, porque no demuestro mis afectos». La madre afirmaba: «Soy muy sensible a los aspectos negativos del matrimonio y soy la que tiene la reacción más fuerte». Doris reflexionaba: «Mi madre tiene una necesidad que yo debo llenar, y esa es una de las razones por las cuales regresé a casa». Dan explicaba: «Mi madre siempre me dice: “eres igual tu padre”». Los cuatro miembros se veían como causa o como efecto: «Yo soy la entidad; soy un todo. Me contengo a mí mismo, la circunstancia presente me envuelve e influye sobre mí. Respondo a este contexto o lo manipulo porque yo soy el centro». Ahora bien, bastó una sola sesión para poner de manifiesto que los cuatro miembros en su condición de partes eran necesarios para mantener la distancia adecuada que aseguraba un estilo de vida que la familia consideraba armonioso. (pp. 192-193)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

Una de las metas en terapia de familia es ayudar a los miembros de ésta a que vivencien su pertenencia a una entidad que rebasa el si-mismo individual. Esta operación, lo mismo que la técnica de desequilibramiento, apunta a modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia, con la diferencia de que esta vez se cuestiona la idea integral de jerarquía. Si los miembros de la familia son capaces de encuadrar su experiencia de manera que abarque lapsos mayores, percibirán la realidad de un modo nuevo. Cobrarán relieve entonces las pautas del organismo total y se advertirá que la libertad de las partes es interdependiente. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 194)

Minuchin y Fishman (2018) expone que,

Cada una de estas personas tiene una versión unilateral de la misma realidad. Tienen razón en lo que se refiere a su vivencia, y la realidad que defienden es la verdad. No obstante, en la unidad más amplia existen muchas posibilidades además de éstas. (p. 195)

El cuestionamiento del problema

Minuchin y Fishman (2018) señalan que, “el primer cuestionamiento del terapeuta a la certidumbre de que existiría un paciente individualizado, con independencia del contexto, puede ser simple y directo. Puede ser simple y directo” (Minuchin y Fishman, 2018, p. 195)

La terapia parte del consenso, compartido por los miembros de la familia y el terapeuta, de que algo anda mal. La familia está en terapia porque su modo de ser ha resultado insuficiente y sus miembros desean buscar alternativas. Pero, adheridos como están a sus verdades habituales, ofrecerán resistencia a las alternativas aun en el mismo momento en que las buscan. El terapeuta, que ocupa la posición jerárquica del perito, puede, con una simple declaración (por ejemplo: «Veo en la familia factores que contradicen su opinión de que el enfermo sería usted»), arrojar una luz diferente sobre la experiencia compartida de que un individuo es el problema. La respuesta de la familia y del propio paciente individualizado puede consistir en reafirmar la realidad que sustentan: «El es el paciente». (Minuchin y Fishman, 2018, p. 196)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

En ciertas familias es evidente que una persona es la portadora de los síntomas. Por ejemplo en las familias psicósomáticas [como lo puede ser el consumirdor de sustancias] o en las que tienen un miembro psicótico. En estos casos, el terapeuta puede utilizar la autoridad de su pericia y declarar que la experiencia que él tiene con las familias de este tipo le ha enseñado que siempre participan en el mantenimiento del problema y a menudo lo hicieron en su origen. Agregará: «sé que ustedes todavía no pueden verlo así, pero acepten por un tiempo lo que les digo, aunque sólo sea como un acto de fe». O indicará: «conversen entre ustedes sobre el modo en que la familia sustenta o promueve el problema, porque saben más que

yo acerca de ustedes mismos». O abordará la situación como una novela policial: «ustedes tienen la clave. Los escuchare mientras la buscan». (p. 196)

El cuestionamiento del control lineal

El terapeuta cuestiona la idea de que un solo miembro puede controlar el sistema familiar. Más bien cada persona es el contexto de las demás. En el caso del señor Smith, el paciente agitado y deprimido, Minuchin agregó, después de decirle «No este tan seguro»: «Si la causa de sus problemas fuera otra persona, alguien de la familia, ¿quién cree usted que lo haría sentir tan deprimido?». Tampoco aquí introducía el terapeuta datos nuevos. Introducía, en cambio, un modo diferente de recortar la realidad. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 197)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

existe una técnica genérica para apuntar el concepto de reciprocidad: el terapeuta expone la conducta de un miembro de la familia y atribuye a otro la responsabilidad de esa conducta. Puede decir a un adolescente: «Actúas como un niño de cuatro años», y volverse después a los padres para preguntarles: «¿Cómo se arreglan para mantenerlo tan pequeñito?». O en otro caso. «Su esposa puede controlar todas las decisiones en esta familia ¿Cómo consiguió echar sobre sus hombros todo ese trabajo?». En esta técnica, el terapeuta se alía de hecho con la persona quien parece atacar. El miembro de la familia cuya conducta se expone como disfuncional no hace resistencia a esa exposición por el hecho de que la responsabilidad se atribuye a otro. (Minuchin y Fishman, 2018 p. 197)

Minuchin y Fishman (2018) indican que,

esta misma técnica se puede utilizar para señalar una mejoría. «Ahora estas actuando como corresponde a tu edad», puede decir el terapeuta al niño y después estrechar la mano de los padres, señalado: «Es evidente que ustedes han hecho algo que permitió a John crecer. ¿Pueden explicarlo? ¿Tienen conciencia del modo en que lo lograron?». Por esta vía, empujando a la familia a adueñarse del cambio de uno de sus miembros, el terapeuta insta al sistema como un todo a aceptar la idea de la reciprocidad de cada una de sus partes. (pp. 197-198)

El cuestionamiento del modo de recortar los sucesos

El terapeuta cuestiona la epistemología de la familia introduciendo el concepto de un tiempo ampliado y encuadrando la conducta individual como parte de un todo más vasto. Aunque rara vez esta intervención alcanza su meta, que es modificar la epistemología de la familia, por este camino sus miembros pueden vislumbrar el hecho de que cada uno es parte funcional y más o menos diferente de un todo. (Minuchin y Fishman, 2018 p. 198)

Realidades

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

una familia no solo tiene estructura, sino un conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar. La estructura y la estructura creída se apoyan y se justifican entre sí, y cualquiera de ellas puede ser la vía de acceso para la terapia. De hecho, la intervención terapéutica siempre influirá sobre ambos niveles. Todo cambio en la estructura de la familia modificará su visión del mundo, y todo cambio en la visión del mundo sustentada por la familia será seguido por un cambio en su estructura, incluidos los cambios en el uso del síntoma para el mantenimiento de la organización familiar. (p. 207)

Minuchin y Fishman (2018) complementan que,

Cuando acude a la terapia, la familia presenta solo su percepción restringida de la realidad. Acaso defiende instituciones que han perdido su utilidad, pero no puede hacer otra cosa dentro de su imagen del mundo. La familia desea que el terapeuta restaure y aceite su funcionamiento habitual, y se lo devuelva después, por así decir, intacto en lo esencial. Pero el terapeuta, que es un creador de universos, ofrecerá a la familia una realidad diferente. Soló utilizará los hechos que la propia familia reconoce verdaderos, pero a partir de ellos edificará un ordenamiento nuevo. Tras verificar la fortaleza y las limitaciones de las construcciones familiares, sobre esos cimientos levantará una concepción más compleja del mundo, que promueva y sustente la reestructuración. (p. 207)

La elaboración de una concepción del mundo

Minuchin y Fishman (2018) puntualizan sobre.

esta concepción del mundo validada socialmente encuadrada a la realidad que encuadra a la persona. El individuo, que apenas iniciado a la vida aprende a capturar

la realidad que se le presenta como objetiva, produce las lentes selectivas, que llevará por el resto de sus días. Quienes transmiten esta realidad al bebé, nos dice Herbert Mead, son los «otros significativos», que le imponen su definición de las situaciones: «El individuo se experimenta a sí mismo como tal, pero no de manera directa, sino solamente indirectamente desde el punto de vista particular de otros miembros individuales del mismo grupo social o desde el punto de vista generalizado del grupo social global a que el pertenece (...) El propio proceso social es el responsable del seguimiento del sí-mismo, que no existe como sí-mismo fuera de este tipo de experiencia». (p. 209)

Validación de una concepción del mundo

Minuchin y Fishman (2018) señalan que, “el modo en que la familia elabora su estructura es análogo al proceso por el cual la sociedad crea sus instituciones. Lo es también la manera en que valida su estructura” (p. 210).

Cuestionamiento de la concepción del mundo

El núcleo básico de universo proporciona a los miembros de la familia la seguridad de habitar un territorio. Por desdicha, también les puede imponer limitaciones que no deberían existir. Pone a los miembros de la familia a defender banderas que ellos en realidad no sustentan y a atacar bastiones que en realidad sus enemigos no defienden. Peor aún, los mantiene en la ignorancia de las cosas que conocen o que podrían conocer, inhibe su curiosidad acerca del mundo en que habitan y los disuade de explorar universos que podrían llegar a poblar. (Minuchin y Fishman, 2018 pp. 212)

El terapeuta procura presentar algunos de los diferentes universos parciales que se sitúan fuera del núcleo básico de universo de la familia, y que sus miembros ignoran. El terapeuta sabe que estos interpretan la realidad de la familia desde la perspectiva de los holones que constituyen. En consecuencia, la interpretación de los universos transmitidos y de la atipicidad es una cuestión de perspectiva. Y es posible modificar las perspectivas. (Minuchin y Fishman, 2018 pp. 212)

Construcciones

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

La familia ha construido su realidad presente en un proceso de organización de los hechos en que iba manteniendo sus ordenamientos institucionales. Había otras maneras de percibir, pero ella escogió un esquema explicativo preferencial. Este puede y debe ser cuestionado y modificado, lo que pondrá al alcance de la familia modalidades nuevas de interacción. (p. 215)

Minuchin y Fishman (2018) indican que “el terapeuta empieza por aflojar la rigidez del esquema preferencial. También desestima mucho de los hechos que la familia presenta y selecciona la «realidad terapéutica» como arreglo a la meta terapéutica” (p. 215).

La libertad del terapeuta como constructor de realidades es limitada por su propia biografía, por la realidad finita de la estructura familiar y por la peculiar modalidad con que la familia ha elaborado su estructura. El está, por lo tanto, limitado en su actividad modificadora. La familia tiene la capacidad de controlarlo por vía de determinar sus respuestas complementarias. También puede inducirlo a sustentar la realidad de la familia. Y no obstante, su aporte es un factor que contribuye a la familia de ese campo. (Minuchin y Fishman, 2018 p. 215)

Minuchin y Fishman (2018) refieren sobre la existencia de,

diversas técnicas para transmitir el mensaje de que la familia y sus miembros disponen de otras alternativas, además de sus modalidades predilectas de interacción. El objetivo es siempre convertir a la familia a una concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma, y a una visión de la realidad más flexible y pluralista, que admita una diversidad dentro de un universo simbólico más complejo. Las técnicas para modificar la realidad de la familia se agrupan en tres categorías principales. Estas son la utilización de símbolos universales, de verdades familiares y el consejo profesional. (p. 215)

Símbolos universales

Minuchin y Fishman (2018) “Con esta técnica, el terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyaran en una institución o en un acuerdo que rebasaran el ámbito de la familia. Cuando obra de este modo pareciera que se refiere a la realidad objetiva” (p. 216).

La fuerza de las construcciones universales reside precisamente en el hecho de que se refieren a cosas que «todo el mundo conoce». No aportan información nueva; se

las reconoce de manera inmediata como realidad compartida. El terapeuta recurre a ese acuerdo a modo de una base para edificar una realidad diferente para la familia. (Minuchin y Fishman, 2018 p. 216)

Verdades familiares

Minuchin y Fishman (2018) aquí ponen de manifiesto que,

el terapeuta presta atención a las justificaciones que la familia aduce para sus interacciones y utiliza su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento. Es una suerte de yudo en que el terapeuta se vale de la fuerza de la misma familia para inaugurar una dirección diferente. «Como son ustedes padres solícitos, dejarán a su hijo espacio para crecer»; «No le quitará su voz»; «Cortarán los cables que los unen»; «Exigirán respeto», o «La dejarán fracasar». Una vez que el terapeuta ha seleccionado, de la propia cultura de la familia, las metáforas que simbolizan su realidad reducida, las utilizará como una construcción cada vez que surjan o que se las pueda introducir, transformándolas en un rótulo que señala la realidad de la familia e indica la dirección de cambio. «¡Ah, conque de nuevo conectando los cables!». Esta metáfora pone de relieve la experiencia de la restricción indeseable. (p. 227)

Consejo especializado

Minuchin y Fishman (2018) señalan que para esta técnica,

el terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia y la basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría: «He visto otros casos que...»; «Si usted se pone a investigar esto, descubrirá que...». El terapeuta puede desplazar también las posiciones de explicación, por ejemplo aprovechando su preeminencia como líder del sistema para incluir la perspectiva de un miembro de la familia o pasar una diferente perspectiva familiar. Desde esta posición puede interpretar la realidad de los diferentes miembros de la familia y apoyar la atipicidad como si se tratara de un derecho y no de una herejía. A menudo las prescripciones que se hacen cuando se trabajan con el método de las paradojas están basadas en esta posición del terapeuta como especialista. (p. 230)

Cuando apunta a la concepción del mundo de una familia, el terapeuta trabaja desde una posición distante. Introduce conceptos que cuestionan conceptos. En teoría, la

idea misma es la intervención; en efecto, para acomodarse a la conceptualización nueva la familia entra en un período de confusión, de crisis y reajuste. El proceso se asemeja a las ondas concéntricas que produce una piedra arrojada en un estanque: es un efecto que nada tiene que ver con la contextura de la piedra ni la índole del agente que la dejó caer. (Minuchin y Fishman, 2018 p. 241)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

convencer a la familia acerca de una concepción nueva requiere de la participación del terapeuta. Además, separa el cuestionamiento cognitivo del cuestionamiento estructural no es más que un constructo artificial. Todo cuestionamiento de la concepción del mundo sustentada por la familia es al mismo tiempo un cuestionamiento de su estructura de interacción, y a la inversa. Lisa y llanamente, no existe un cuestionamiento cognitivo aislado. Pero si tiene debidamente en cuenta esta reserva, el terapeuta puede utilizar con eficacia los esquemas cognitivos. (p. 241)

Las paradojas

El empleo que hacemos de las paradojas se basa en tres conceptos que admitimos como supuestos: la familia es un sistema autorregulador; el síntoma es un mecanismo de autorregulación y, por último, el concepto de resistencia sistémica al cambio, que es consecuencia de los dos anteriores. Como el síntoma se utiliza para regular una parte disfuncional del sistema, si el síntoma es eliminado, esa parte del sistema quedará sin regulación. (Papp, 2018, p. 242)

Papp (2018) señalan que,

el ejemplo más común es el de los padres que desvían su conflicto por rodeo de activar el síntoma de un hijo. Para mitigar el síntoma en el hijo, el terapeuta trae a la luz los conflictos irresueltos entre los padres, con lo cual crea una angustia y una fuerte resistencia al cambio. Utilizamos las paradojas sobre todo como instrumento clínico para enfrentar esta resistencia y evitar una lucha por el poder entre la familia y el terapeuta. (p. 242)

Las familias con hijos sintomáticos suelen presentar al terapeuta una demanda contradictoria: piden que el síntoma se modifique, pero sin cambiar su sistema. El terapeuta enfrentará esta contradicción por medio de una serie de enérgicas redefiniciones que conectarán el síntoma con el sistema de tal manera que resulte imposible modificar el uno sin hacerlo con el otro. Con este método el terapeuta define el problema terapéutico. No se trata sólo de eliminar el síntoma, sino que lo decisivo es saber qué ocurrirá cuando se lo elimine; el tema terapéutico se desplaza del «problema» -quién lo tiene, cuál fue su causa y cómo se lo podría superar- al modo en que la familia podrá sobrevivir sin él, quién será afectado por su falta, cómo lo será y qué conviene hacer. (Papp, 2018, pp. 242-243)

Papp (2018) indica que “por medio de esta redefinición sistémica se genera una crisis de percepción. A consecuencia de ésta, la familia se encuentra cada vez más difícil regularse por medio de un síntoma y empieza a hacerlo de manera diferente” (p. 243).

Intervenciones directas, basadas en la aceptación

Por intervenciones directas se entienden consejos, explicaciones, sugerencias, interpretaciones y tareas, que están destinadas a que se las tome literalmente y a que se las respete como se las prescribió. Su objetivo es modificar de manera directa las reglas o los roles de la familia. Se puede instruir a los padres sobre el modo de controlar a los hijos, redistribuir funciones entre los miembros de la familia, establecer reglas disciplinarias, regular la privacidad, instituir una jerarquía de edades y proporcionar información de que la familia carece. También se puede promover la comunicación franca, suscitar sentimientos, proporcionar realimentación personal a la familia e interpretar la interacción familiar. Las intervenciones directas se hacen con la expectativa de que se las respetará y en consecuencia su empleo es indicado cuando se cree que la familia responderá a ellas. (Papp, 2018, p. 243)

Intervenciones paradójicas basadas en el desafío

Papp (2018) señala que,

es paradójica la intervención que, obedecida, tendrá por consecuencia lo opuesto de lo que parece pretender. Su éxito depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta u obedezca a ellas hasta un grado tan absurdo que se vea obligada a retroceder. Si una familia desafía de continuo las intervenciones basadas en la aceptación, se puede suponer con certeza que dentro del sistema existe una interacción oculta que les quita eficacia; una alianza secreta, una querella o una coalición que la familia es renuente a revelar o cambiar. El objetivo de la paradoja sistémica es esa interacción oculta que se expresa en un síntoma. (p. 244)

La redefinición se propone modificar el modo en que la familia percibe el problema. Redefiniendo el síntoma, deja de ser un elemento ajeno al sistema para convertirse en parte esencial de él. A fin de preservar la estabilidad familiar, la definición dirá que la conducta mantenedora del síntoma obedece a motivos benévolos. La ira se definirá como ternura, el sufrimiento como abnegación, el distanciamiento como una manera de obtener más intimidad, y así. El terapeuta no intentará modificar el sistema directamente; más bien lo apoyará, respetando la lógica afectiva interna con que se desenvuelve. (Papp, 2018, p. 244)

Papp (2018) señala que,

una vez definido de manera positiva, se prescribirá como conclusión inevitable de la lógica de la propia familia aquel mismo ciclo de interacción que es el que produce el síntoma. Cuando este ciclo se pone en escena de manera consciente, pierde el poder que tenía para producir el síntoma. Las reglas secretas del juego se ponen de manifiesto y la familia se ve precisada a asumir la responsabilidad de sus propias acciones. (p. 244)

Papp (2018) indica que “para prescribir este ciclo, es prerequisite un conocimiento preciso de la relación entre el síntoma y el sistema y el modo en que se activan entre sí” (p. 244).

En congruencia con los dos pasos anteriores, cada vez que la familia presente signos de cambio, el terapeuta deberá refrenarlos. Si el síntoma es en efecto un elemento esencial en el funcionamiento de este sistema, y el terapeuta respeta el sistema, no podrá menos que lamentar cualquier cambio. A medida que la familia

se muestra renuente a esta prescripción y presiona en el sentido del cambio, el terapeuta regula su ritmo. No cesa de enumerar las consecuencias del cambio y anticipa las dificultades nuevas que habrán de surgir, predice el modo en que afectarán al sistema, y con cautela permite que la familia cambie a pesar de todo ello. (Papp, 2018, p. 244)

Fidelidad a la paradoja sistémica

Papp (2018) señala que,

después de formulada y pronunciada la paradoja sistémica, se presenta la difícil tarea de mantenerse fiel a ella. Lo más probable es que en la sesión siguiente la familia no mencione el mensaje. Sus miembros recurrirán a diversos e ingeniosos métodos para tratar de eliminarlo, desde ignorarlo, olvidarlo, desecharlo, contradecirlo, hasta presentarse con una crisis nueva que nada tiene que ver con el problema originario. El paso siguiente exige que el terapeuta persista sin desmayo en su definición circular del problema e introduzca una y otra vez la conducta de la familia en el nuevo marco. Para ello tiene que estar convencido de que su percepción es correcta. La falta de convicción suele estorbar a los participantes la emisión de un mensaje paradójico. Temerosos de que suene absurdo, toman conciencia de esa situación y lo emiten de una manera tentativa, con la consecuencia de que la familia lo percibe como burla o sarcasmo. Para que resulte eficaz se lo tiene que formular con total sinceridad, sólo posible si se cree que ésa es la verdad sistémica de la familia. Hemos descubierto que por más absurdo que suene el mensaje, algún miembro de la familia confirmará su validez. (pp. 251-252)

Consideraciones que el terapeuta estructural debe considerar.

Minuchin y Fishman (2018) señalan que “cada familia posee en su propia cultura elementos que, si se los comprende y se los utiliza, se pueden convertir en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros” (p. 259).

Minuchin y Fishman (2018) al respecto puntualizan que,

los terapeutas no hemos asimilado este axioma. Rendimos tributo, si, a los lados fuertes de la familia y nos referimos a ellos como la matriz del desarrollo y la cura. Pero nuestra formación es la de detectives psicológicos. Tenemos, por instinto, a «pesquisar y destruir»: localizamos la perturbación psicológica, la clasificamos y la erradicamos. Somos los «expertos»: el personal especializado que obtuvo su credencial para defender lo normal mediante la elaboración y el sustento de una tipología que encuadra la atipicidad como enfermedad mental. Lo curioso del oficio de pesquisar lo atípico se organiza por referencia a un modelo de normalidad que, en el mejor de los casos, es vago e indiferenciado. Como el aprendiz de brujo, utilizamos una mezcla de sabiduría, tecnología e ignorancia. Prisioneros de las normas culturales prevalentes en nuestro contexto institucional, investigamos la patología como un médico que intentará identificar un virus; de este modo definimos y redefinimos la atipicidad. Cada tantos años, el movimiento de la salud mental pasa por un periodo ritual de revisión de sus categorías diagnósticas. Ciertas afecciones son expurgadas, devueltas a la categoría de lo normal las conductas que les corresponden. (pp. 259-260)

Minuchin y Fishman (2018) indican que,

Por fortuna para la terapia de familia, los terapeutas no han sido capaces de elaborar categorías diagnosticas que les permitieran clasificar como normales o como atípicas determinadas formas de familia; con un poco de suerte, nunca las elaboraremos. No obstante, nos ha estorbado el difundido punto de vista que establece una polaridad entre «la familia» «el individuo», que enfoca la vida como una lucha heroica entre la parte y el todo. Los terapeutas de familia saben que el ser humano es un holón, pero en algún sentido la pertenencia indispensable a ese holón se concibe como una derrota: una pérdida de individualidad. (p. 260)

Las familias trabadas por conflictos irresueltos tienden a estereotipar las interacciones interpersonales en errores repetitivos con la consecuencia de que sus miembros reducen la visión que tienen unos de otros y enfocan las deficiencias. Cuando acuden en demanda de tratamiento, presentan sus aspectos más disfuncionales; son los sectores que consideran pertinentes para la terapia. Por otra parte, tienden a reservar sus rendimientos más competentes para los holones extrafamiliares. La utilización que de sí mismos hacen dentro del organismo familiar disfuncionales se estrecha y pierde complejidad. El terapeuta no debe responderles

de un modo que suponga aceptar que esos estereotipos disfuncionales por ellos presentados constituirán la totalidad de la familia. Los componentes disfuncionales no son más que los segmentos del íntegro potencial de la familia que están más al alcance del organismo familiar en la situación por la que atraviesa. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 273)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

Si el terapeuta de familia es un entusiasta de la psicopatología, responderá a los bocadillos de patología que la familia le ofrezca y equivocará el camino observado sólo los aspectos menos competentes del organismo familiar. Pero si amplía el enfoque de su sondeo, descubrirá que la familia posee alternativas que es posible movilizar. (p. 273)

Puede ocurrir que en una sesión el terapeuta observe que la conducta de los miembros de la familia no se sale de lo normal, pero que ellos la definen como atípica. En ese caso puede cuestionar la definición que le presentan sobre la base de lo que él observa. (Minuchin y Fishman, 2018, pp. 273-274)

Minuchin y Fishman (2018) indica que,

nada hay que irrite y desconcierte más a los miembros de la familia que un terapeuta que ponga en entredicho su patología. Empiezan a dar explicaciones y a tratar de convencer al terapeuta sobre lo limitado de sus interacciones, solo para descubrir en el proceso de la terapia que sus operaciones eran mucho más complejas y que era preciso reconocer la presencia de aspectos de conducta competente y armoniosa a fin de dar vuelta la imagen que la familia exponía de sí misma. (p. 274)

Minuchin y Fishman (2018) por otra parte,

Una manera en que el terapeuta puede manifestar que no cree en el encuadre que la familia presenta es formular enunciados de curiosidad perpleja. Por ejemplo, puede decir: «¿No es extraordinario el modo en que usted parece ser capaz de ver sólo una parte de su esposa?», o «¿No es asombroso cómo suscita con su hijo sólo las características negativas, que lo asemejan a un monstruo, mientras que a mí parece presentarme sólo su actitud inteligente y llena de humor para mirar la vida?» (p. 274)

La terapia estructural en nuestros días.

Ochoa de Alda (1995) respecto de la terapia estructural señala que,

es un tratamiento breve, que se suele desarrollar a lo largo de tres o seis meses con entrevistas semanales. Se centra en variables estructurales como son los límites y las jerarquías. Su evaluación encuadra los síntomas dentro del ciclo vital de la familia, considerando que debido al estrés provocado por las transiciones evolutivas, el sistema familiar se adhiere a pautas anteriores de conducta que no se adaptan a las exigencias de la etapa actual. Por lo tanto el terapeuta, debe atender al momento evolutivo familiar y comprobar si las tareas, interacciones, límites y jerarquías corresponden a los requisitos del nuevo estadio. El objetivo terapéutico es adecuar las pautas transaccionales a las necesidades de los contextos evolutivo y social, para lo cual induce una crisis que obligue a la familia a reequilibrarse sobre otra estructura más adecuada. Cuando provoca la crisis, el terapeuta tiene que brindar un fuerte apoyo y promover las nuevas conductas, en desarrollo, para solucionar el problema. (p.142)

Minuchin y Fishman (2018) indican que,

En nuestros días los terapeutas de familia modifican sus perspectivas y procuran descubrir los aportes de la familia; aquellos de sus rasgos que pasan relativamente inadvertidos son los que aseguran la supervivencia en un mundo complejo: las interacciones que suponen prodigar cuidados, velar por los demás, brindarles apoyo. Esto es parte de la realidad, y tanto lo es que se lo da por hecho. (p. 262)

Ochoa de Alda (1995) señala que en su conjunto,

la finalidad del tratamiento es ayudar a la familia a desarrollar sus propios recursos –valiéndose, si es necesario, del apoyo de otros sistemas privados o públicos– para enfrentar con éxito las exigencias de la etapa del ciclo evolutivo que esté atravesando. De esta forma el síntoma, que no se considera como una solución protectora sino como una reacción del sistema familiar ante la tensión del desarrollo vital, desaparecerá cuando sus miembros sean capaces de adaptarse a un contexto necesariamente cambiante. (p.143)

4. Consumo de sustancias y drogadicción

4.1. Generalidades de las drogas

“La adicción comienza con la esperanza de que algo “allá afuera” pueda llenar de inmediato el vacío del interior.”

Jean Kilbourne

Kumate Rodríguez (2014) señala que,

como todos sabemos, las drogas han sido compañeras de viaje de los grupos y sociedades humanas, desde las más simples y relacionadas con el mundo natural, hasta las conformadas bajo estructuras más complejas, como colectividades de la globalidad. Podría decirse que el estilo de vida en esa complejidad relacional, caracterizada por una hiperespecialización del conocimiento y por una sobresaturación informativa, ha sido una de las condiciones que han mermado la capacidad social y personal para establecer un punto de equilibrio entre la salud mental y la satisfacción de necesidades y deseos. (p. III)

Musacchio de Zan y Ortiz Frágola (2000) puntualizan,

la adicción a drogas es un fenómeno preocupante de nuestra época. Si bien existió siempre, hace años que el mundo entero está sacudido por la experiencia de ver generaciones de jóvenes destruidas por la droga. [...] La visión de países en muchos aspectos desarrollados que padecen estos gravísimos problemas, y la experiencia cada vez más cercana de que no hay comunidad que pueda permanecer ajena al tema, hacen pensar que el estudio de diferentes aspectos de la drogadicción es hoy indispensable para toda persona interesada en el bien común. (p. 21)

Las drogas se subieron a la palestra de la discusión científica, donde, hasta el momento, continúan manteniéndose. En el nuevo escenario, la medicina, la sociología, la psicología, la antropología, la literatura y las ciencias políticas, entre otras disciplinas, se han ocupado de las drogas desde diferentes perspectivas. (Kumate Rodríguez, 2014, p. III)

Fernández Cáceres (2014) señala que, “el consumo de drogas es un tema que por su complejidad no agota los escenarios de análisis y discusión. Tanto su oferta como demanda constituyen un fenómeno dinámico con diversas implicaciones socioculturales, económicas, políticas y de salud pública” (p. 1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la droga como “toda sustancia terapéutica o no que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración (inhalación, ingestión, fricción, administración parenteral, endovenosa), produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, de acuerdo con el tipo de sustancia, la frecuencia del consumo y la permanencia en el tiempo” (citado en Universidad de Granada, 2021, segundo párrafo, subtítulo “¿Qué es para ti la droga?”).

Para Centros de Integración Juvenil C.I.J. (s.a.), una droga es,

una sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía, produce alteración del sistema nervioso central y modifica las emociones, percepciones, reacciones y el estado de ánimo. Todas las drogas son psicoactivas, es decir, llegan al cerebro a través de la sangre y modifican su funcionamiento. (p. 3)

De Vega (1995) señala que,

la adicción a las drogas es probablemente una de las problemáticas más graves con las que nos podemos encontrar hoy en día en salud mental. Se trata de un hábito de consumo que comporta importantes riesgos para la salud, problemas con la justicia marginación social, ausentismo laboral, accidentes y muertes. (p. 275)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que una adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad. (Citado en IAFA Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, 2020, tercer párrafo, subtítulo “¿Qué es la adicción?”)

La adicción es una enfermedad primaria y progresiva que afecta el sistema nervioso central y está constituida por un conjunto de síntomas y signos característicos. Su origen es multifactorial e implica factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Una adicción supone la necesidad imperiosa o compulsiva por volver a consumir una droga para experimentar la recompensa que produce, y una droga es

toda sustancia natural o sintética que genera adicción. (Granada, 2011; citado en Fernández, 2014, p. 20)

Fernández Cáceres (2014) señala que,

el uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas pueden afectar cualquier persona sin distinción de sexo, edad o condición socioeconómica y cultural. La dependencia de sustancias es una enfermedad que impacta a toda la sociedad y no solo a las personas que las usan, por lo tanto, debe promoverse su atención integral. (p. 1)

Fernández Cáceres (2014) señala que, “la problemática generada por el consumo de sustancias psicoactivas se ha posicionado en las agendas políticas y estratégicas de muchos países debido a su impacto negativo en diferentes ámbitos” (p. 2).

Al respecto Fernández Cáceres (2014) señala que,

desde una perspectiva de salud pública, las acciones implementadas en el campo del consumo de drogas deben partir de políticas y estrategias de atención que prueben su eficacia y sean sensibles a las condiciones sociales, económicas y culturales. Es indispensable que estos esfuerzos reconozcan la diversidad de necesidades de atención, se basen en el conocimiento de la magnitud y características del uso, abuso y dependencia de drogas, el nivel de vulnerabilidad y riesgo que pueden presentar las personas, los daños y consecuencias asociados a su consumo, así como la influencia que ejerce el medio social y cultural. (p. 2)

4.2. Niveles del consumo de drogas y sus consecuencias

Marilyn Monroe se sentía tan sola cada día en el espejo más de dos horas. Marilyn Monroe nunca contesta siempre una pregunta será su respuesta...

Marilyn Monroe, que nunca logra dormir a veces ni con píldoras lo puede conseguir.

Marilyn Monroe cuando matan a su perro ya sabe que nadie ira a buscarla al colegio. Marilyn Monroe que no busca joyas, para ella tienen más valor otras cosas.

Marilyn Monroe se ha suicidado, aprieta el teléfono entre sus manos, Marilyn Monroe, ya está en el depósito y los mercaderes hacen de ella un negocio.

Marilyn Monroe, que nunca logra dormir a veces ni con píldoras lo puede conseguir.

Miguel Ríos

Morrison (2015) puntualiza en una pregunta,

¿Qué es el consumo patológico? Definámoslo como el consumo que rebasa el punto en que los efectos negativos sobrepasan cualquier efecto positivo. Con frecuencia

este punto se alcanza con rapidez durante la primera exposición en algunos pacientes y con ciertas sustancias. Lo usual es que el consumo sea frecuente, intenso o ambos, y siempre implica síntomas y cambios mal adaptativos de la conducta. (p. 395)

Al respecto, Morrison (2015) señala que, la terminología continúa cambiando, pero el problema básico sigue siendo el mismo: el hecho de que la gente consuma drogas de manera inapropiada. Uno de los problemas con los trastornos por consumo de sustancias es que debido a que han sido definidos de manera tan variada —por distintos autores, diferentes sustancias, en diferentes épocas (y en las diferentes ediciones del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM)— existe un desacuerdo sustancial en torno a lo que son con exactitud y a quienes participan en ellos. (p. 395)

Cruz Martín del Campo, León Parra, y Angulo Rosas (2019) señalan que, “el consumo de drogas tiene diferentes niveles y cada uno puede tener distintos grados de severidad” (p. 5).

Cruz Martín del Campo, León Parra, y Angulo Rosas (2019) indican que, para comprender el fenómeno del consumo de sustancias, existe un nivel previo el no consumo o abstinencia esto es un comportamiento alejado del consumo de sustancias psicoactivas” (p. 5).

IAFA Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (2020) Experimentación: es el caso donde la persona, guiada por la curiosidad, se anima a probar una droga, pudiendo posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo. (primer párrafo, subtítulo “Niveles de adicción”)

Para, Cruz Martín del Campo, León Parra, y Angulo Rosas (2019) el, “consumo experimental es aquel que se realiza las primeras veces, generalmente por curiosidad y que puede suspenderse o avanzar hacia el consumo ocasional. No está exento de riesgos” (p. 5).

Uso: el compromiso con la droga es bajo. Se consume los fines de semana y en oportunidades casuales. No existe deterioro laboral, social o familiar. No presenta

episodios de intoxicación. El consumidor sólo busca un cambio de sensaciones. Sin embargo, con el paso del tiempo y el consumo frecuente, las sustancias pueden generar dependencia física o psíquica progresivamente y es fácil caer en el abuso. (Citado en IAFA Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, 2020, segundo párrafo, subtítulo “Niveles de adicción”)

Siguiendo a, Cruz Martín del Campo, León Parra, y Angulo Rosas (2019) “el consumo ocasional hace referencia a baja frecuencia de consumo en ciertos periodos. Su riesgo debe ser evaluado no por la baja frecuencia sino por las cantidades, modalidades y condiciones en las que se realiza” (p. 5).

Molina del Peral (2011) indica que “hay personas que usan algunos tipos de sustancias o llevan a cabo conductas que [...] pueden convertirse en adictivas, y sin embargo, su vida no gira en torno a ello, no generándoles unas consecuencias negativas repetidas en el tiempo” (p. 17)

Probablemente conozcamos a muchas personas que toman algo de alcohol en un aperitivo o en una comida, que luego puedan desarrollar su vida normalmente. [...] Con ellos no se pretende indicar que sea recomendable llevar a cabo estas conductas, pero está claro que en estos casos hablaríamos de un uso de una de una sustancia o conducta sin que pudiéramos considerarlo patológico. (Molina del Peral, 2011, pp. 17-18)

Abuso: el uso se hace regular durante casi todas las semanas y hay episodios de intoxicación. Ejemplo: en alcohol una intoxicación es cuando ya se presenta una resaca, lagunas mentales. La droga va dirigiendo progresivamente la vida, se presenta deterioro académico, laboral, social y familiar. El estado de ánimo es cambiante (una vida normal y una vida adictiva y desconocida la mayor parte de veces por la familia). (Citado en IAFA Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, 2020, tercer párrafo, subtítulo “Niveles de adicción”)

Por ejemplo, Cruz Martín del Campo, León Parra, y Angulo Rosas (2016) señalan que el, “consumo frecuente se refiere a un consumo repetitivo que puede ser semanal, de varias veces a la semana, diario o incluso de varias veces al día. (p. 5)

Al respecto, Cruz Martín del Campo, León Parra, y Angulo Rosas (2019) señalan que el,

uso perjudicial, consumo problemático o abuso es un patrón de consumo de sustancias psicoactivas que ocasiona problemas de salud, con la familia, en la escuela o en el trabajo, en la comunidad, con la sociedad o con la ley. Todo consumo por parte de menores de edad de cualquier sustancia psicoactiva que no sea prescrita por un médico, es perjudicial. Además puede asociarse con diversos estados y trastornos. (p. 5)

Molina del Peral (2011) señala que por lo tanto, “si avanzamos, nos encontramos los que abusan de dichas sustancias o conductas. Sería como un estadio intermedio antes de desarrollar una dependencia” (p. 18).

Al respecto, Molina del Peral (2011) señala que,

cuando se produce un abuso se empieza a producir incumplimiento de obligaciones y se generan consecuencias negativas por el consumo. Supone un riesgo para el consumidor, y no solo depende la frecuencia y cantidad, sino de las peculiaridades de la persona. Por ejemplo, en alguien que tiene una hepatitis y la indicación es no consumir alcohol, cualquier tipo de consumo lo podríamos denominar abusivo. (p. 18)

Adicción: relación de amigos y familiar se rompe, dificultades académicas y laborales. La búsqueda de la droga se realiza de forma compulsiva. Es difícil la abstinencia. Hay compromiso orgánico. Hay conductas de riesgo como: promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas o combinación de varias drogas, el estado de ánimo depende de la etapa consumidor/abstinencia, accidentes automovilístico. (Citado en IAFA Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, 2020, cuarto párrafo, subtítulo “Niveles de adicción”)

Para Molina del Peral (2011) el equivalente de adicción será dependencia,

los síntomas empiezan a ser más y con mayor intensidad que en el abuso, Hay algo característico que es el tiempo invertido en el consumo y la recuperación de los efectos, cada vez mayor. Al igual que las consecuencias que empiezan a trasladarse

a una gran mayoría de las áreas de su vida. Por otro lado, se va anulando la capacidad de decisión de la persona sobre la elección o no de consumir, surgiendo un estado de necesidad hacia la sustancia o conducta. (p. 19)

Trastorno por consumo de sustancias

Los clínicos y los investigadores han argumentado durante años en torno a las definiciones de la adicción. La estrategia del DSM-5 es definir el trastorno por consumo de sustancia como el comportamiento principal de quienes consumen sustancias de manera inapropiada. Estos criterios especifican un tipo de adicción que incluye síntomas conductuales, fisiológicos y cognitivos. (Morrison, 2015, p. 396)

Morrison (2015) señala que en el trastorno por consumo de sustancias, un consumidor ha utilizado una sustancia con frecuencia suficiente para que le genere malestar clínico importante o compromiso en su desempeño, y para producir o resultar en cierto comportamiento característico. Identificado en relación con todos los tipos de drogas. (p. 393)

Asociación Americana de Psiquiatría (2014) escribe,

Obsérvese que la palabra adicción no se utiliza como término diagnóstico en esta clasificación, aunque sea de uso habitual en muchos países para describir problemas graves relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias. Se utiliza la expresión más neutra trastorno por consumo de sustancias para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante. Algunos clínicos preferirían utilizar la palabra adicción para describir las presentaciones más extremas, pero esta palabra se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM-5 a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa. (p. 257)

1. El consumo provoca problemas. Si bien quizá se comenzó para permitir la adaptación ante otras dificultades, sólo empeora las cosas para el usuario, al igual que para los parientes y quienes se vinculan con el consumidor.

2. Existe un patrón de consumo. La repetición de este consumo forma un hábito con patrón predecible.
3. Los efectos tienen relevancia clínica. El patrón de consumo ha llevado a recibir atención de profesionales o justifica una atención de este tipo (en el lenguaje oficial del DSM-5 se indica “con significancia clínica”. Sin embargo, la palabra “significancia” tiene implicaciones estadísticas que no pueden sostenerse en la práctica clínica. En este caso, se considera más apropiado el uso del término relevante).
4. El consumo genera malestar o disfunción. Esto indica que el consumo de sustancia debe tener intensidad suficiente para interferir de alguna manera con la vida del paciente. El trastorno por consumo de sustancias se define de así en términos similares a los utilizados en muchos trastornos mentales que no se relacionan con sustancias.
5. La interferencia con la vida del paciente debe demostrarse con por lo menos dos síntomas a partir de un listado de 11: más consumo que el que se pretende; esfuerzos por reducir el consumo; inversión de mucho tiempo para conseguir o consumir la sustancia; comportamiento de búsqueda (*craving*); descuido de responsabilidades; problemas sociales; disminución de actividades; consumo a pesar de existir riesgo físico; consumo no obstante el desarrollo de algún trastorno físico o psicológico; tolerancia y síntomas de abstinencia. La intensidad se determina a partir del número de síntomas presentes. (Morrison, 2015, pp.396-397)

Características esenciales del trastorno por consumo de sustancia

Estos pacientes consumen la sustancia elegida en cantidad suficiente para tener problemas crónicos o repetidos en distintas áreas de la vida:

- Vida personal e interpersonal. Descuidan a la familia (obligaciones con cónyuge/ pareja, dependientes) e incluso a sus actividades de ocio preferidas en favor del consumo de la sustancia que eligen; pelean (por medios físicos o verbales) con quienes se preocupan por ellos; y persisten en el consumo a pesar de estar conscientes de que les causa problemas interpersonales.
- Empleo. El esfuerzo que antes dedicaban al trabajo (o a otras actividades importantes) ahora lo invierten en la obtención de la sustancia, su consumo y la

recuperación tras el mismo. Resultado: estas personas incurren en ausentismo o son despedidas.

- Control. Con frecuencia consumen la sustancia en cantidades o durante periodos superiores a los que pretendían; intentan (sin tener éxito) abandonar o limitar el consumo. Durante todo el proceso buscan la sustancia con ansia.
- Salud y seguridad. Los consumidores adoptan comportamientos que les implican riesgo físico (las más de las veces, al operar un vehículo automotor); pueden existir consecuencias legales. Persisten en el consumo no obstante saben que causa problemas de salud, como cirrosis o hepatitis C.
- Complicaciones fisiológicas. Se desarrolla tolerancia: la sustancia induce un efecto menor, de tal manera que el paciente debe consumir más. Y una vez que el consumo se suspende, los pacientes sufren síntomas de abstinencia característicos de esa sustancia. (Morrison, 2015, p. 398)

4.3. Tipos de drogas

Nada te puedo dar que no exista ya en tu interior. No te puedo proponer ninguna imagen que no sea tuya...
Sólo te estoy ayudando a hacer visible tu propio universo.

Herman Hesse

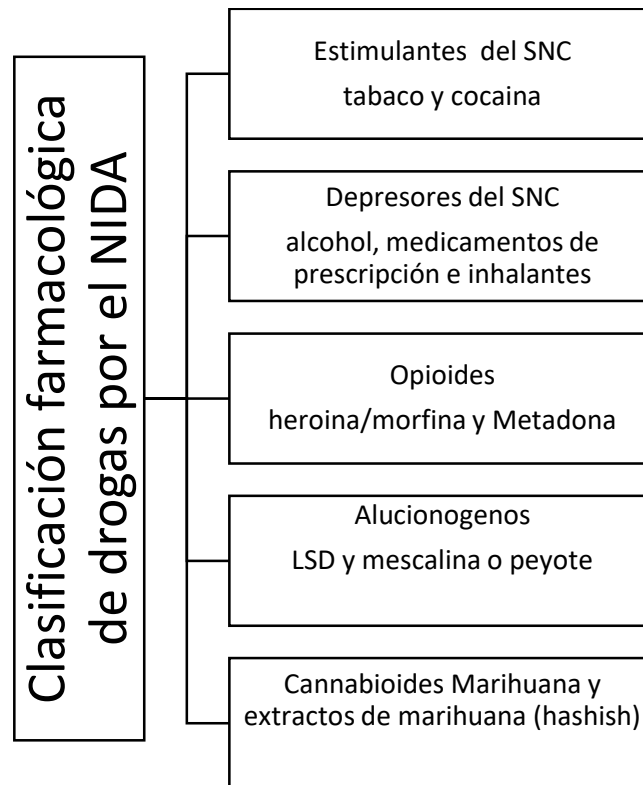
López Domínguez y Trujillo Huertas, (s.a.b) señalan que,

las drogas son distintas, ya sea por su origen, sus efectos, los daños que provocan, la forma de consumo e incluso por sus implicaciones legales. A pesar de sus diferencias, todas afectan al Sistema Nervioso Central (SNC), pudiendo ocasionar un daño permanente. (p. 13).

Tomando en cuenta las características de las drogas podemos encontrar que existe una clasificación legal, por su origen y los daños que provocan. La clasificación más utilizada es la que se basa en los efectos ocasionados en el SNC conocida como clasificación farmacológica. (López Domínguez y Trujillo Huertas, s.a.b, p. 13).

López Domínguez y Trujillo Huertas (s.a.b) señalan, “la clasificación farmacológica de las drogas de acuerdo con el Instituto Nacional de Abuso de Drogas de los Estados Unidos, por sus siglas en inglés NIDA” (p. 13).

Figura 2. Clasificación farmacológica de drogas.



(NIDA 2017; citado en López Domínguez y Trujillo Huertas, s.a.b, p. 14)

En este apartado se abordarán conceptos generales sobre las diferentes drogas.

Alcohol

El etanol o alcohol etílico -constituyente fundamental de las bebidas alcohólicas- es un líquido incoloro inflamable que se obtiene por medio de la fermentación natural o por destilación. Las bebidas fermentadas como la sidra, el vino y la cerveza se obtiene por la fermentación de un mosto (zumo) abundante en azúcares. Su grado de alcohol puede oscilar entre los 5 y 15 grados GL. (Grujal, 2002; CIJ, 2006; CIJ, 2005; Rosovsky, Narváez y Borges, op. Cit.; citado en Cortés Fuentes y Juárez Pastor, 2010, p. 18)

Cortés Fuentes y Juárez Pastor (2010) señalan que,

Las bebidas destiladas se obtienen mediante un proceso artificial en el que se aumenta la concentración de alcohol puro de una bebida fermentada, éste es el caso

de la ginebra, el ron, el whisky, el vodka, el anís, el coñac, el aguardiente, los licores afrutados y determinados aperitivos, en los cuales el grado de alcohol suele oscilar entre los 17 y 45 grados GL. (p. 18)

Cortés Fuentes y Juárez Pastor (2010) señalan que cabe señalar que,

no existe diferencia en el alcohol presente en las distintas bebidas, lo que las distingue es el nivel de concentración de la sustancia. El grado de alcohol o graduación alcohólica de una bebida está indicado en su etiqueta y representa la concentración o porcentaje de etanol que contiene. (p. 18)

El alcohol es considerado una droga de carácter legal, cuyos efectos son depresores del sistema nervioso central; su consumo en pequeñas cantidades genera una sensación de relajación y estado de ánimo placentero; en dosis mayores produce embriaguez caracterizada por alteraciones en el comportamiento, el razonamiento y en la capacidad perceptiva. Si la depresión del sistema nervioso es intensa, puede llegar a generar coma etílico. (OMS, 2006; citado en Cortés Fuentes y Juárez Pastor, 2010, p. 18)

Esta sustancia es absorbida con rapidez por el estómago y el intestino, desde donde pasa a la circulación sanguínea y se distribuye por todo el organismo. Cuanto mayor es el nivel en la sangre, más importante es el daño que origina. Un porcentaje muy pequeño se elimina por la orina, el sudor y los pulmones, pero la mayor parte pasa por el hígado, donde las enzimas lo metabolizan y descomponen en derivados más inocuos que son eliminados del organismo unas seis u ocho horas después. (Cortés Fuentes y Juárez Pastor, 2010, pp. 18-19).

Por lo general, la velocidad con la que el alcohol se absorbe y acumula en el torrente sanguíneo es mayor que la velocidad con la que se metaboliza y elimina del organismo, lo que favorece el aumento de su concentración en la sangre. Es importante destacar que cada persona tiene una susceptibilidad individual a los efectos del alcohol, de manera que una misma dosis puede producir daños de diferente intensidad, por lo que es un error considerar que el riesgo por consumo “es similar para todos”, sin diferenciar sexo y edad (CIJ,2006; Grual, op,cit.; citado en Cortés Fuentes y Juárez Pastor, 2010, p.19).

Tabaco

Fernández Cáceres (2014) señala que,

La hoja de tabaco contiene dos componentes esenciales; agua y materia seca. El agua representa más de 80 % del peso total de la hoja antes de ser cortada mientras que la materia seca o ceniza está formada por compuestos orgánicos e inorgánicos muy variados. La nicotina se forma en las raíces de la planta y de ahí es transportada a las hojas (principalmente a las superiores) en donde se almacena. Esta sustancia representa el 5% del peso de la planta del tabaco; es un alcaloide líquido, oleoso e incoloro, cuyos efectos son tanto estimulantes como sedantes. (p. 21)

La nicotina es la causa principal de la adicción, debido a que activa los mecanismos de placer del cerebro: la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos de sistema nervioso central. En la dependencia del tabaco influyen también el sabor o el aroma, los “rituales” que acompañan el proceso de fumar y la interacción social entre los fumadores (SS, 2001; citado en Fernández Cáceres, 2014, p. 21)

Históricamente, el hombre ha utilizado diferentes métodos para administrarse nicotina y alcanzar sus efectos placenteros; principalmente se ha consumido a través de las vías digestiva (mascar, beber o lamer tabaco) y respiratorias (esnifar y fumar) aunque también se ha utilizado por la vía percutánea. (Lorenzo y Ladero, 2003; citado en Fernández Cáceres, 2014, p. 21)

Para que una sustancia pueda ejercer acciones reforzadas, debe llegar al cerebro y atravesar fácilmente las membranas celulares, lo que significa que tiene un alto grado de liposolubilidad. En farmacocinética se menciona que cuanto más rápida sea la absorción de la sustancia, mayor es la intensidad de los efectos de la misma al entrar al organismo; consecuentemente, el poder reforzador dependerá de las características farmacocinéticas de la labor de tabaco consumida y de la vía de administración empleada (Rodríguez, Veiga & Ayesta, s/f; citado en Fernández Cáceres, 2014, p. 21)

En este sentido Shytle y colaboradores (1996) señalan que la nicotina se absorbe rápidamente por la mucosa nasal, oral y respiratoria, para llegar al cerebro (donde están los receptores) al cabo de unos siete segundos, de ahí su alto poder adictivo. Los pulmones son el órgano por el que la nicotina se absorbe principalmente,

seguido por la mucosa bucal, los plexos sublinguales y la piel. (Fernández Cáceres, 2014, p. 22)

Esta relación tan rápida, casi inmediata, entre la inhalación, del humo y su efecto a nivel cerebral (en los sistemas de recompensa) es uno de los factores que contribuye a que la nicotina sea altamente adictiva (De Granda, Solano, Jareño, Pérez, Barrueco & Jiménez, 2006). Al activar el sistema dopaminérgico produce una sensación, así como un incremento en la liberación de norepinefrina, lo que genera una mayor capacidad de concentración, memoria y habilidad para resolver problemas, además de la reducción del apetito. (Pérez, Pérez & Fernández, s/f; citado en Fernández Cáceres, 2014, p. 21)

Fernández Cáceres (2014) señala que, “la mayor parte de la nicotina se metaboliza en el hígado y solamente el 7 por ciento se excreta por la vía renal. La vida media de la nicotina es de dos horas, aunque llega a oscilar entre una y cuatro horas” (p. 22).

Cocaína

Fernández Cáceres (2014) señala que,

la cocaína es un alcaloide que se obtiene principalmente de las hojas del arbusto de coca (*Erythroxylon coca*), conocido como “huanaco” de Bolivia, una planta originaria de los Andes, que también se cultiva en América del Sur e Indonesia. Además del huanaco boliviano, la otra variedad que se siembra para producir el alcaloide es la *Erythroxylon novogranatense*, conocida como “Trujillo” de Perú y Colombia, cuyas hojas son más pequeñas. El arbusto vive entre 40 y 100 años, y existen cerca de 250 variedades. (p. 143)

La cocaína es una de las drogas más consumidas del mundo, esto de acuerdo con el Reporte Mundial sobre Drogas 2010, elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2013; citado en Fernández Cáceres, 2014, p.143)

Es importante resaltar que la mayoría de los usuarios de cocaína tienden a consumir otras sustancias. Las personas que abusan de ella tienen más riesgo de contraer enfermedades infecciosas, como hepatitis viral y VIH/Sida, que los no consumidores (NIDA, 2010; citado en Fernández Cáceres, 2014, p.143)

Fernández Cáceres (2014) señala que por otro lado,

la comorbilidad tiene una gran trascendencia tanto en el pronóstico clínico del paciente (menos respuesta a los tratamientos, mayor persistencia sintomática, mayor tendencia a la cronicidad y mayor riesgo de mortalidad), como en las consecuencias sociales que debe asumir (disminución del rendimiento laboral y mayor uso de recursos). El análisis de la comorbilidad de los trastornos afectivos es complejo y controvertido, pero de vital importancia en el abordaje integral del paciente. (p.143)

La cocaína fue el primer analgésico local utilizado en la clínica y precursor de otros como la procaína y la novocaína. El efecto analgésico ocurre por bloqueo de la conducción nerviosa, debido a la disminución de la permeabilidad de la membrana de los iones de sodio. Debido a esto, cuando se esnifa, se adormecen los conductos nasales y la garganta (Washton, 1995; citado en Fernández Cáceres, 2014, p.144)

La cocaína se comporta como una amina-simpático-mimética de acción indirecta. No actúa directamente sobre los receptores adrenérgicos o dopaminérgicos, sino que asemeja la acción catecolaminérgica, aumentando la disponibilidad de los neurotransmisores -noradrenalina y dopamina- en la hendidura sináptica, por inhibición de los procesos de su recaptura hacia la neurona presináptica. Asimismo. La cocaína bloquea la recaptura de serotonina (CIJ, 2006) Los efectos sobre la neurotransmisión catecolaminérgica serotoninérgica constituyen la base del mecanismo de acción que genera la dependencia (CIJ, 2006; Fernández Cáceres, 2014, p. 144)

Los efectos estimulantes de esta droga sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) se presentan de manera rápida e intensa; en dosis moderadas produce elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía y lucidez, insomnio, hiperactividad motora, verborrea, taquipsiquia y disminución de la sensación de fatiga y el apetito. El exceso de noradrenalina es el responsable de la mayoría de los efectos farmacológicos y de complicaciones agudas (hipertensión arterial, midriasis, sudoración y temblor) (Lizasoain, Moro & Lorenzo, 2011; citado en Fernández Cáceres, 2014, p.144)

Cannabis

Reyes Munguía, Méndez Llamas, y Álvarez Lemus (1999) señalan que, “la marihuana proviene de la planta Cannabis Sativa de origen asiático. La sustancia activa se

denomina delta-tetrahidrocannabinol (THC). Para producir efectos farmacológicos, es necesario una dosis de 2 a 22mg., un cigarro promedio contiene aproximadamente 20mg.” (p. 104).

Reyes Munguía, Méndez Llamas, y Álvarez Lemus (1999) indican que, se presenta en tres formas: hierba, resina y aceite de hashís. La marihuana también se utiliza para hacer una infusión de té y a veces se mezcla en los alimentos. Popularmente se le conoce como pasto, mota, churro, gallo, hierba. (pp. 104-105)

Existen distintas variedades de marihuana, las más conocidas son Sativa e Índica. Aunque no se sabe a ciencia cierta cuantos tipos hay, en internet se encuentran sitios que mencionan los siguientes: White rhino, Venus, Jack herrer, Afghan, Master kush x Northern lights, K2, Bubblegum, Ice, White widow, Northern lights, Buddha, Shiva, Northern lights x Shiva, Durban poison, Early zwasi Skunk, Hindu kush, Big Bud, Citral, Turtle power, Hawaiian skunk, entre otras. (Fernández Cáceres, 2014, p. 115)

Fernández Cáceres (2014) señala que,

La forma más común de uso de esta sustancia son los cigarrillos preparados con hojas secas en un papel, aunque también es posible consumirla en pipas con depósitos de agua (bong), en cigarros de tabaco a los que les agrega aceite de hashis o en alimentos como pastelillos o brownies (Cruz, 2014). Debido a que regularmente las personas que las usan realizan sus propios cigarrillos, no existe un control del contenido de sustancia activa ni de la calidad del papel; además, al carecer de filtros, se incrementa la exposición de los productos tóxicos derivados, de la combustión de las hojas y el papel. La cantidad de sustancias psicoactivas siempre es variable. (p. 115)

La cannabis tiene efectos en cualquier sujeto que la consuma, debido a que el THC activa un par de receptores canabinoides (CB 1 y 2) ubicados en el Sistema Nervioso Central (SNC) y en otras partes del organismo. El CB1 tiene una expresión privilegiada en el SNC; en tanto que el CB2 la tiene en el sistema inmunológico (Del Bosque et al., 2013; citado en Fernández Cáceres, 2014, p. 116)

Al fumar la marihuana, los efectos de este químico pasan rápidamente a los pulmones hacia el torrente sanguíneo donde es transportado al resto del cuerpo, incluyendo al cerebro. Si la cannabis se fuma, los efectos son casi inmediatos y

durante de una a tres horas; si se ingiere en un alimento o bebida, los efectos se presentan entre media hora y una hora después, pero pueden durar hasta por cuatro horas (NIDA, 2013b). (Fernández Cáceres, 2014, pp. 116-117)

Sabemos que el cerebro se desarrolla hasta aproximadamente los 21 años, por lo que, durante la infancia y la adolescencia, el consumo puede tener un impacto negativo en la formación cerebral y provocar una mayor vulnerabilidad a los efectos adversos a largo plazo del THC (Volkow, Baler, Compton & Weiss, 2014; citado en Fernández Cáceres, 2014, p. 118)

Inhalables

Los inhalables son sustancias volátiles que generan efectos psicoactivos (NIDA, 2011), pueden provocar afecciones transitorias que incluyen irritación de ojos, euforia y falta de coordinación; también ocasionan problemas crónicos como depresión, deterioro de la memoria, disminución de las capacidades sensoriales (pérdida de la visión, audición, olfato), y daño al hígado y a los riñones, entre otros padecimientos. La inhalación prologada puede producir muerte súbita, asfixia debida a inhalaciones repetidas, convulsiones y coma. A diferencia de otro tipo de drogas, estas sustancias tienen usos domésticos e industriales, por lo que son de bajo costo, alta disponibilidad y fácil acceso (NIDA, 2011; Cruz, 2012^a; Medina-Mora, Real, Villatoro & Natera, 2013; citado en Fernández Cáceres, 2014, p. 169)

Fernández Cáceres, (2014) señala que,

en México, a finales de la década de los 60's, el consumo de inhalables se definía como un problema de salud asociado con población marginal o en situación de calle, así como con quienes realizaban oficios en los que se exponían al efecto de las sustancias químicas. Fuentes y Hernández (2007) plantean que los primeros estudios sobre inhalables se publicaron en 1975, en un momento en que estos y la marihuana eran las drogas ilícitas de mayor consumo en el país. (pp. 169-170)

Existen diferentes clasificaciones que permiten realizar tanto un abordaje diferenciado de sus efectos, como establecer estrategias para prevenir las consecuencias que generan. Se dividen, por ejemplo, a partir de su estructura química: nitritos volátiles, óxido nítrico, alcanos lineales y ramificados, hidrocarburos alifáticos halogenados, hidrocarburos aromáticos, éter; de acuerdo a su forma:

líquidos volátiles, aerosoles, gases y vapores; por el tipo de producto: gasolina, anestésico, limpiadores, pegamentos, aerosoles, adhesivos, thinners y fármacos, antianginosos, entre otros; incluso para sus propiedades farmacológicas (López, 2012). A diferencia de otras sustancias de abuso, los inhalables se agrupan considerando la forma de administración al organismo (inhalación), que se prioriza con respecto a los mecanismos de acción y perfil toxicológico (Cruz, 2012b; citado en Fernández Cáceres, 2014, p. 170)

La inhalación es la principal vía de administración de estas sustancias, debido a que los pulmones son la principal vía de absorción y permiten su paso a la circulación y el sistema nervioso (Cruz, 2012a). Generalmente se utilizan papeles, telas y estopas, que se humedecen para respirar los vapores con la nariz y la boca, aunque también se pueden humedecer las mangas o los puños de la ropa (“monear”). Hay productos que se pueden introducir en bolsas, como el pegamento o las pinturas en aerosol (“bolsazo”), o consumirse directamente del envase (Cruz, 2012a); incluso hay quienes se rocían los aerosoles en la nariz o en la boca o inhalan globos llenos de óxido nitroso (NIDA, 2011; citado en Fernández Cáceres, 2014, p. 172)

Fernández Cáceres, 2014 señala que,

el uso crónico de inhalables genera efectos neurotóxicos que se reflejan en el control cognitivo, motriz, visual y auditivo, incluyendo déficits neurológicos como neuropatía periférica, disfunción cerebral, daño a pares craneales, atrofia cortical y encefalopatía; las enfermedades cerebelosas, encefalopatía y demencia se encuentran asociadas al uso crónico del tolueno (López, 2012). Se ha documentado, también, que en adultos usuarios se presenta una correlación entre alteraciones del estado de ánimo, ansiedad y trastornos de personalidad; con respecto a las mujeres usuarias de inhalables, se ha encontrado una mayor prevalencia de distimia, desórdenes de ansiedad, trastornos de pánico con agorafobias y fobias específicas, así como una menor prevalencia de trastorno de personalidad antisocial. (pp. 172-173)

Metanfetaminas

Fernández Cáceres (2014) señala que,

las metanfetaminas popularmente conocidas como “hielo”, “cristal”, “ice”, “crank”, “shabu”, “tik”, “yaba”, “speed”, “meth”, “glass”, “meta”, “tiza”, “vidrio” o “chalk” (NIDA, 2004), forman parte de los Estimulantes de Tipo Anfetamínico (ETA) (OMS, 2004), un grupo de drogas altamente adictivas con un alto potencial de abuso y elevado uso indebido. De las metanfetaminas, el cristal (cuya denominación química es desoxiefedrina) es el más consumido en nuestro país. (p. 211)

Se clasifican como drogas sintéticas o de síntesis, porque son fabricadas de manera fácil en laboratorios clandestinos e ilegales, a partir de los denominados precursores químicos, sustancias que forman parte de medicamentos (medicinas expandidas sin receta para los resfriados y píldoras dietéticas) o productos como gel, shampoo, desodorantes o perfumes, baterías de litio, fósforos y tinte de yodo, y peróxido de hidrogeno. Originalmente se sintetizan a partir de las anfetaminas, aunque a diferencia de estas, las metanfetaminas no tienen uso médico. Otros químicos usados para su elaboración incluyen solventes inflamables o compuestos volátiles orgánicos como metanol, éter, benceno, cloruro de metileno, tricloruro o tolueno, lo que permite entender su potencial dañino a organismo (Jiménez y castillo, 2011; citado en Fernández Cáceres, 2014, p. 211)

Fernández Cáceres (2014) señala que, “las metanfetaminas vienen en muchas presentaciones, ya que se pueden fumar, inhalar, inyectar o ingerir oralmente” (p. 211).

La molécula de la metanfetamina tiene la destreza de cruzar muy fácilmente la barrera hematoencefálica, que separa al cerebro del resto del cuerpo. Esto permite que los niveles de sustancia en el cerebro alcancen unas 10 veces los niveles en sangre, lo que propicia que ejerza su acción casi exclusivamente en el Sistema Nervioso Central (SNC). (Fernández Cáceres, 2014, p. 211)

Como estimulantes del SNC, las metanfetaminas aumentan la frecuencia respiratoria y temperatura corporal, la actividad física, los impulsos violentos y las conductas que en ocasiones se asocian a la comisión de delitos. Pueden mejorar el rendimiento en la realización de tareas mentales sencillas; sin embargo y aunque las personas puedan trabajar más, es pertinente considerar que tienden a cometer más errores (Brailowsky, 1995, citado en Jiménez & Castillo, 2011; citado en Fernández Cáceres, 2014, pp. 211-212)

Fernández Cáceres, 2014 puntualiza que,

estas sustancias con frecuencia se abusan en ciclos de “uso fuerte y desplome” (binge and crash), pero debido a que sus efectos placenteros desaparecen antes de que su concentración en la sangre baje significativamente, los usuarios tratan de mantener la sensación de euforia por más tiempo usándola repetidamente. En algunos casos, las personas que abusan de la metanfetamina “se entregan” a la droga en una forma excesiva y continúa conocida como “corrida” (run). (p. 212)

Por lo general, se usan de manera solitaria y privada (UNODC, 2007b). Quienes las consumen sufren daños de forma inmediata y a largo plazo, además, hay un alto impacto en las familias y comunidades de los usuarios. (Fernández Cáceres, 2014, p. 212)

Éxtasis (MDMA)

Fernández Cáceres (2014) señala que,

La MDMA o MDA (Metilendioximetanfetamina) es una sustancia sintética y psicoactiva, altamente adictiva y de alto potencial de abuso, conocida como “éxtasis”, “ectasi”, “X-TC” tacha o “molly”. Es una droga psicoactiva sintética de efectos estimulantes parecidos a las anfetaminas; en dosis altas produce alucinaciones debido a que comparte propiedades químicas con la mescalina; puede distorsionar la percepción visual, auditiva, táctil y del gusto. Su consumo está relacionado con un alto porcentaje de actos delictivos. Es una droga muy soluble que rápidamente pasa la barrera hematoencefálica y llega al cerebro después de ingerirse. (p. 235)

Alcanza muy rápido altas concentraciones séricas lo que origina la aparición de síntomas estimulantes del sistema nervioso central, con pronta caída de los efectos, lo que origina que la persona utilice mayores cantidades de la droga, por periodos más largos y continuos, propiciando así una concentración potencialmente peligrosa de la droga en el cuerpo durante un periodo corto de tiempo, que incrementa el riesgo de intoxicación y de sufrir consecuencias letales. (Fernández Cáceres, 2014, p. 235)

Fernández Cáceres (2014) indica que,

La MDMA afecta al cerebro y se particulariza por sus efectos empatógenos, relativos a una sensación subjetiva de apertura emocional e identificación afectiva con el otro.

Estas propiedades distintivas son generadas por un incremento en los niveles del neurotransmisor serotonina en las sinapsis neuronales. Es necesario recordar que la actividad de la serotonina se ha relacionado funcionalmente con el humor y los estados de ánimo, por lo que la liberación excesiva de este neurotransmisor, causada por los efectos de la MDMA, produce los efectos de elevación del estado de ánimo característicos de los usuarios de esta droga. Sin embargo, al liberarse grandes cantidades de serotonina, la MDMA disminuye significativamente las cantidades de este importante neurotransmisor en el cerebro, contribuyendo así a los efectos negativos posteriores en el comportamiento, que los usuarios experimentan varios días después de haber tomado la droga. (Fernández Cáceres, 2014, pp. 235-236)

La MDMA también afecta a otros neurotransmisores, principalmente a dopamina y la noradrenalina. Un efecto potencialmente letal del uso de la MDMA es la hipertermia, un aumento agudo de la temperatura corporal, que puede causar insuficiencia hepática, falla renal y problemas en el sistema cardiovascular como aumento en frecuencia cardíaca y presión arterial, arritmias o incluso la muerte. Algunos usuarios pueden presentar síntomas como tensión muscular, contractura involuntaria de la mandíbula, náuseas, visión borrosa, mareos y escalofríos o sudoración. (Fernández Cáceres, 2014, p. 236)

Heroína

Reyes Munguía, Méndez Llamas, y Álvarez Lemus (1999) señalan que,

La heroína (clorhidrato de diacetilmorfina) es el resultado del procesamiento del opio que se obtiene de la amapola. Es una droga ilegal altamente adictiva. Existe tres tipos: Brown, base y farmacéutica. La primera es la más común (diacetilmorfina sin clorhidrato), su color varía del blanco crema al marrón oscuro (mientras más claro, mayor contenido de heroína). La base se presenta en gránulos grises, parecidos al café. Y la farmacéutica es para uso médico; se presenta como comprimidos o en líquidos. (p.113)

La mayor parte de la heroína que se vende en la calle ha sido mezclada o “cortada” con otras drogas o con sustancias como azúcar, almidón, leche en polvo o quinina. También se encuentra la heroína que ha sido cortada con estricnina u otros venenos. Debido a que las personas que abusan de la sustancia no saben su

verdadero contenido, corren el riesgo de sufrir una sobredosis o de morir. (Reyes Munguía, Méndez Llamas, y Álvarez Lemus, 1999, p. 113)

Reyes Munguía, Méndez Llamas, y Álvarez Lemus (1999) puntualizan que,

El uso de esta droga implica problemas especiales debido a que, al compartir agujas, es posible la transmisión del VIH y otras enfermedades (NIDA, 2005). Se le conoce popularmente como azúcar morena, dama blanca, pasta, polvo blanco, junk, H (hache), etcétera. (p. 114)

Alucinógenos

Fernández Cáceres (2014) señala que,

Los alucinógenos son sustancias cuyo efecto se ejerce casi totalmente sobre los centros de integración sensorial y perceptual del Sistema Nervioso Central (SNC), por lo que distorsionan las funciones relacionadas con la llegada e interpretación de estímulos sensoriales. Por definición, los alucinógenos, también denominados psicodislépticos o psicodélicos, son un grupo heterogéneo de sustancias que han acompañado al hombre a lo largo de su historia y han sido utilizados por numerosas culturas en todo el mundo con fines rituales, espirituales, religiosos y terapéuticos. (p. 275)

Son drogas que pueden provenir de las plantas, de los animales o ser productos de síntesis químicas; son consumidas debido a su capacidad para producir un estado alterado de la conciencia, caracterizado por perturbaciones en los procesos de pensamiento, cambios rápidos y agudos de las emociones, alteración de la percepción (que incluye desde simples ilusiones hasta alucinaciones, auditivas, visuales y cenestésicas), sensación de la disolución de los límites de sí mismo y la experiencia de unión con el mundo. A partir del año 2000 se ha detectado un incremento en el consumo de este tipo de drogas con fines recreacionales. (Fernández Cáceres, 2014, p. 275)

Fernández Cáceres (2014) señala que,

Aún y cuando no se ha dilucidado completamente los mecanismos neuronales que provocan los alucinógenos, la evidencia científica apunta a que son sustancias estructuralmente similares a los neurotransmisores endógenos como la serotonina (agonistas parciales o totales de la 5-hidroxi-triptamina), la dopamina y la

noradrenalina, las cuales actúan estimulando los receptores del SNC, con mayor afinidad con locus coeruleus y el córtex. (p. 275)

Se considera que el consumo de alucinógenos induce numerosas proyecciones corticales que parten del estriado, el tálamo y en general del mesencéfalo, con un patrón de estímulo importante sobre la corteza visual y prefrontal donde los receptores de mayor afinidad son los 5-HT_{2A/2C}. (Fernández Cáceres, 2014, pp. 275-276)

Las drogas psicodélicas clásicas como el LSD, la psilocibina, la mescalina, son sustancias agonistas parciales o totales que actúan sobre los receptores antes mencionados (localizados en las dendritas apicales de las células piramidales de la corteza prefrontal), aumentando las descargas serotoninérgicas y dopaminérgicas de los núcleos de raphe y del área tegmental ventral y propiciando neurotransmisión glutamatérgica cortical, hecho que podría explicar las graves alteraciones de la percepción y la cognición. Pese a que dichas alteraciones han sido comparadas con los síntomas psicóticos de la esquizofrenia (López, 2009), existen diferencias entre ambas, específicamente con relación a las alucinaciones, pues las causadas por las drogas que nos ocupan son principalmente visuales, mientras que en la esquizofrenia suelen ser más auditivas. (Fernández Cáceres, 2014, p. 276)

Fernández Cáceres (2014) menciona que, “bioquímicamente los alucinógenos son sustancias alcaloides que se clasifican farmacológicamente de acuerdo su estructura química, su acción serotoninérgica sobre los neurotransmisores y sus efectos psicomiméticos” (p. 276).

1. Las indolalquilaminas son similares estructuralmente con la serotonina (Dietilamida de Ácido Lisérgico (LSD) 25, psilocina, psilocibina y N, N Dimetiltryptamina o DMT).
2. Las fenetilaminas son sustancias relacionadas estructuralmente con las catecolaminas con acciones simpaticomiméticas (mescalina y 3,4-metilendioximetanfetamina o éxtasis, khat).
3. Las arilhexilaminas son anestésicos disociativos que actúan sobre los receptores glutamato (fenilciclidina, ketamina). (Fernández Cáceres, 2014, p. 276)

Ansiolíticos, hipnóticos y sedantes

Fernández Cáceres (2014) señala que,

los ansiolíticos, hipnóticos y sedantes conforman un grupo heterogéneo de sustancias que, a pesar de diferir en estructura química, generan efectos muy similares; estas drogas se caracterizan por provocar una disminución de la actividad global del Sistema Nervioso Central (SNC). Entre ellas se encuentran las benzodiazepinas, los barbitúricos y los fármacos hipnóticos-sedantes no benzodiazepínicos no barbitúricos (HSNBNBs). (p. 295)

A excepción de las benzodiazepinas (BDZ), los fármacos llamados hipnóticos-sedantes pertenecen a un grupo de sustancias que deprimen el SNC de una manera no selectiva; dependiendo de la dosis producen calma o somnolencia (sedación), sueño (hipnosis farmacológica), inconciencia, anestesia quirúrgica, coma y depresión de las funciones respiratorias y cardíaca. (Fernández Cáceres, 2014, p. 295)

Un sedante disminuye la actividad, modera la excitación y calma a las personas que sufren trastornos de ansiedad o del sueño. Una droga hipnótica, por su parte, produce somnolencia y facilita el inicio y el mantenimiento de un estado de sueño parecido al normal, a este efecto se le llama hipnosis, fenómeno sin relación con el estado inducido artificialmente por sugestionabilidad. (Fernández Cáceres, 2014, p. 295)

La sedación puede ser también un efecto adverso de muchos fármacos que no son sedantes propiamente ni tienen la capacidad de producir anestesia. Las BDZ, a pesar de que tampoco producen anestesia, se consideran como sedantes e hipnóticos; se utilizan como relajantes musculares y anticonvulsivantes, y como medio para producir sedación y amnesia antes de una cirugía. (Fernández Cáceres, 2014, pp. 295-296)

La mayoría de las intoxicaciones agudas farmacológicas se deben a la ingesta de fármacos con efecto sedante hipnótico. Todos pueden producir depresión generalizada del SNC y del centro respiratorio, de forma que la observación de una focalidad neurológica debe hacer reconsiderar el diagnóstico de intoxicación o motivar la búsqueda de un problema neurológico focal concomitante. El grado de afectación dependerá de la cantidad ingerida y de la tolerancia del paciente al fármaco. (Fernández Cáceres, 2014, p. 296)

Fernández Cáceres (2014) señala que, “todos los medicamentos pueden aumentar su acción tóxica por efecto sinérgico con otros psicofármacos o por la ingesta simultánea de alcohol” (p. 296).

Debido al deterioro neurológico originado por los efectos de los sedantes e hipnóticos se producen con facilidad alteraciones respiratorias por atelectasias, broncoaspiración del contenido gástricos y, en ocasiones, edema pulmonar no cardiogénico. Es posible que estas sustancias establezcan, además, hipotensión por efecto neurológico central, por depresión miocárdica o por vasodilatación periférica. En estos casos, la acidosis, la hipercapnia y la hipoxemia son causa de arritmias. (Fernández Cáceres, 2014, p. 296)

Fernández Cáceres (2014) “en su informe 2012, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SS, 2013) ubica a los tranquilizantes en el octavo lugar de drogas de impacto en la población de nuestro país” (p. 296).

Al respecto, Cruz Martín del Campo, León Parra, y Angulo Rosas (2019) señalan que, “su tratamiento enfrenta retos tanto específicos, como comunes a los de otras enfermedades crónicas. Entre los retos específicos se encuentran los siguientes” (p. 78).

- Contar con sistemas de atención organizados basados en la evidencia científica o en las prácticas empíricas de calidad que respetan los derechos humanos.
- Identificar tempranamente la existencia de otros trastornos físicos y mentales que pueden presentar las personas con dependencia a drogas y proporcionarles alternativas accesibles de atención integral o de reducción de riesgos y daños.
- Ofrecer tratamientos que reconozcan y actúen ante la posibilidad de enfrentar el escaso apego terapéutico y la reincidencia (recaídas).
- Proporcionar facilidades a diferentes poblaciones, sobre todo las que presentan condiciones de mayor vulnerabilidad social, para asistir a tratamiento. Por ejemplo, horarios flexibles, sesiones de fin de semana, áreas de cuidado infantil, afiliación a servicios de salud que apoyen con los costos, etc. (Cruz Martín del Campo, León Parra, y Angulo Rosas, 2019, p. 78)

Algunos conceptos importantes para la comprensión de la dinámica de las drogas en el organismo y el consumo.

Molina del Peral (2011) indica que la tolerancia,

es un estado de adaptación que se produce en el organismo que hace que la misma cantidad de droga, o conducta potencialmente adictiva no sea satisfactoria, y que progresivamente se necesiten mayores dosis para conseguir los mismos efectos. Cuando hacemos u recorrido por el historial de consumo nos encontramos que puede llevar a cabo consumos que si no fuera por esta tolerancia parecerían inverosímiles; por ejemplo: seis gramos de cocaína diarios, cinco litros de cerveza al día, etc. (p. 20)

Molina del Peral (2011) indica que,

La tolerancia viene marcada biológicamente. Hay gente que la primera vez que prueban, por ejemplo, alcohol, con una mínima dosis, una cerveza, ya notan efectos, y sin embargo otros necesitan tres o cuatro cervezas para sentir la misma sensación. Será el consumo posterior continuado el que haga que siga aumentado o no. (pp. 20-21)

Molina del Peral (2011) señala que, “cuando se produce un tiempo de abstinencia, la tolerancia vuelve a los niveles iniciales, pero en cuanto se dan nuevos consumos, tras dicha abstinencia, se recupera de forma rápida los niveles que se habían alcanzado” (p. 21)

Síndrome de abstinencia

El síndrome carencial o de abstinencia se refiere al conjunto de manifestaciones físicas, mentales o comportamentales que se producen tras la interrupción del consumo de sustancia o conducta de la que es dependiente. En función del tipo de sustancia existen síndromes de abstinencia más o menos peligrosos. Por ejemplo, el síndrome de abstinencia del alcohol, por el riesgo de sufrir lo que se denomina como delirium trémens –cuando que debe ser controlado médicamente– puede resultar de gravedad si no es tratado adecuadamente. Este cuadro no es habitual, pero hay que tenerlo en cuenta, dado que se caracteriza por la presencia de alucinaciones y convulsiones. Existen otros síndromes de abstinencia que son espectaculares y llamativos en cuanto a su sintomatología, pero que no suponen una amenaza para la vida de la persona, como puede ser el de heroína. (Molina del Peral, 2011, p. 21)

La desintoxicación Molina del Peral (2011),

Consiste en ir eliminando la droga del cuerpo «dejar limpio el cuerpo» Este proceso se puede llevar a cabo con o sin apoyo médico, dependiendo del caso y sus peculiaridades, así como el tipo de sustancia. Sería una primera fase del tratamiento. (pp. 21-22)

Deshabitación según Molina del Peral (2011)

Se refiere a los cambios psicológicos y comportamentales que se generan durante la fase de abstinencia. Se trata de recuperar la libertad de elección para poder decir «no» al consumo. Se pretende una reorganización en la vida para que no gire en torno al consumo, e ir rompiendo el hábito adquirido estableciendo nuevos patrones de conducta alternativos. Es una fase larga y comprende la parte fundamental del curso del tratamiento. (p. 22)

4.4. Problemática en México

“Yo solía pensar que era la persona más extraña en el mundo, pero luego pensé, hay mucha gente así en el mundo, tiene que haber alguien como yo, que se sienta bizarra y dañada de la misma forma en que yo me siento. Me la imagino, e imagino que ella también debe estar por ahí pensando en mí. Bueno, yo espero que si tú estás por ahí y lees esto sepas que, sí, es verdad, yo estoy aquí, soy tan extraña como tú.”

Frida Kahlo

Cruz Martín del Campo, León Parra, y Angulo Rosas (2019) señalan que, Uno de los retos universales es garantizar el acceso de la población a servicios de salud especializados. Sin embargo, en nuestro país, el lapso transcurrido entre el inicio del uso de drogas y la solicitud de tratamiento oscila aún entre los seis y ocho años. Por ello, la consolidación y coordinación de instancias especialistas en la materia y la difusión de los servicios disponibles, resulta fundamental para favorecer la atención oportuna de las adicciones. (p. 92)

Los datos estadísticos nacionales más recientes sobre el consumo de drogas se encuentran en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017.

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública y Comisión Nacional contra las adicciones. (2016b). Señalan que,

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016 es el nombre actual de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en años anteriores. Para 2016 se modificó el nombre para que refleje con mayor precisión sus contenidos y alcances. (p.1)

La ENCODAT 2016 es una encuesta probabilística cuya población objetivo son las personas con edad entre 12 y 65 años que habitan en viviendas particulares de localidades donde más del 50% de las personas mayores de 5 años hablan español. Tiene capacidad para generar estimaciones de las prevalencias de consumo de tabaco, alcohol y drogas médicas e ilegales para las poblaciones con las características mencionadas en cada una de las 32 entidades federativas. (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública y Comisión Nacional contra las adicciones, 2016a, p. 4)

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública y Comisión Nacional contra las adicciones (2016a) indica que, “en total, se entrevistó a 56,877 personas, (12,440 fueron adolescentes de entre 12 y 17 años, y 44,437 adultos de 18 a 65 años)” (p. 4)

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública y Comisión Nacional contra las adicciones (2016a) señala que, “su objetivo es conocer las prevalencias globales y las principales variaciones estatales del consumo de drogas en México, con base en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 (ENCODAT) 2016” (p. 1).

Algunos de los resultados principales son los siguientes:

- 10.3% ha consumido cualquier droga alguna vez en la vida
- 9.9% ha consumido drogas ilegales alguna vez en la vida
- La edad de inicio de consumo de drogas es de 17.8 años (hombres 17.7 y mujeres 18.2). (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón

de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública y Comisión Nacional contra las adicciones, 2016a, p. 1)

Conclusiones de la encuesta

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública y Comisión Nacional contra las adicciones (2016a) en sus conclusiones señala que,

Los datos muestran la necesidad de reforzar las acciones desarrolladas para reducir la demanda de drogas. Dado los aumentos en el consumo de sustancias con respecto a años anteriores, resulta urgente ampliar la política de prevención y tratamiento, así como dirigir más acciones hacia la población adulta joven. (p. 4)

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública y Comisión Nacional contra las adicciones (2016a) indica que, “otro elemento de interés es desarrollar mayores esfuerzos, tales como ofrecer servicios para facilitar que los usuarios con dependencia a las drogas asistan a tratamientos especializados, ya que sólo uno de cada cinco recibe este tipo de ayuda” (p. 4).

4.5. Centros de Integración Juvenil

El planeta siguiente estaba habitado por un bebedor. Esta visita fue muy breve, pero sumió al principito en una gran melancolía.

– ¿Qué haces ahí? –preguntó al bebedor, a quien encontró instalado en silencio, ante una colección de botellas vacías y una colección de botellas llenas.

–Bebo –respondió el bebedor, con aire lúgubre.

– ¿por qué bebes? –preguntó el principito.

–Para olvidar –respondió el bebedor.

– ¿Para olvidar qué? –inquirió el principito, que ya le compadecía.

–Para olvidar que tengo vergüenza – confeso el bebedor bajando la cabeza.

– ¿Vergüenza de qué? –indagó el principito, que deseaba socorrerle.

– ¡Vergüenza de beber! –terminó el bebedor, que se encerró definitivamente en el silencio.

Y el principito se alejó, perplejo.

Las personas grandes son decididamente muy, pero muy extrañas, se decía a sí mismo durante el viaje.

El principito

Antoine de Saint-Exupéry

Gobierno de México (s.a) señala que Centros de Integración Juvenil (CIJ), “es una institución dedicada a la prevención, tratamiento, rehabilitación, investigación científica y formación de especialistas en materia de consumo de drogas” (primer párrafo).

Gobierno de México (s.a.) señala que Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ) fue, “fundada en 1969 por la señora Kena Moreno, quien junto con un grupo de mujeres abrieron un Centro de Atención para Jóvenes Drogadictos, con el objetivo de atender el consumo de drogas entre los jóvenes” (segundo párrafo).

Hoy en día, CIJ cuenta con una experiencia de 5 décadas y 120 Unidades distribuidas en todo el país, de las cuales 11 son Unidades de Hospitalización y en una de ellas se atiende exclusivamente a niños; 2 Unidades de Atención a Usuarios de Heroína, una Unidad de Investigación Científica en Adicciones, y 106 Centros de Prevención y Tratamiento. (Gobierno de México, s.a., cuarto párrafo)

Con el transcurso de los años, la institución ha crecido ampliando su estructura, programas y servicios, siempre comprometida con la sociedad mexicana.

Gobierno de México (s.a.) señala que la Misión de CIJ es, “proporcionar servicios de prevención y tratamiento para atender el consumo de drogas, con criterios de equidad, igualdad y no discriminación, basado en el conocimiento científico y formando personal profesional especializado” (séptimo párrafo).

Gobierno de México (s.a.) asimismo encontramos que la visión de CIJ es, “otorgar servicios de calidad con equidad de género y no discriminación en prevención, tratamiento, investigación y capacitación en materia de adicciones a nivel nacional e internacional, en respuesta a las tendencias epidemiológicas existentes” (octavo párrafo).

Gobierno de México (s.a.) también encontramos que el objetivo de CIJ es, “contribuir en la reducción de la demanda de drogas con la participación de la comunidad a través de programas de prevención y tratamiento, con equidad de género, basados en la evidencia para mejorar la calidad de vida de la población” (noveno párrafo).

Gobierno de México (2018) señala que,

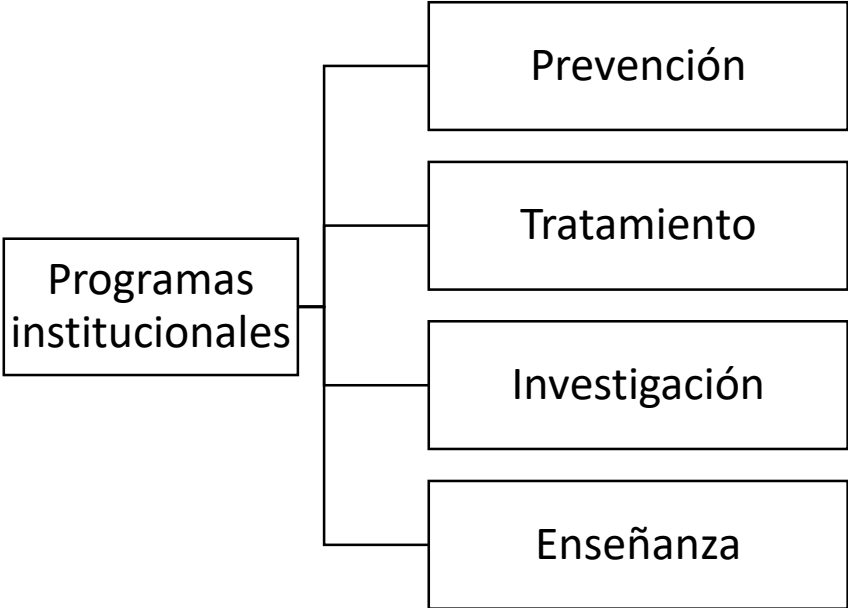
cada año atiende en promedio a 10 millones de personas en todo el país a través de su red operativa de 120 unidades distribuidas en zonas estratégicas a lo largo del territorio nacional, en donde colaboran de manera multidisciplinaria distintos profesionales de la salud. (segundo párrafo)

Gobierno de México (2018) señala que el objetivo de CIJ es,

contribuir a la reducción de la demanda de drogas y mejorar la calidad de vida de la población, a través de acciones de prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación científica sobre el consumo de drogas, además de formar recursos humanos especializados en la atención de esta problemática. (tercer párrafo)

Centros de Integración Juvenil cuenta con los siguientes programas institucionales.

Figura 3. Programas institucionales de Centros de Integración Juvenil.



(López Domínguez, y Trujillo Huertas, s.a.a, p.16)

Programa de prevención

López Domínguez, y Trujillo Huertas, (s.a.a) señalan que, Centros de Integración Juvenil (2016), cuenta con un programa preventivo el cual pretende Generar ambientes que promuevan el afrontamiento de riesgos psicosociales asociados al consumo de drogas, la construcción de alternativas propias de protección y el desarrollo saludable de las personas y las comunidades. (p. 18)

López Domínguez, y Trujillo Huertas, (s.a.a) señalan que, “el programa preventivo interviene en cada etapa de vida de las personas y considera la interacción permanente del individuo con su entorno familiar, comunitario y social” (p.18).

López Domínguez, y Trujillo Huertas, (s.a.a) nos indican que, “las actividades preventivas se implementan en función del contexto, características, necesidades y recursos de la población, a partir de la detección del nivel de riesgo y vulnerabilidad las intervenciones son diferenciales en cuanto a la modalidad preventiva” (p.18).

Programa de tratamiento y rehabilitación

López Domínguez, y Trujillo Huertas, (s.a.a) indican que para operar este programa, “CIJ cuenta con médicos/as, psicólogos/as y trabajadores/as sociales que atienden los problemas asociados al consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, mediante terapia individual, familiar, grupal, farmacoterapia y otros servicios en función de un diagnóstico integral” (p.19).

1. Hospitalización Se establece una valoración clínica para determinar quiénes requieren este nivel de atención dirigido a personas con consumo de drogas crónico y consecuencias físicas, emocionales y sociales graves. Durante el internamiento las y los pacientes reciben atención de diferentes profesionales de la salud y realizan actividades que les ayudan a mantenerse libres del consumo de sustancias psicoactivas. (López Domínguez, y Trujillo Huertas, s.a.a, p. 19)

2. Consulta externa La atención se brinda mediante terapias y actividades ambulatorias de rehabilitación y reinserción social. Se realizan pruebas clínicas,

entrevistas e intervenciones, para valorar qué tipo de intervención terapéutica amerita cada caso. (López Domínguez, y Trujillo Huertas, s.a.a, p. 19)

3. Centro de Día Este nivel de atención es conveniente para personas cuyo consumo es grave con algunas complicaciones familiares y sociales. Es un tratamiento semi-residencial; los pacientes permanecen en las instalaciones de CIJ bajo supervisión de los especialistas, durante 3 a 5 horas diarias con actividades que favorecen la restructuración de hábitos y prácticas saludables. (López Domínguez, y Trujillo Huertas, s.a.a, p. 19)

Programa de investigación

López Domínguez, y Trujillo Huertas (s.a.a) señalan que, “en el programa de investigación de CIJ se concibe al fenómeno de las adicciones como un problema de salud pública que permanentemente presenta cambios y debe ser analizado para su comprensión y abordaje” (p. 20).

Las líneas de investigación en CIJ son:

1. Estudios epidemiológicos entre los pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ.
2. Investigaciones clínicas.
3. Investigaciones psicosociales.
4. Evaluación de los programas institucionales.

Programa de enseñanza

López Domínguez, y Trujillo Huertas (s.a.a) “El programa de enseñanza de CIJ tiene la finalidad de promover e impartir la capacitación, formación y actualización en materia de adicciones a profesionales de la salud” (p. 21).

López Domínguez, y Trujillo Huertas (s.a.a) indican que “se diseñan y desarrollan actividades académicas con el objetivo de fortalecer la prevención, el tratamiento integral y la reintegración social, ya sea de forma presencial o en línea, en tres niveles” (p. 21).

1. Capacitación para el desempeño.

2. Educación continua.
3. Posgrados.

Centros de Integración Juvenil, Tehuacán A. C.

En octubre de 1996; es la apertura de la unidad CIJ Tehuacán, se encuentra ubicada la unidad en Privada 11 Poniente núm. 916 Fracc. Niños Héroes de Chapultepec, C.P. 75760, el número telefónico de contacto con la unidad es 238 382 89 17.

En la Unidad CIJ Tehuacán se pretende llevar a cabo la intervención psicoterapéutica de orientación sistémica, buscando que impacte en los programas de investigación que tiene la institución, se retoman aspectos del tratamiento de familias de consumidores de sustancias.

Terapia familiar y adicciones

Estudiosos de la terapia familiar aplicada al campo de las adicciones, describen el fenómeno de la adicción como un problema familiar, no sólo por cómo la familia es afectada, sino por la manera en que ésta participa, tanto en la génesis de la misma como en el mantenimiento de las conductas consideradas parte de la problemática (Ramírez, 2001; citado en (Soubran Ortega, Huerta Lozano, Alpízar Ramírez, Gaona Márquez y Flores Dorantes, 2016, p. 9)

De Vega (1995) señala que,

En la mayoría de las modalidades terapéuticas que se emplean, se maltrata a la familia y se desaprovechan al mismo tiempo los recursos terapéuticos que ésta posee. Se maltrata a la familia por ejemplo exigiéndole sacrificios (acompañen al adicto las veinticuatro horas del día, échenlo de casa, paguen un millón de pesetas para que sea admitido en nuestro centro, etc.) pero no se le da la posibilidad de intervenir en el tratamiento. (p. 276)

De Vega (1995) indica que,

es fácil catalogar a la familia como sospechosa, responsable, o directamente culpable del problema: cuando el terapeuta no consigue los resultados deseados – y es casi siempre– puede que decida incluir a alguien más en el tratamiento; traba entonces relación con la madre o la novia del adicto y tras unas cuantas sesiones, acaba convencido de que la causa de la adicción radica en la familia y que el asunto

está tan enrevesado que él no puede hacer nada (a pesar de su incuestionable competencia). (p. 276)

Soubran Ortega, Huerta Lozano, Alpízar Ramírez, Gaona Márquez y Flores Dorantes (2016) “Vemos en el espacio de las entrevistas familiares, como forma de comunicación habitual, actitudes de maltrato en los vínculos, entre los miembros de estas familias y también hacia el equipo institucional” (p. 4).

¿Cómo se entiende la adicción o el consumo de sustancias? De Vega (1995) señala que, “desde el punto de vista de la familia, la adicción de uno de sus miembros provoca innumerables problemas de relación que dan lugar a serios trastornos emocionales tanto en el adicto como en quienes conviven con él” (p. 275).

Para Pereyra Christiansen (2014)

Los síntomas, en el caso de las adicciones son reacciones desadaptativas a los cambios ambientales o evolutivos, como pueden ser las transiciones de los ciclos vitales. En este modelo consiste en asumir que el abuso de drogas acaba siendo un eje central alrededor del cual se organiza la vida de las familias, y que por lo tanto cualquier solución a largo plazo requiere que la familia colabore y se implique en el tratamiento. (p. 29)

Pautas de intervención en el consumo de sustancias

Desde el modelo estructural la base de la intervención terapéutica es el fortalecimiento de los cimientos estructurales que permiten el funcionamiento de la familia; más concretamente en una jerarquía generacional adecuada, en la que los padres mantienen una unidad de liderazgo férrea, y con fronteras claras, ni demasiado difusas ni demasiado rígidas. (Pereyra Christiansen, 2014, p. 29)

Pereyra Christiansen (2014) señala que, este planteamiento resulta especialmente útil en el tratamiento de las adicciones en las que frecuentemente se observa un funcionamiento familiar caracterizado por la sobre implementación de uno de los progenitores del adicto (generalmente el del sexo opuesto) y el papel periférico del otro padre. (p. 29)

Dado que el tratamiento no se basa en la exploración de los orígenes del conflicto, sino en la reestructuración del orden jerárquico familiar, de manera que los síntomas no sigan reforzándose, este enfoque ha resultado especialmente útil en el tratamiento de familiares con problemas de adicción. (Pereyra Christiansen, 2014, p. 29)

Soubran Ortega, Huerta Lozano, Alpízar Ramírez, Gaona Márquez y Flores Dorantes (2016) señalan que,

en la experiencia de CIJ se considera que la participación y el involucramiento de la familia con el tratamiento para abandonar el consumo de drogas de su familiar, es esencial debido a que el consumidor pertenece a un contexto social y emocional cuya fuente primaria está representada por la familia, constituyendo ésta el segundo sujeto de atención. (p. 3)

Soubran Ortega, Huerta Lozano, Alpízar Ramírez, Gaona Márquez y Flores Dorantes (2016) indican que,

En CIJ se cuenta con Intervenciones familiares, según la problemática y necesidades detectadas durante el proceso de tratamiento que lleve el o la paciente, y uno de los dispositivos de abordaje lo constituye el Grupo de Familiares, el cual ofrece un espacio de primer nivel de intervención al contexto o red de vínculos significativos de la persona que consume sustancias e inicia un programa de tratamiento. (Soubran Ortega, Huerta Lozano, Alpízar Ramírez, Gaona Márquez y Flores Dorantes, 2016, p. 3)

El Grupo de Familiares es una modalidad de intervención psicoeducativa, Soubran Ortega, Huerta Lozano, Alpízar Ramírez, Gaona Márquez y Flores Dorantes (2016) indican que el Grupo de Familiares,

se conforma por familias que identifican el consumo de drogas como una problemática que afecta a uno o varios integrantes, en el mejor de los casos las familias tienen el propósito de apoyar al/la paciente en su proceso de cambio; otras familias por su parte, pretenden evadir el apoyo y las funciones parentales del cuidado de la salud para dejarlo en las y los profesionales del equipo terapéutico porque consideran que el problema es individual, piensan que es del/la paciente y

no producto de la dinámica y multiestrés de la familia. Con frecuencia los familiares (que con mayor frecuencia son mujeres) refieren cansancio y desgaste emocional, falta de control debido a los diferentes problemas que le aquejan: relaciones de conflicto, desorganización, falta de recursos y aislamiento social. Condiciones que colocan a estas familias en vulnerabilidad y exclusión social. (p. 3)

Soubran Ortega, Huerta Lozano, Alpízar Ramírez, Gaona Márquez y Flores Dorantes (2016) señalan que,

otra característica que se observa en el sistema familiar es con frecuencia un debilitamiento de los roles materno y paterno, las funciones de los padres aparecen desdibujadas con marcado desorden y confusión en las jerarquías; una alianza particular del hijo adicto con uno de los padres, la parentalización de alguno de los otros hijos, el poder centrado en el paciente adicto, etc. Observamos también que en estas familias aún los hechos abusivos del consumidor tienen aparentemente poca relevancia y desde ahí no dan origen a consecuencias al respeto y por lo tanto a los límites requeridos. Al no haber registro del daño no hay modificación y no hay aprendizaje. Esta anestesia emocional explica entonces la tolerancia y la reiteración de los maltratos y conductas problemáticas con la consecuente carga emocional que genera tanto en el miembro que consume sustancias como en el resto de la familia que convive con la persona que tiene el problema de adicción. (pp. 3-4)

Es la entrevista familiar la que pone en evidencia la trama particular del funcionamiento de cada familia. En un primer momento los padres, eludiendo y sin poder hacerse cargo de su responsabilidad, tratarán que la institución resuelva y dé respuesta inmediata a sus problemas (intento de delegación). Lo paradójico es que la institución espera la ayuda de la familia, y la familia a su vez la ayuda de la institución; parte del trabajo terapéutico consiste entonces en no hacerse cargo de las responsabilidades que los padres, al sentirse inhabilitados, pretenden delegar. (Soubran Ortega, Huerta Lozano, Alpízar Ramírez, Gaona Márquez y Flores Dorantes, 2016, p. 4)

Pereyra Christiansen (2014) señala que, la familia de la persona que consume drogas posee un registro histórico del proceso que se requirió para consolidar la adicción. “Escuchar” a los miembros de la familia

es de vital importancia para llegar a una comprensión contextual de las fuentes emocionales primarias que participaron en la gestación del consumo. Otro aspecto relevante de la adicción es su “capacidad de mutación”, es decir, su presencia en cada entorno familiar posee un significado específico para la misma, es decir, para cada familia el impacto de la adicción es diferente y esta diferencia guarda una estrecha relación con su historia emocional. Así, la “capacidad de mutación” obedece a que los contextos sociales siempre están inmersos en procesos de cambio. (p. 4)

Pereyra Christiansen (2014) puntualiza que, “los contextos no son estáticos constituyen sistemas de interacción y la familia, que es uno de ellos, de manera paralela está contenida dentro de un sistema mucho más amplio: lo social” (p. 4).

El acercamiento al problema adictivo deja ver un sufrimiento directamente relacionado y producido por la conducta de los consumidores sobre los demás miembros del grupo familiar. La familia se presenta con dolor y percibiéndose a sí misma como víctima de esta situación. (Pereyra Christiansen, 2014, p. 4)

Pereyra Christiansen (2014) indica que,

Una característica común de la demanda clínica es que las personas consumidoras aceptan un tratamiento tratando de responder más a la presión que en ocasiones se manifiesta en coacciones y amenazas de los familiares; en otras por el remordimiento y los sentimientos de culpa ante el daño que están ocasionando a sus seres queridos, que realmente por tratar de responder a una motivación propiamente sentida como la necesidad de cambio. Esa característica podrá traducirse a lo largo de la intervención en fracasos repetidos y en una persistente y dolorosa sensación de impotencia ante el problema de consumo. (p. 4)

Pereyra Christiansen (2014) señala que,

CIJ estima que la participación y el involucramiento efectivo de la familia dentro del tratamiento para abandonar el consumo de drogas, son prioritarios debido a que el consumidor pertenece a un contexto social y emocional cuya fuente primaria está representada por la familia. (p. 4)

En la experiencia clínica se constata de manera reiterada como la teoría sistémica se vuelve una realidad. Se pueden observar individuos en procesos francos de recuperación, acumulando meses de abstinencia que de pronto sin una causa “objetiva” o aparente, recaen. El consumo de drogas al tornarse en un problema para la familia hace que enferme también por lo que requiere de intervención. (Pereyra Christiansen, 2014, p. 4)

5. Método

“...En el País de las Maravillas, Alicia creció repentinamente hasta alcanzar una estatura gigantesca. Lo experimentó sintiendo que crecía, mientras que la habitación se hacía más pequeña... Una terapia estructural de familia intenta cambiar a Alicia en forma conjunta con la habitación...”

Salvador Minuchin

5.1 Pregunta de investigación:

En la presente investigación se sugiere cuestionarse si ante la revisión de la teoría es posible que:

¿Pueda una intervención psicoterapéutica de orientación sistémica, desarrollar factores resilientes en familias de consumidores de drogas que pertenezcan a la Unidad de Centros de Integración Juvenil de Tehuacán Puebla?

5.2 Objetivos

5.2.1. Objetivo general:

Se propone:

1.- Desarrollar los factores resilientes a través de una intervención psicoterapéutica de orientación sistémica en las familias de consumidores de drogas en la Unidad Centros de Integración Juvenil de Tehuacán Puebla.

5.2.2. Objetivos específicos:

Se propone:

1.- Conocer si una intervención psicoterapéutica de orientación sistémica desarrolla los factores resilientes en familias de consumidores de drogas en la Unidad de Centros de Integración Juvenil de Tehuacán, Puebla.

2.- Evaluar si la apercepción de la interacción familiar mantiene relación con cada uno de los cinco factores resilientes en las familias de consumidores de drogas en la Unidad de Centros de Integración Juvenil de Tehuacán Puebla.

5.3 Hipótesis sugeridas

H1: Es posible que una intervención psicoterapéutica de orientación sistémica desarrolle factores resilientes en las familias de consumidores de drogas.

H0: No es posible que una intervención psicoterapéutica de orientación sistémica desarrolle factores resilientes en las familias de consumidores de drogas

5.4. Definición teórica de variables

Resiliencia: Henderson Grotberg (2006) “La resiliencia es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas” (p. 18).

Consumo de sustancias adictivo: Juárez González (2019) “comportamiento compulsivo por adquirir y consumir una sustancia o involucrarse en una actividad que resulta gratificante o placentera (Juárez et al., 2013), donde se presenta una dependencia física y psicológica al incentivo” (p. 189).

5.5. Definición operacional de variables

Resiliencia: La resiliencia es la capacidad para hacer frente a la adicción o síntoma de un miembro del sistema familiar, reducir el conflicto, recibir ayuda y de manera conjunta aprender y recuperarse de la adicción.

Consumo de sustancias adictivo: reacciones desadaptativas en el medio ambiente, sistema familiar o etapa evolutiva de la familia, en las que el individuo se percibe rebasado y desarrolla un mecanismo para lidiar con la presión del ambiente y este será el eje central alrededor del cual se organizará la vida de la familia en conjunto.

5.6. Tipo de investigación y metodología elegida

Investigación de tipo cualitativa

Partiendo de la definición de investigación para Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014). “es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema” (p. 4)

Para Quecedo Lecanda y Castaño Garrido (2003) “el término metodología hace referencia al modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas, a la manera de realizar la investigación. Nuestros supuestos teóricos y perspectivas, y nuestros propósitos, nos llevan a seleccionar una u otra metodología” (p. 7).

Siguiendo a Quecedo Lecanda y Castaño Garrido (2003) “en sentido amplio, puede definirse la metodología cualitativa como la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (p. 7).

Para Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014) el “enfoque cualitativo utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación” (p. 7).

Intervención de orientación sistémica estructural

Ochoa de Alda (1995) Señala que Salvador Minuchin,

crea un enfoque terapéutico centrado en la estructura familiar, defendiendo que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras. Las variables estructurales específicas en las que se centra son los límites, que implican reglas de participación, y las jerarquías, que encierran reglas de poder. El acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites. La terapia estructural asume que la modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías impacta profundamente las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen al síntoma, Tales alteraciones obligan a la familia a reestructurarse sobre unas bases menos patológicas. (p.127)

Desatnik Miechimsky (2004) nos indica que,

Una visión sistémica estructural permite la exploración de las interacciones de las personas con relación a los distintos contextos de los que forma parte; permite experimentar las formas en que los miembros de la familia se sostienen y califican mutuamente. Al considerar a la persona como un miembro de distintos contextos sociales, el problema se ubica entre el sujeto y sus contextos, más que en procesos internos del paciente. La familia constituye un factor significativo en el proceso de adaptación individual y social, determina respuestas de sus miembros a través de estímulos que provienen desde el interior y el exterior, y su organización y estructura tamizan y califican las experiencias de las personas. Un miembro de la familia responde a las tensiones que afectan a la familia y, a la vez, la familia responde a los cambios de cada uno de sus miembros, por medio de procesos de adaptación continuos. (p. 52)

Salvador Minuchin plantea tres axiomas de la terapia estructural sistémica:

En primer lugar, Minuchin (1989) señala que, “la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por este por consecuencias repetidas de interacción” (p. 30).

Minuchin (1989) señala que, “el segundo axioma que subyace a este tipo de terapia es el de que las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema. (pp. 30-31)

Finalmente, Minuchin (1989) menciona que, “cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto, los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema terapéutico” (p. 31).

Por lo tanto, la terapia estructural se concentra en el proceso de retroalimentación entre las circunstancias y las personas implicadas. La terapia recurre a técnicas que alteran el contexto inmediato de las personas, de tal modo que sus posiciones cambian. Un cambio en la posición de una persona en relación con sus circunstancias, con su contexto familiar, constituye una modificación de su experiencia subjetiva. (Desatnik Miechimsky, 2004, p. 52)

5.7. Sujetos

Familia del consumidor de drogas, incluido el consumidor que está en tratamiento en la unidad de Centros de Integración Juvenil de Tehuacán, Puebla.

Criterios de inclusión:

- Debe participar toda la familia del consumidor de drogas incluido el consumidor

Criterios de exclusión:

- Familias en las que un integrante se niegue a participar
- Padecimiento de un trastorno mental que dificulte el proceso psicoterapéutico

5.8. Instrumento

Evaluar la efectividad de la intervención psicoterapéutica de orientación sistémica por medio del Test de Apercepción de Interacción Familiar FIAT (por sus siglas en inglés Family Interaction Aperception Test FIAT), en forma test-retest, que permita medir si se han desarrollado los factores resilientes en las familias de consumidores de drogas, relacionando los factores resilientes con los criterios de calificación del FIAT.

Al respecto, Tornimbeni, Pérez y Olaz, (2008) indican que el método test-retest, “consiste en administrar un test en dos oportunidades a la misma muestra de sujetos, con un determinado intervalo entre las dos administraciones, y calcular la correlación entre los puntajes obtenidos en la primera y segunda vez” (p. 82).

García Sánchez y Ramírez González (2003) señalan que,

El Test de Apercepción de Interacción Familiar FIAT cuyo autor es Salvador Minuchin y su grupo de [colaboradores], cuando realizaron sus investigaciones sobre familias de bajo nivel cultural, decidieron buscar medidas de las variables en diferentes niveles, así fue como nació el F.I.A.T. (García Sánchez y Ramírez González, 2003, p.63)

García Sánchez y Ramírez González (2003) indican que la definición de apercepción de la interacción familiar que se maneja en el instrumento (FIAT) es: “la tendencia que la persona tiene de describir la interacción entre dos o más miembros de la familia y con personas extrafamiliares” (p. 62).

Al respecto podemos señalar que las técnicas proyectivas son,

instrumentos que permiten revelar aspectos inconscientes de la conducta y de la personalidad. Su característica principal es que proporcionan estímulos de estructuración ambigua, que permiten la libre expresión de la persona evaluada a través de respuestas verbales, gráficas o lúdicas. Se parte del supuesto de que cada proyección expresa el modo personal de establecer contacto con la realidad interna y externa. A partir de los estímulos proporcionados por el test proyectivo, la persona evaluada proyecta sus necesidades, tensiones, su mundo emocional, su concepción del mundo físico y social, así como sus esfuerzos por organizar su conducta y relacionarse con esos mundos (Chávez, 2007; citado en Sarabia García, 2011, pp.15-16).

Bellak, 1990; citado en Sarabia García (2011) señala que, “dentro de las técnicas proyectivas se encuentran las técnicas aperceptivas, que involucran estímulos visuales semiestructurados o ambiguos bajo una temática, a partir de los cuales el examinado debe elaborar un relato completo” (p.15).

García Sánchez y Ramírez González (2003) señalan que, “el FIAT es una técnica proyectiva de apercepción pictórica, de acuerdo con los principios teóricos del Test de Apercepción Temática TAT” (p. 63).

Las historias que se derivan de esos estímulos ofrecen un contenido manifiesto y un contenido latente. El contenido manifiesto se refiere al tema de la narración, es decir, lo que el examinado cuenta y cómo lo cuenta; mientras que el contenido latente se refiere a lo que significan las verbalizaciones; a diferencia del contenido manifiesto está determinado por el inconsciente y requiere interpretación. (Chávez, 2007; citado en Sarabia García, 2011, p. 16)

El análisis del contenido latente permite comprender cómo el individuo estructura su mundo a partir de sus deseos y motivaciones internas, las reacciones que se generan por una situación conflictiva inconsciente, y cómo se manifiestan en el comportamiento. (Chávez, 2007; citado en Sarabia García, 2011, p. 16)

Symonds, 1969; citado en Sarabia García (2011) señala que, “la interpretación de las historias proporcionan hipótesis diagnósticas que deben ser confrontadas con la historia de vida del sujeto” (p. 16).

Las láminas de esta prueba presentan escenas que son conocidas, reconocibles y cotidianas. La lámina No. 1 es con la que se acostumbra iniciar la aplicación, por que maneja una situación neutral, no amenazante, que proporciona ideas para hablar de la familia en términos de la interacción y por que trata a todos los miembros de la familia. (García Sánchez y Ramírez González, 2003, p. 63)

Las principales características del FIAT son las siguientes:

1. Las escenas describen situaciones de interacción familiar primordialmente.
2. Las instrucciones piden historias específicas acerca de familias e interacción familiar, limitando y estructurando las respuestas de los sujetos.
3. La acción en las historias es específica, el contenido de las láminas no es ambiguo y los dibujos están claramente estructurados.
4. Las características raciales de las personas en los dibujos son deliberadamente indeterminadas, para que este instrumento sea apropiado en su administración con los diferentes grupos subculturales de nuestra sociedad. (García Sánchez y Ramírez González, 2003, pp. 63-64)

García Sánchez y Ramírez González (2003) indican que el FIAT,

consiste en 10 láminas en las cuales se muestran familias ocupadas en diferentes actividades. Se puede administrar de manera individual o en grupos y es apropiado tanto para niños como para adultos, debido a la simplicidad y a lo concreto de las situaciones presentadas en las láminas. (p.64)

Las láminas son las siguientes:

- a) Una familia alrededor de una mesa de comedor, la madre repartiendo el pastel.
- b) Hermanos o padre e hijos frente a un televisor.
- c) La madre reclinada en la silla, hermano y hermana haciendo labores caseras, un niño más pequeño jugando.
- d) Tres hermanos peleando o jugando, los padres en otro plano observando.
- e) Madre con bebé en brazos, un pequeño a sus pies y tres niños mayores hablando entre ellos.
- f) Niño arrodillado cerca de una cartera, en la calle, un joven o su padre, parado cerca de él.
- g) Madre y otra mujer de pie junto al niño frente a la escuela.
- h) Dos hombres y una mujer jugando juntos.
- i) Hombre, mujer y niño frente a una tienda con el aparador roto.
- j) Niños observando una pelea entre sus padres. (García Sánchez y Ramírez González, 2003, p. 64)

García Sánchez y Ramírez González (2003) señalan que las instrucciones dadas a los sujetos serán las siguientes: “A continuación te voy a mostrar unas láminas acerca de la familia. Por favor elabora una historia de que está ocurriendo, algo acerca de las personas que están ahí y un final para cada una de las láminas” (p. 64).

La validez de la prueba consistió en la utilización del instrumento en estudios con niños y adultos de diferentes familias. Basados en esta exploración preliminar, se hicieron algunas alteraciones de los dibujos para aumentar la interacción familiar y enfocarse específicamente sobre las áreas relevantes de lo que se quería explorar. En México el FIAT se adaptó en el año de 1978, por cuatro psicólogas del Instituto de la Familia A. C. por medio del criterio de inter-jueces, obtuvieron una confiabilidad total de 78.3% para el estudio realizado en ese mismo año por Klincovstein, C. M. (García Sánchez y Ramírez González, 2003, p. 64)

Forma de calificación del instrumento: la prueba se evalúa de acuerdo con las siguientes categorías y criterios:

Crianza.

García Sánchez y Ramírez González (2003) indican que,

para las láminas I y VII no se cuentan la puntuación si se refiere a aspectos descriptivos de la lámina, por ejemplo, la madre da de comer al niño, la madre está repartiéndolo el pastel, etc. Estas aseveraciones se consideran descriptivas. Pero en caso de que haya comentarios adicionales que amplíen ó complementen la aseveración inicial, si se puntualiza. (p.65)

- El concepto de protección se codifica como crianza. Por ejemplo, si el niño está en peligro ó la madre lo protege de ser golpeado, se codifica como crianza.
- Si alguien le da dinero, regalos etc., también se codifica como crianza.
- La crianza a uno mismo se codifica. Por ejemplo, la madre se hace un pastel de cumpleaños o el niño toma su leche del refrigerador.
- La crianza se codifica como apropiada ó inapropiada, por ejemplo, la madre protege al niño de castigos, a pesar de haber hecho algo malo. (García Sánchez y Ramírez González, 2003, p. 65)

Control de conducta.

- Se codifica como control de hacer algo (-) que es de naturaleza inhibitoria. Por ejemplo, el padre impide a los niños pelear; ó por el contrario la madre manda a la tienda a la hija (+), ya que esto requiere control para hacer algo.
- Cuando sea posible, las interacciones de control serán apuntadas como efectivas ó inefectivas, de acuerdo a la acción de la historia. Ejemplo, (efectiva) el padre dice a los niños que dejen de hacer ruido y se callen, (inefectivo) la madre pide a los hijos que le ayuden y no hacen caso.
- Si los movimientos de control están acompañados de castigo, ya sea físico y no físico estos se apuntan. Por ejemplo, (castigo físico) la madre les dice que dejen de pelear y les pega, (castigo no físico) la madre lleva al niño del colegio a su casa, lo regaña y no lo deja salir. Ambos tipos de castigo pueden entrar en la puntuación, si ambos son parte del mismo tipo de control.

- El castigo físico (por parte de los padres) que acompaña los movimientos de control, no se apunta como agresión, a menos que sean demasiado punitivos ó el diálogo indique severidad excesiva. Por ejemplo, unas nalgadas son diferentes a un puñetazo en la cara, en donde este último se codificaría como agresión, en tanto que el primero se codificaría como control acompañado de de castigo físico.
- Si la agresión se acompaña de control y viceversa, se codifican ambas(se debe de apuntar dos veces) una como control y la otra como agresión. En la mayoría de los casos, la agresión es interacción de parientes ó esposos, más que interacción de padres a hijos, pero puede haber excepciones:
- El control también debe codificarse como apropiado e inapropiado. Por ejemplo, si un hermano controla a los otros en cuanto a que desea ver en la T.V. por que es mayor y más fuerte, esto nos habla de un control inapropiado. (García Sánchez y Ramírez González, 2003, pp. 65-66)

Guía ó educación.

- Los criterios de puntuación son similares a las usadas para control, es decir, (+) ó (-), efectiva, inefectiva, apropiada ó inapropiada, castigo físico, castigo no físico. Toda guía se califica en (+) ó (-) y otras codificaciones se hacen cuándo existe información suficiente.
- La guía influye no sólo en la conducta inmediata sino que alude a referencias pasadas ó futuras de dicha acción.
- La educación puede también considerar un principio general de comportamiento, ejemplo, devuélvele la billetera a su dueño, tu no quisieras que nadie se quedara con tu dinero si lo perdieras.
- Un “modelo” se codifica como guía, por ejemplo, si un miembro de la familia actúa de tal modo en presencia de otro miembro de la familia que está estableciendo guía a través del ejemplo de su propia conducta (probablemente social) ó si su acción se acompaña de una explicación de la conducta (aunque esta no sea necesariamente explícita) se codifica como guía ó educación.
- La guía hacia la conducta antisocial ó moralmente censurable se considera como guía inapropiada. (García Sánchez y Ramírez González, 2003, p. 66)

Agresión.

- Esta deberá ser diferenciada principalmente en términos de agresión física y no física. El enojo mostrado ó expresado, se codifica como agresión no física, cuando es sentida ó pensada se codifica como tendencia a. (García Sánchez y Ramírez González, 2003, p. 66)

Cooperación.

- La cooperación implica una actividad entre dos ó más miembros de la familia, ó entre miembros de la familia y el ambiente exterior, en conexión con una meta similar.
- La definición incluye el concepto de dos ó más miembros de la familia jugando juntos. Por ejemplo, juego cooperativo entre los miembros de la familia.
- El uso de la votación para decidir entre miembros de la familia, cuenta como cooperación.
- La ayuda, asistencia voluntaria de un miembro de la familia hacia otro u otros, es visto como esfuerzo de colaboración y se considera como cooperación.
- La cooperación para actividades antisociales ó metas delinquentes se considera como cooperación inadecuada. (García Sánchez y Ramírez González, 2003, p. 66)

Afecto.

- El afecto se codifica cuando existe una expresión de afecto tanto positiva como negativa, una acción ó verbalización de un miembro de la familia hacia otro. (García Sánchez y Ramírez González, 2003, p. 67)

Armonía familiar.

- La armonía familiar se cuenta cuando una acción ó sentimiento familiar es elegido en el cuento, el cuál se enfoca sobre la felicidad, el placer ó el acercamiento de la familia como unidad, cualquier cosa que una a la familia en forma positiva.
- La acción puede ser explícita, por ejemplo una madre que juega con sus hijos para darles sentido de seguridad como familia.
- Una codificación de tendencia a, sería hecha si existe un deseo hacia una unidad, por ejemplo, los niños desearían que los padres no pelearan para que la familia fuera feliz. (García Sánchez y Ramírez González, 2003, p. 67)

Aceptación de responsabilidad.

- Esta no es una puntuación de interacción, sino que tiene que ver con la persona a la cuál se le aplica.
- Se define como el reconocimiento de las propias acciones, por ejemplo, aceptar la responsabilidad, conducta apropiada, actividades delincuentes, etc. Es expresado abiertamente a través de una disculpa verbal ó actuada a través de una restitución, reparación, etc., se puntúa cuando una persona acepta dicha responsabilidad por su propia conducta ó por la conducta de otros.
- La tendencia se codifica cuando no se indican disculpas ó restituciones abiertas, pero cuando la persona describe sentimientos de pena, culpa, vergüenza por lo acontecido, sin ninguna verbalización específica de la disculpa ó sin ofrecer restitución. (García Sánchez y Ramírez González, 2003, p. 67)

García Sánchez y Ramírez González (2003) señalan que,

la tendencia de algunas de las variables se codifican cuando no involucran acción ó conducta abierta en la historia, pero conllevan deseos ó pensamientos para alguna situación. Puede codificarse ¿quién a quién? En las interacciones que involucran a dos ó más miembros, por ejemplo, madre a hijo, hijo a hijo ó con una persona extrafamiliar, por ejemplo el tendero. (p. 67)

Resumen de codificación de acompañantes en las variables:

Crianza.- apropiado, inapropiado.

Control.- (+) ó (-) efectivo, inefectivo, apropiado, inapropiado, con castigo físico, sin castigo físico.

Guía.- (+) ó (-) efectiva, inefectiva, apropiada, inapropiada, con castigo físico, sin castigo físico.

Agresión.- física, no física.

Cooperación.- apropiada, no apropiada.

Afecto.- positivo, negativo, existente, no existente.

Armonía familiar.- existente, no existe.

Aceptación de responsabilidad.- existe, no existe. (García Sánchez y Ramírez González, 2003, pp. 67-68)

García Sánchez y Ramírez González (2003) señalan que,

para realizar la frecuencia en las respuestas de los sujetos, se codificarán las claves de calificación de las variables de la prueba en valores de 1 ó 0. Sólo se presentan los datos de frecuencias en donde las respuestas fueron apropiadas ó con valor 1; excepto en las respuestas de agresión, en la que solamente se consideraron aquellas respúestas que denotaban agresión física en las aplicaciones (ver código en el Apéndice B). (García Sánchez y Ramírez González, 2003, p. 68)

6. Conclusión, limitaciones y sugerencias

La libertad de ver y escuchar lo que está aquí, en lugar de lo que debería estar, estuvo o estará.

La libertad de decir lo que se siente y se piensa, en lugar de lo que se debería sentir y pensar.

La libertad de sentir lo que siente, en lugar de lo que debería sentirse.

La libertad de pedir lo que se quiere, en lugar de tener siempre que pedir permiso.

La libertad de arriesgarse por su propia cuenta, en lugar de optar únicamente por estar seguro y no perturbar la tranquilidad.

Virginia Satir

6.1. Conclusión

El objetivo de esta investigación es de carácter documental. Esto no significa que no deba ser aplicada o no sea valiosa su aplicación, por el contrario se espera en un tiempo futuro pueda ser aplicada y conocer sus resultados.

En esta propuesta de investigación se busca generar un impacto significativo en los programas institucionales de Centros de Integración Juvenil, en primer lugar en el programa de investigación, ya que se ha planteado como investigación clínica de orientación sistémica que permitiría atender a toda la familia y al consumidor de sustancias, de resultar efectiva la intervención impactaría en segundo lugar de manera positiva en el programa institucional de tratamiento y rehabilitación, ya que podría usarse con las familias de los consumidores y como se ha revisado la familia es el grupo que más podrá ayudar o dificultar el proceso de recuperación de sus integrantes.

A lo largo de esta investigación se ha abordado el tema de la resiliencia, haciendo una amplia revisión teórica de la capacidad que tiene el ser humano para enfrentar, sobreponerse y resistir la adversidad o trauma en lo particular y en el nivel familiar y se han explorado los factores resilientes que se pueden promover en el individuo. Por lo tanto es importante generar una óptica de resiliencia en los profesionales de la salud mental que les permita generar intervenciones que favorezcan estos procesos resilientes en sus campos de acción.

6.2. Limitaciones

Hay fenómenos complejos, como lo es la resiliencia, difíciles de negar desde la experiencia acumulada del ser humano, puesto que existen y todos conocemos ejemplos de vida de muchas personas que son muestra inequívoca de ello, a lo largo de la historia de la humanidad siempre han existido estas personas resilientes. Es importante resaltar que la resiliencia rompió el enfoque que se tenía acerca de la psicopatología, los factores

de riegos y por así decirlo con la idea de que, el destino del individuo está escrito y era inamovible, todo cambio de enfoque casi siempre cuando inicia no es bien recibido, genera resistencia, por tanto se ha suscitado un interés en poder establecer constructos de la resiliencia que puedan ser empíricos, instrumentos, pruebas, programas, escalas, etc, que puedan constatar y validar la visión de la resiliencia. Por tanto, una limitación con la que esta propuesta de investigación se encontró, fue con la obtención de instrumentos que pudieran ser adquiridos y empleados para la propuesta, o que los instrumentos estén adaptados para población mexicana ya que en algunos casos existen instrumentos pero no están estandarizados para nuestra población, finalmente se buscó medir los factores resilientes como proceso, dando cuenta de esto a través de la interacción familiar.

Cruz Martín del Campo, León Parra, y Angulo Rosas (2019) señalan que,

uno de los retos universales es garantizar el acceso de la población a servicios de salud especializados. Sin embargo, en nuestro país, el lapso transcurrido entre el inicio del uso de drogas y la solicitud de tratamiento oscila aún entre los seis y ocho años. (p. 92)

Reflexionar sobre este dato es de vital importancia, resulta alarmante el tiempo que tardan los consumidores de sustancias y sus familias en recibir un tratamiento, en este tiempo la familia mantiene y refuerza pautas transaccionales disfuncionales, lo que genera y mantiene el síntoma en el sistema familiar y agudiza el consumo de sustancias.

6.3. Sugerencias

Como sugerencia, se plantea aplicar la propuesta de intervención de orientación sistémica en la Unidad de Centros de Integración Juvenil de la ciudad de Tehuacán, Puebla.

Se sugiere verificar la eficacia de la propuesta de intervención de orientación sistémica, por medio del test-retest, como se ha descrito en el diseño de la investigación.

Se sugiere explorar la efectividad de la intervención en otro tipo de conductas adictivas, como lo puede ser el juego, al sexo, internet, compras, trabajo, comida o ingesta compulsiva, así como al ejercicio.

Se sugiere llevar esta propuesta a otros ámbitos del quehacer psicológico, consultoría privada, instituciones gubernamentales en las que cuenten con el servicio de salud mental, hospitales y clínicas privadas.

Referencias:

- Acle Tomasini, G. (2012). *Resiliencia en educación especial. Una experiencia en la escuela regular*. Editorial Gedisa, S.A.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Andolfi, M. (2003). *Manual de psicología relacional. La dimensión familiar*. La Silueta Ediciones Ltda.
- Andolfi, M. (1990). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. Paidós
- Azar de Sporn, S. (2010). *Terapia sistémica de la resiliencia. Abriendo caminos, del sufrimiento al bienestar*. Paidós.
- Baruch, R. y Stutman, S. (2006). El yin y el yang de la resiliencia. En Henderson Grotberg, E. (Comp). (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Editorial Gedisa, S.A., pp. 59-90.
- Barudy J. y Dantagnan, M. (2010). Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y resiliencia parental. Editorial Gedisa, S.A.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa, S.A.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Paidós.
- Bur, R. y Nine, L. (2003). *Psicología para principiantes*. Era Naciente.
- Canal Once. (2013, 6 de agosto). *Diálogos (familia)-¿Terapia familiar?* [Video de You Tube] <https://www.youtube.com/watch?v=Hk4s9dlmH-Q>
- Chagoya, L. y Chagoya, C. (2017). *Técnicas de terapia familiar*. Guía básica. Gavia Editores, S.A. de C.V.
- C.I.J. [Centros de Integración Juvenil A.C.]. (s. a.). *¿Drogas? ¡Mejor infórmate!*. Folleto informativo.

- Cortés Fuentes, R. y Juárez Pastor, N. (2010). Conceptos básicos: alcohol y alcoholismo. En Fernández Cáceres, C. (Comp.). (2010). *Los jóvenes y el alcohol en México*. Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Cruz Martín del Campo, S. L., León Parra, B. y Angulo Rosas, E. A. (2019). *Lo que hay que saber de las drogas*. Centros de Integración juvenil.
- Cyrulnik, B. (2014). La Resiliencia en el siglo XXI. En Madariaga Orbea, J. (Coord.). (2014). *Nuevas miradas sobre la resiliencia. Ampliando ámbitos y prácticas*. Editorial Gedisa, S.A., pp. 31-51.
- Cyrulnik, B. y Anaut, M. (2016). *¿Por qué la resiliencia? Lo que nos permite reanudar la vida*. Editorial Gedisa, S.A.
- Cyrulnik, B. y Capdevila, C. (2017). *Diálogos Cyrulnik y Capdevila*. Editorial Gedisa, S.A.
- Delague, M. (2010). *La resiliencia familiar. El nicho familiar y la superación de las heridas*. Editorial Gedisa, S.A.
- De Vega, J.A. (1995). Terapia familiar y toxicomanías. En Navarro Góngora, J. y Beyebach, M. (Comps). (1995). *Avances en terapia familiar sistémica*. Ediciones Paidós, pp.273-298.
- Desatnik Miechimsky, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En Eguiluz Romo, L. L. (Comp). (2004). *Terapia familiar sistémica. Su uso hoy en día*. Editorial Pax México, pp. 49-80.
- Eguiluz Romo, L.L. (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. Editorial Pax México.
- Eguiluz Romo, L.L. (2004). *Terapia familiar sistémica. Su uso hoy en día*. Editorial Pax México.
- Estrada Inda, L. (1997). *El ciclo vital de la familia*. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Fernández Cáceres, C. (2014). *Consumo de drogas: riesgos y consecuencias*. Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Forés, A y Grané, J. (2008). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Plataforma Editorial.
- Frager, R y Fadiman, J. (2010). *Teorías de la personalidad*. Alfaomega Grupo Editor.

- Galicia Moyedo, I.X. (2004). Terapia estratégica. En Eguiluz Romo, L. L. (Comp). (2004). *Terapia familiar sistémica. Su uso hoy en día*. Editorial Pax México, pp. 81-113.
- Gálvez Sánchez, F. (2004). Prólogo. En Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Paidós, pp.15-21.
- García Sánchez, D. E. y Ramírez González, I. M. (2003). *La apercepción de la integración familiar del niño con leucemia*. Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de psicología UNAM.
- Garibay Rivas, S. (2013). *Enfoque sistémico. Una introducción a la psicoterapia familiar*. Editorial El Manual Moderno.
- Genijovich, E. (s.f.). Recordando a Salvador Minuchin. Por Emma Genijovich. Equidad para la infancia. América Latina. <http://equidadparalainfancia.org/2018/03/recordando-a-salvador-minuchin-por-ema-genijovich/>
- Gobierno de México. (s.f.). Centros de Integración Juvenil. ¿Qué hacemos? <https://www.gob.mx/salud%7Ccij/que-hacemos>
- Gobierno de México. (2018). Centros de Integración Juvenil. Centros de Integración Juvenil: 50 años de experiencia en la atención de las adicciones en México. <https://www.gob.mx/salud/cij/videos/centros-de-integracion-juvenil-a-c?idiom=es>
- González Núñez, J.J. (1999). *Psicoterapia de grupos: teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. Editorial El Manual Moderno.
- Haley, J. (1989). *Terapia no convencional*. Amorrortu/editores.
- Henderson Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Editorial Gedisa, S.A.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. Fondo de cultura económica, S.A. de C.V.
- IAFA [Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia]. (2020). ¿Qué es la adicción? <https://www.iafa.go.cr/blog/que-es-la-adiccion>

- Ibarra Martínez, A. (2003). La familia y sus creencias: relaciones y significados. En Eguiluz Romo, L. L. (Comp). (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. Editorial Pax México, pp. 55-68.
- Javier Feder, D. (2019). *Resiliencia. Cómo la mente supera las adversidades*. Bonallettera Alcompas, S.L.
- Juárez Gonzáles, J. (2019). *La huella del placer. De la regulación a la adicción*. Editorial el Manual Moderno.
- Kaufman, S. G. (1998). *Sobre violencia social, trauma y memoria*. Facultad de psicología, UBA.
- Kriz, J. (2007). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Amorrortu/editores.
- Kotliarenco, M. A. (2014). CEANIM: 34 años de historia de resiliencia comunitaria. En Madariaga Orbea, J. (Comp). (2014). *Nuevas miradas sobre la resiliencia. Ampliando ámbitos y prácticas*. Editorial Gedisa, S.A., pp. 153-171.
- Kumate Rodríguez, J. (2014). Prefacio. En Fernández Cáceres, C. (2014). *Consumo de drogas: riesgos y consecuencias*. Centros de Integración Juvenil, A.C., pp. III-V.
- Lecomte, J. y Manciaux, M. (2001). Maltrato y resiliencia. En Manciaux, M. (Comp). (2001). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Editorial Gedisa, S.A, pp. 113-120.
- López Domínguez, M. y Trujillo Huertas, S. (s.a.a) *Módulo básico. Centros de Integración Juvenil: ¿Quiénes somos?*. Centros de Integración Juvenil, A.C.
- López Domínguez, M. y Trujillo Huertas, S. (s.a.b). *Módulo básico. Marco referencial de prevención*. Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Madanes, C. (2019). *Sexo, amor y violencia. Estrategias de transformación*. Paidós.
- Madariaga Orbea, J. M. (2014). *Nuevas miradas sobre la resiliencia. Ampliando ámbitos y prácticas*. Editorial Gedisa, S.A.
- Madariaga, J. M., Novella, I. y Arribillaga, A. (2016). Resiliencia y funcionalidad familiar. En Cyrulnik, B. y Anaut, M. (Coords.). (2016). *¿Por qué la resiliencia? Lo que nos permite reanudar la vida*. Editorial Gedisa, S.A., pp.109-121.
- Manciaux, M. (2001). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Editorial Gedisa, S.A.

- Minuchin, S. (1989). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa, S.A.
- Minchin, S. y Nichols, M. P. (1994). *La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación*. Paidós.
- Minuchin, S. y Fishman, H. C. (2018). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.
- Minuchin, S., Nichols, M. P. y Wai-Yung, L. (2011). *Evaluación de familias y parejas. Del síntoma al sistema*. Paidós.
- Molina del Peral, J. A. (2011). *SOS... Tengo una adicción*. Ediciones Pirámide.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.
- Musacchio de Zan, A. y Ortiz Frágola, A. (2000). *Drogadicción*. Paidós.
- Navarro Góngora. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Paidós.
- Neil, S.E.S. (2006). Intensificar la resiliencia en el grupo familiar: Un enfoque transgeneracional hacia el cambio positivo en las familias disfuncionales. En Henderson Grotberg, E. (Comp). (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Editorial Gedisa, S.A., pp. 91-129.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Herder Editorial S.L.
- Papp, P. (2018). Paradojas. En Minuchin, S. y Fishman, H. C. (2018). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós. pp. 242-258).
- Pereyra Christiansen, H. R. (2014). *Terapia Familiar. Manual de apoyo al terapeuta*. Centros de Integración Juvenil, A. C.
- Pitillas, C. y Berástegui, A. (2018). *Primera Alianza. Fortalecer y reparar vínculos tempranos*. Editorial Gedisa, S.A.
- Puig Esteve, G. y Rubio Rabal, J.L. (2011). *Manual de la Resiliencia aplicada*. Editorial Gedisa, S.A.
- Quecedo Lecanda, R. y Castaño Garrido, C. (2003). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de psicodidáctica*, 14, pp. 5-39.
- Rubio Rabal J.L. y Puig Esteve, G. (2015). *Tutores de resiliencia. Dame un punto de apoyo y moveré MI mundo*. Editorial Gedisa, S.A.

- Reyes Munguía, M. P., Méndez Llamas, M. y Álvarez Lemus, J. A. (1999). *Guía práctica para padres de familia. Cómo proteger a tus hijos de las drogas*. Centros de Integración Juvenil, A. C.
- Rodríguez González, C. (2004). La escuela de Milán. En Eguiluz Romo, L. L. (Comp). (2004). *Terapia familiar sistémica. Su uso hoy en día*. Editorial Pax México, pp. 161-195.
- Santaella Hidalgo, G. B. (2006). *Análisis de la conducta delincuente: Un enfoque sistémico*. Tesis de maestría en psicología clínica. Facultad de psicología UNAM.
- Sarabia García, A. F. (2011). Propuesta de un Test de Apercepción Temática Infantil-Discapacidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), pp.14-49. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/28889/26846>
- Satir, V. (1986). *Psicoterapia familiar conjunta*. La Prensa Médica Mexicana.
- Satir, V. (2002a). *Nuevas relaciones humanas en el grupo familiar*. Editorial Pax México.
- Satir, V. (2002b). *Terapia familia paso a paso*. Editorial Pax México.
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública y Comisión Nacional contra las adicciones. (2016a). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016. Consumo de drogas: prevalencias globales, tendencias y variaciones estatales*. Secretaría de salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGA_S.pdf
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública y Comisión Nacional contra las adicciones. (2016b). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016. Resumen metodológico*. Secretaría de salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234804/RESUMEN_METODOL_GICO.pdf
- Simon, F.B., Stierlin, H. y Wynne, L.C. (1997). *Vocabulario de terapia familiar*. Editorial Gedisa, S.A.

- Soubran Ortega, L., Huerta Lozano, F.I., Alpízar Ramírez, G., Gaona Márquez, L. y Flores Dorantes, H. (2016). *Grupo de familiares. Manual de apoyo al terapeuta*. Centros de Integración Juvenil A.C. Dirección de tratamiento y rehabilitación.
- Tornimbeni, S., Pérez E. y Olaz, F. (2008). *Introducción a la psicometría*. Paidós.
- UBA psicología. (2015, 24 de febrero). Salvador Minuchin: "Terapia Familiar Estructural" (1997). [Video de You Tube] https://www.youtube.com/watch?v=Y6_fHBbe-IQ&t=2030s
- Universidad de Granada. (2021). Drogas. *Programa de prevención de las drogodependencias*.
<http://cicode.ugr.es/drogodependencia/pages/legislacion/drogas#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20O.M.S.%2C%20%E2%80%9CDroga%20es,central%20del%20individuo%20y%20es%2C>
- Vanistendael, S. (2014). Resiliencia: el reto del cambio de mirada. En Madariaga Orbea, J. (Coord.). (2014). *Nuevas miradas sobre la resiliencia. Ampliando ámbitos y prácticas*. Editorial Gedisa, S.A., pp. 53-67.
- Vargas Avalos, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En Eguiluz Romo, L. L. (Comp). (2004). *Terapia familiar sistémica. Su uso hoy en día*. Editorial Pax México, pp. 1-27.
- Walsh, F. (2012). *Resiliencia familiar: estrategias para su fortalecimiento*. Amorrortu.
- Watzlawick, P, Beavin Bavelas, J. y Jackson, D. D. (1991). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Editorial Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1976). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Editorial Herder
- Wittezaele, J.J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Editorial Herder

Apéndices

Apéndice A. Genograma.

Cuando pensamos en la historia de nuestras vidas, a veces pasamos por alto el hecho de que la vida familiar está compuesta por un conjunto de historias.

Salvador Minuchin

Garibay Rivas (2013) señala que, “la familia posee un conjunto amplio y complejo de aspectos o dimensiones desde el cual es posible lograr una interpretación y una comprensión global, tanto de su estructura como de su funcionamiento. (p. 47)

Para Garibay Rivas (2013) el genograma,

es una representación gráfica del mapa familiar en él se registra la información relacionada con los miembros de una familia y sus vínculos, cuando menos de tres generaciones. Puede ser de gran utilidad para el trabajo terapéutico individual, grupal, de pareja o familiar. (p. 47)

El genograma puede emplearse de formas diferentes. Además del uso ya mencionado, tiene utilidad para incorporar a la familia, de preferencia a la mayor parte de sus miembros. De forma inicial, esto puede resultar una experiencia para todos los participantes, al mismo tiempo gratificante y enriquecedora dado que se crea un espacio para narrar y compartir historias, opiniones y puntos de vista de interés común; de esa manera se reconstruye su propia historia familiar desde diversas perspectivas. (Garibay Rivas, 2013, p. 48)

Garibay Rivas, 2013 indica que, en segundo término, la colaboración de los integrantes de la familia es siempre una experiencia sumamente productiva, ya que el colaborador se beneficia al sentirse útil e importante, y quien necesita ayuda se siente comprendido y apoyado por sus allegados. (p. 48)

Otro resultado positivo para todos los participantes al trabajar con un genograma es la posibilidad de percibirse de una manera diferente y nueva, o bien conformar presuposiciones de temas o datos que no se expresaron antes en la familia o que se soslayaron; asimismo, cuando los miembros se ven representados cada uno en forma gráfica, se configura una percepción más amplia y global de su familia, así como el papel que juega cada uno dentro de ella, junto con los efectos que genera su propia conducta y aquellos que los demás provocan. Todo esto hace posible

pasar de una percepción de causalidad lineal (“ella me hace” o “yo le hago”) a una percepción de causalidad circular, en la cual se descubre de forma gradual (“cómo ella le hace, gracias a lo que él hace a ella”), y viceversa. (Garibay Rivas, 2013, p. 48)

En Garibay Rivas (2013) se encuentra que es importante mencionar lo siguiente,

Al acudir a consulta [el punto de vista de los participantes comienza a cambiar], cada uno lleva consigo su propia percepción de las cosas y los problemas; en condiciones normales, estas percepciones se tornan rígidas en la cotidianidad, dado que no hay espacios u opciones donde se verifiquen o confronten, o bien pongan a prueba tales percepciones. Al escuchar las diferentes versiones, las propias se flexibilizan, toda vez que las interpretaciones de las cosas que ocurren poseen diferentes ángulos de observación. [...] Al contrario de lo que se suponía, es claro que el sufrimiento no es exclusivo de un solo individuo y de que, aun cuando no lo parezca, las demás personas también sufren. (p. 48)

Garibay Rivas (2013) señala que,

La experiencia clínica muestra que a las familias les resulta un tanto amenazante asistir de manera conjunta a sesiones terapéuticas; sin embargo, cuando logran vencer los obstáculos que se los impide logran intervenir en la solución de sus problemas y sus sufrimientos; en realidad, las más de las veces la sesión es una experiencia enriquecedora y gratificante. El encuentro con sus propias historias, versiones, dolores y resentimientos, dado que se tratan de una manera clara y directa, después de padecer los sinsabores de heridas viejas, hace posible enfrentar, aclarar, sanar, corregir y entender las circunstancias que precipitaron los acontecimientos. (p. 48)

Garibay Rivas (2013) al respecto señala que,

El genograma suministra al terapeuta y a la familia información acerca de las zonas problemáticas y puede ayudar a reconocer los puntos donde se ha visto deteriorado su funcionamiento donde algunas pautas han trabajado el desarrollo de la familia cuando ésta se ha detenido en una parte de su ciclo vital; permite representar información relevante de gran utilidad para lograr comprender y abordar de manera rápida y efectiva los problemas que la familia le interesa y quiere trabajar. (p. 48)

- Es recomendable lograr la participación de la mayoría de los miembros de la familia, dado que de esa forma se logra una mayor cantidad de información y datos, perspectivas y puntos de vista de mayor amplitud y alcance, en contraposición a una versión unívoca, como lo es la “versión oficial”, por muy elaborada que ésta sea.
- Con la representación del genograma se pueden obtener informaciones relevantes para la identificación de alianzas o coaliciones, conductas, lealtades, vínculos o pautas que han pasado de unas generaciones a otras y que sirven para reconocer las formas de relacionarse.
- El genograma facilita la elaboración de hipótesis acerca del funcionamiento y problemática de la familia al suministrar información del problema, el contexto, la historia y su evolución; el terapeuta puede así acceder con rapidez a una gran cantidad de información sobre composición de la familia, y configurar una visión de los problemas potenciales.
- El genograma ayuda al clínico a entrever un “cuadro mayor”, desde los puntos de vista actual e histórico, con base en la información estructural, vinculante y funcional de la familia (desde una perspectiva transversal o longitudinal).
- El genograma se puede actualizar de forma constante a medida que surge nueva información. En el transcurso de las sesiones es normal que surjan nuevas o diferentes informaciones que confirmen, actualicen o modifiquen las anteriores, lo que permite al terapeuta actualizar y corregir el genograma las veces que sea necesario.
- Por lo regular, el genograma se construye la primera sesión y luego se lo actualiza conforme se obtiene una mayor información. En el genograma se recomienda incluir a todos los actores (que vivieron o tuvieron un papel importante en la vida familiar) y un resumen de la vida actual, incluidos problemas y hechos relevantes.
- Con la información acerca de la vida actual, con respecto a los temas, mitos, reglas y cuestiones con cargas emocionales de generaciones previas, se perfilan pautas reiterativas.
- En el genograma se intenta identificar pautas de funcionamiento, relaciones y estructuras que continúan o se alternan de una generación a otra. (Garibay Rivas, 2013, pp. 49-50)

Garibay Rivas (2013) indica que,

los terapeutas familiares sistémicos han podido reconocer que una familia sintomática se ha quedado detenida en el tiempo sin poder resolver alguna de sus crisis y por las cuales transita a lo largo de su ciclo vital. En cada una de las etapas por las que evoluciona una familia se ve obligada a reorganizarse para seguir adelante. (p. 50)

Forma de elaborar un genograma

A. La recolección de la información: Para la obtención de datos, a través de la entrevista se le solicita a los miembros de la familia la siguiente información:

1. Datos de identidad de la familia: nombres, edades, ocupaciones y estudios de cada uno de los integrantes de la familia que viven en el hogar (padres, hijos, algún familiar, abortos, hijos adoptivos, fechas de matrimonio, separaciones o divorcios, fallecimientos y sus causas).
2. Datos de la familia de origen del padre: nombres y edades de los padres, fecha de su matrimonio, separación o divorcio, nombre, sexo, edades, estado civil, hijos de los hermanos, incluidos abortos, muertes e hijos adoptivos, fechas y causas de muertes, educación y ocupación de todos, así como las posiciones que ocupaban dentro de la familia.
3. Datos de la familia de origen de la madre: nombres y edades de los padres, fecha de su matrimonio, separación o divorcio, nombre, sexo, edades, estado civil, hijos de los hermanos, incluidos abortos, muertes e hijos adoptivos, fechas y causas de muertes, educación y ocupación de todos, así como las posiciones que ocupaban dentro de la familia.
4. Datos complementarios: pertenencia a alguna religión o credo, movimiento o cambios importantes de la familia, como migraciones, cambio de residencia, además de personas que vivieron con la familia o que fueron importantes para ella.
5. Problemas: médicos, emocionales, conductuales, laborales, legales y toxicológicos de cada uno de los miembros.
6. Vínculos: tipos de relaciones más importantes entre los miembros de la familia; hay que establecer si los vínculos son íntimos, distantes, conflictivos, alejados o excesivos. (Garibay Rivas, 2013, pp. 50-51)

B. Trazado del genograma en sus tres niveles.

Nivel 1: trazado de la estructura familiar

Se inicia con la familia nuclear. Se recomienda poner al padre en el lado izquierdo y a la madre en el lado derecho; sus elementos se grafican con un cuadro para el hombre y un círculo para la mujer; se unen mediante una línea continua, cuando están o estuvieron unidos por matrimonio, o por una serie de líneas discontinuas si se trata de unión libre. (Garibay Rivas, 2013, p. 51)

Garibay Rivas (2013) indica que,

A partir de esta línea que une a los padres se traza una línea vertical, para luego trazar otra horizontal en la cual se representa a los hijos de este matrimonio. Se recomienda iniciar con el mayor y terminar con el menor, en orden de izquierda a derecha. De la misma manera, para representar a los varones se utiliza el cuadro y para las mujeres el círculo. (p. 51)

Las figuras que representan a los miembros de la familia se conectan por líneas que indican el tipo de relación que sostienen, sea biológica o legal. [...] Cuando ha habido separación o divorcio, se indica por medio de barras inclinadas, una para la separación y dos barras para el divorcio. (Garibay Rivas, 2013, p. 51)

Garibay Rivas (2013) puntualiza que,

En caso de existir varios matrimonios, se recomienda graficarlos en orden de izquierda a derecha, colocando el matrimonio más reciente en el último lugar. En el caso de que ambos conyugues estuvieran ya casados varias veces, entonces se aconseja colocar a la pareja actual en el centro y a los excónyuges a los costados de cada uno, con los respectivos hijos de sus matrimonios previos (McGoldrick & Randy, 1993; citado en Garibay Rivas, 2013, p. 51). Para las relaciones no formalizadas por el matrimonio, los trazos se indican con líneas punteadas. (p. 51)

Garibay Rivas (2013) “Los hijos biológicos se conectan por una línea horizontal continua que pende de la que conecta a la pareja; en el caso de hijos adoptivos, la línea debe puntearse.” (p. 51)

Garibay Rivas (2013) “En el caso de los mellizos se utilizan dos líneas convergentes a la línea de los padres. Se emplea una línea punteada alrededor de todos los miembros que viven actualmente en el hogar.” (p. 51)

Nivel 2: registro de la información sobre la familia

Una vez elaborada la estructura de la familia (el esqueleto de la familia) se agrega la información de los integrantes: nombres, edades, algunas características sobresalientes, fechas de nacimientos y fallecimientos, estudios y ocupaciones. En seguida se incluyen datos relacionados con el funcionamiento de la familia como: enfermedades, problemas, logros, registros médicos, emocionales y conductuales de los distintos miembros de la familia. Se incluyen datos como el ausentismo en el trabajo o el alcoholismo, así como signos de éxito, y se consignan junto al símbolo de la persona correspondiente en el genograma. También se añaden los datos relacionados con los sucesos familiares críticos, como transiciones importantes, cambios de relaciones, migraciones, fracasos, éxitos y mudanzas. Estos datos pueden escribirse al margen de la hoja en que se realiza el genograma o una hoja anexa; se pueden enlistar en orden cronológico los hechos más importantes con posible incidencia en el individuo. Cuando los miembros de la familia no están seguros acerca de las fechas, se deben anotar fechas aproximadas precedidas por un signo de interrogación. (Garibay Rivas, 2013, pp. 51-53)

Nivel 3: delineado de las relaciones familiares

Garibay Rivas (2013) indica que este tercer nivel es,

fundamental en la creación de un genograma, debido a que en él se representan los datos vinculados con el funcionamiento de una familia; cuando se omite este punto, los usos del genograma quedan bastante limitados porque debe recordarse que en el trabajo sistémico con familias uno de los ejes se refiere a las pautas, y éstas son las que se incluyen en este punto. En ellas se expresan los tipos de relaciones observadas entre los miembros, se infieren los triángulos relacionales, se detectan isomorfismos y las formas que sigue una familia para adaptarse a determinados problemas o crisis. Esta información se debe basar tanto en los datos que proporciona la familia como en las observaciones directas que realice el terapeuta durante las sesiones. (p. 53)

En este punto se registran los diferentes tipos de relaciones existentes entre dos tipos de miembros de una familia y se grafican de la siguiente manera: se unen dos miembros de una familia con tres líneas cuando sostiene una relación muy estrecha, esto es, cuando cada uno de ellos es demasiado dependiente del otro. Una variante de este tipo de vínculo es el caso de las relaciones demasiado apegadas y quizá

conflictivas, en cuyo caso se le agregan a las tres líneas una más quebrada; si el tipo de relación es más bien conflictivo, se utiliza tan sólo la línea quebrada para unir a estas dos personas. Cuando una relación es buenas, sin ser muy apegada, se une por medio de dos líneas, una relación distante o “fría” se señala uniendo a las dos personas por medio de una línea punteada. Si una relación es muy distante, se grafica por medio de dos líneas cortadas en medio con otras dos pequeñas líneas en forma vertical. (Garibay Rivas, 2013, p. 53)

Garibay Rivas (2013) señala que, “dichas pautas pueden ser difíciles de definir, ya que se interpretan en ocasiones desde diferentes puntos de vista, por lo que no será fácil encontrar siempre una definición única.” (p. 53)

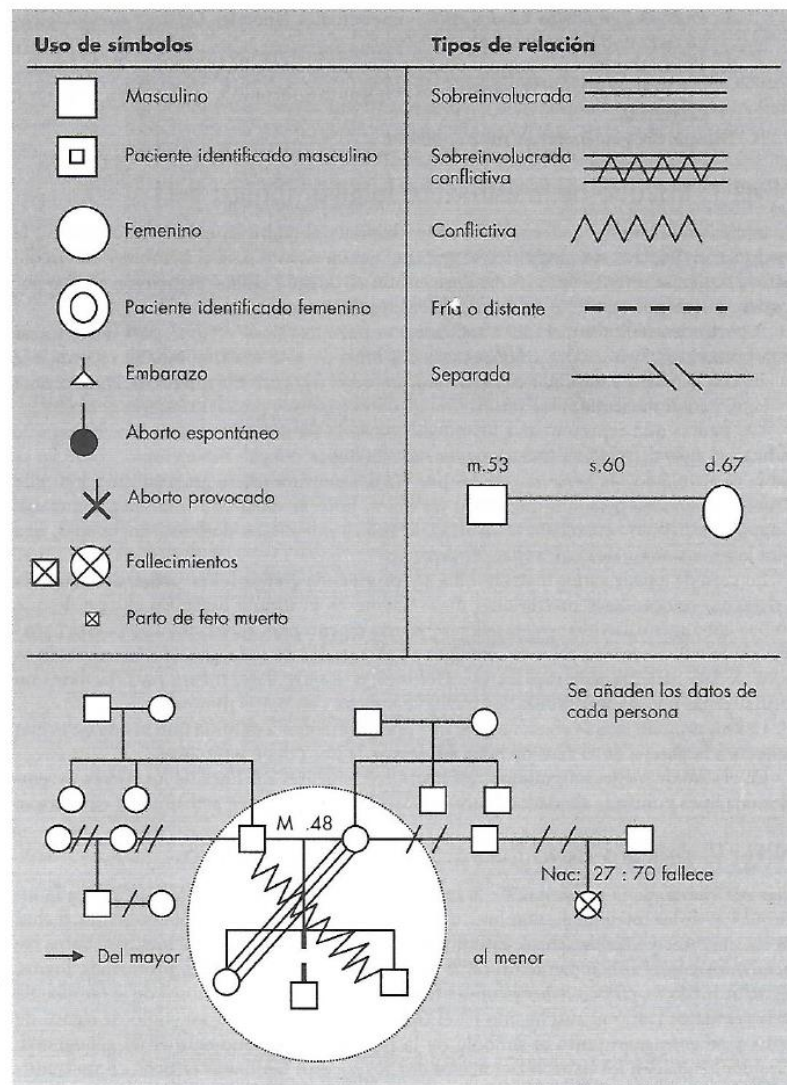
Garibay Rivas (2013) considera que, “la información de la familia, para que se la pueda representar mediante el genograma, se desarrolla a través de una o varias entrevistas realizadas a los miembros de una familia en conjunto, cuando éstos se encuentran disponibles y accesibles.” (p. 53)

Se sugiere indagar sobre la familia de la siguiente manera:

- Del problema actual al contexto mayor del problema.
- De la familia inmediata a la anexa o contextos más amplios.
- De la situación actual a la cronología histórica.
- De lo más fácil a lo más complejo.
- De los hechos a los juicios.

Se pueden formular las siguientes preguntas del problema presentado y el hogar inmediato: ¿quién vive en casa?, ¿cómo se relaciona cada una de las personas o cuál es el tipo de relación observada?, ¿en dónde viven otros miembros de la familia?, ¿cuáles miembros de la familia conocen el problema?, ¿cómo lo ve cada uno, qué es lo que piensan y cómo respondió cada uno de ellos?, ¿alguien de la familia tuvo un problema similar?, ¿qué soluciones se intentaron y quiénes las intentaron en dichas situaciones? (Garibay Rivas, 2013, pp. 53-54)

Figura 4. Ejemplo de genograma.



(Citado en Garibay Rivas, 2013, p. 52)

Apendice B. Test de Apercepción de la Interacción Familiar: código para la calificación de la prueba y láminas del test).

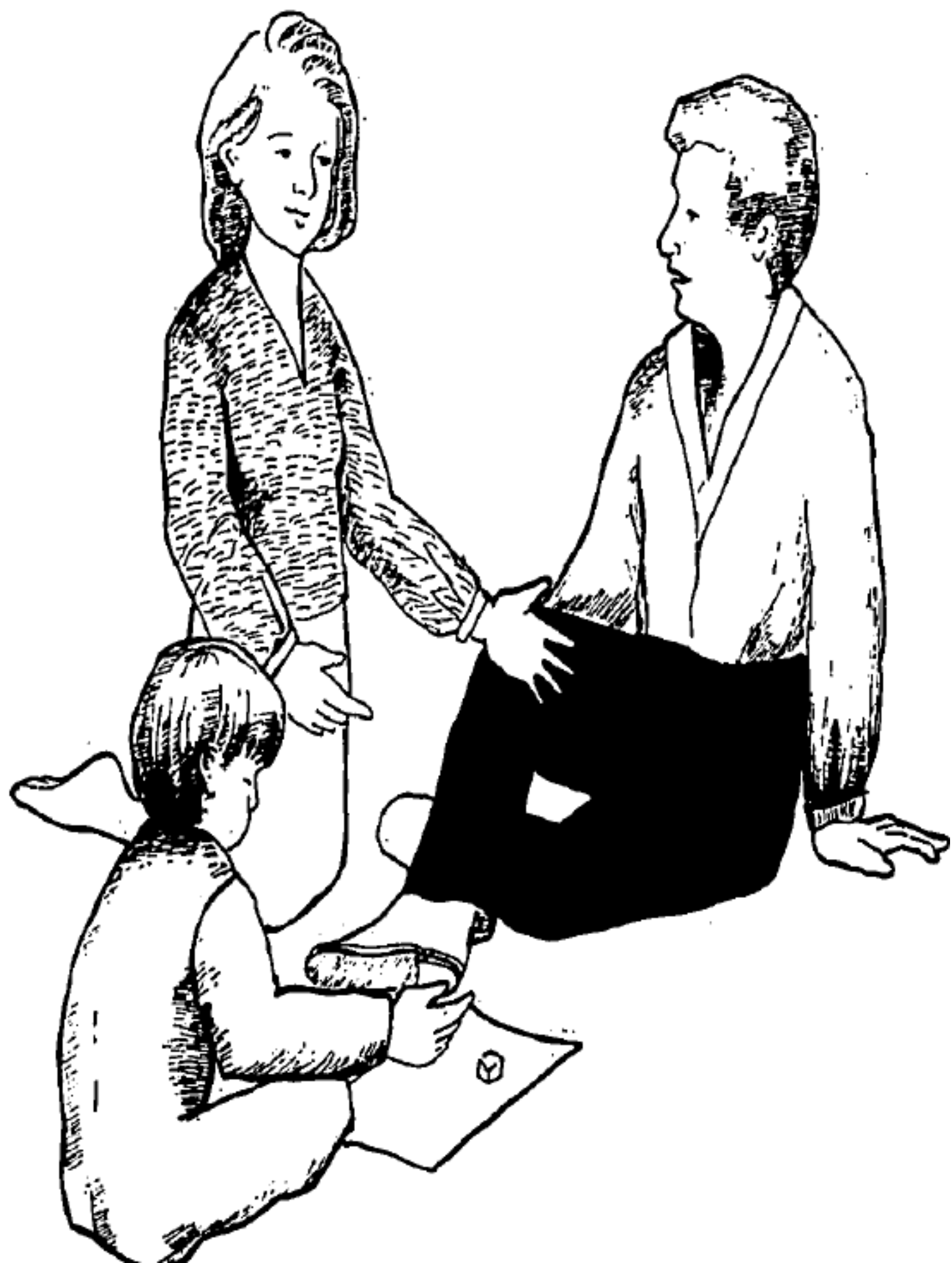
Código para la calificación de la prueba

a) Crianza	Apropiada	1
	Inapropiada	0
b) Control	Efectivo	1
	Inefectivo	0
c) Guía	Apropiada	1
	Inapropiada	0
d) Agresión	Física	1
	No física	0
e) Cooperación	Apropiada	1
	Inapropiada	0
f) Afecto	Existente	1
	No existe	0
g) Armonía familiar	Existente	1
	No existe	0
h) Aceptación de responsabilidad	Existente	1
	No existe	0



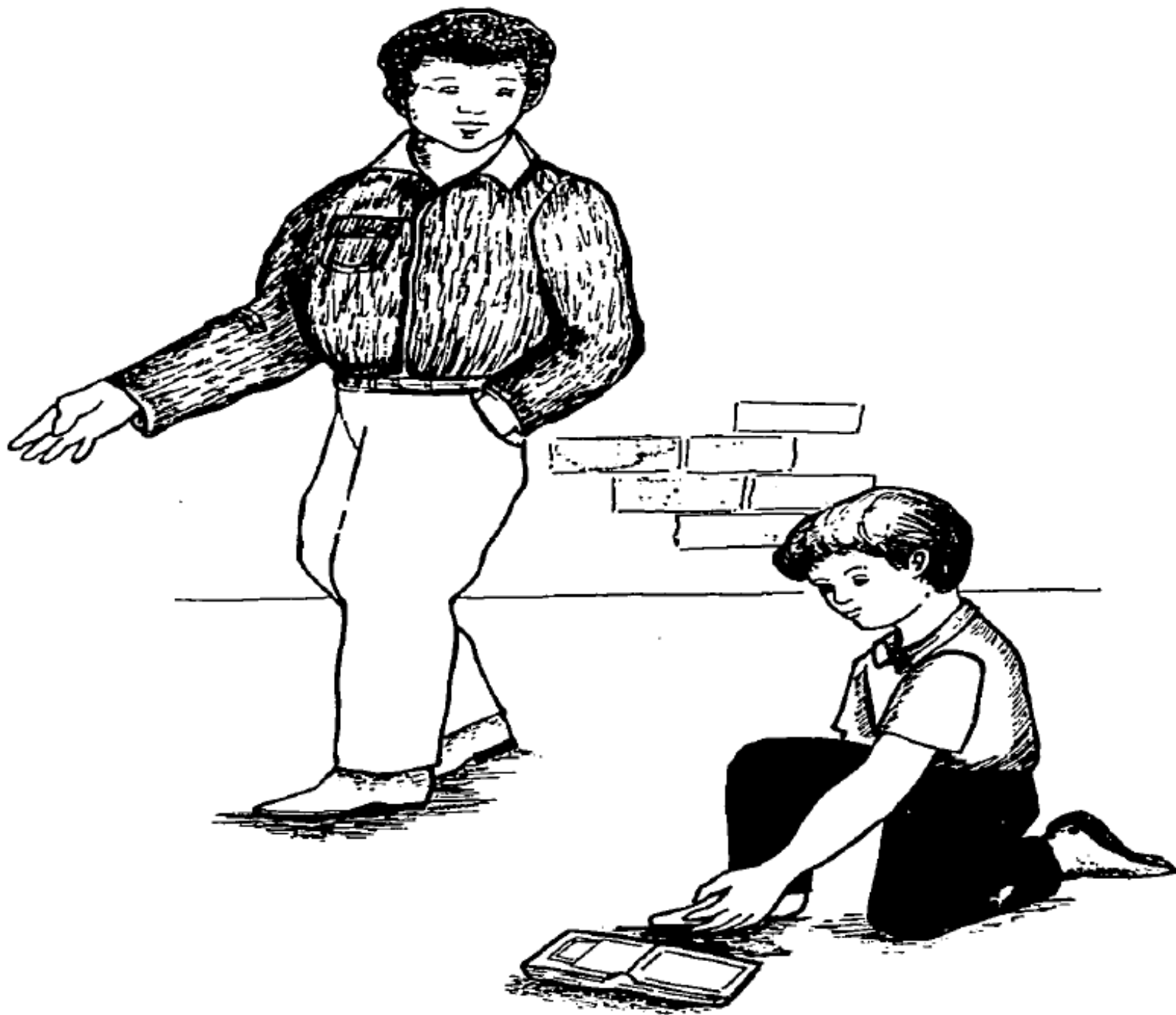
ΠΙΣΤΙΡΡΟΤΕΣ

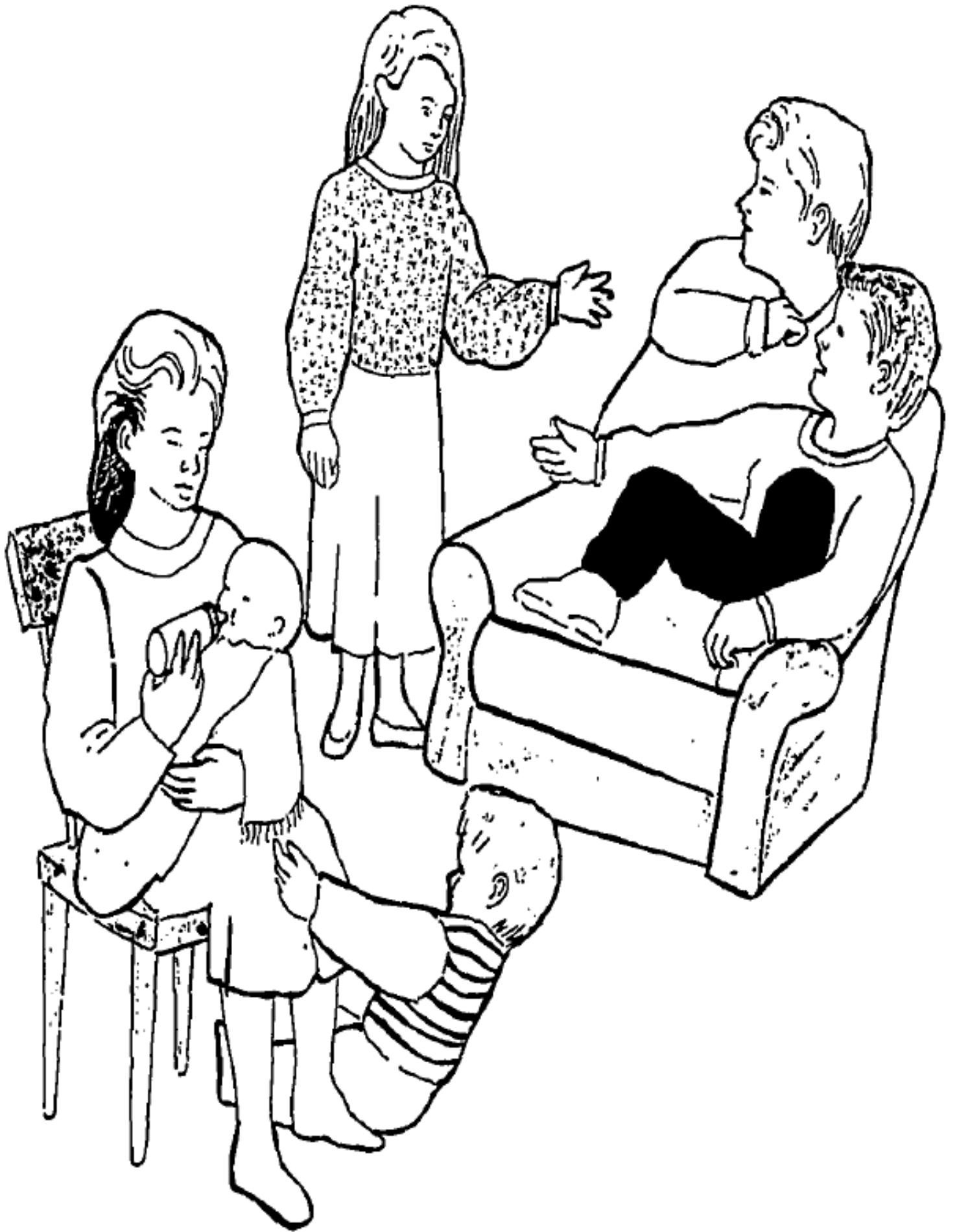




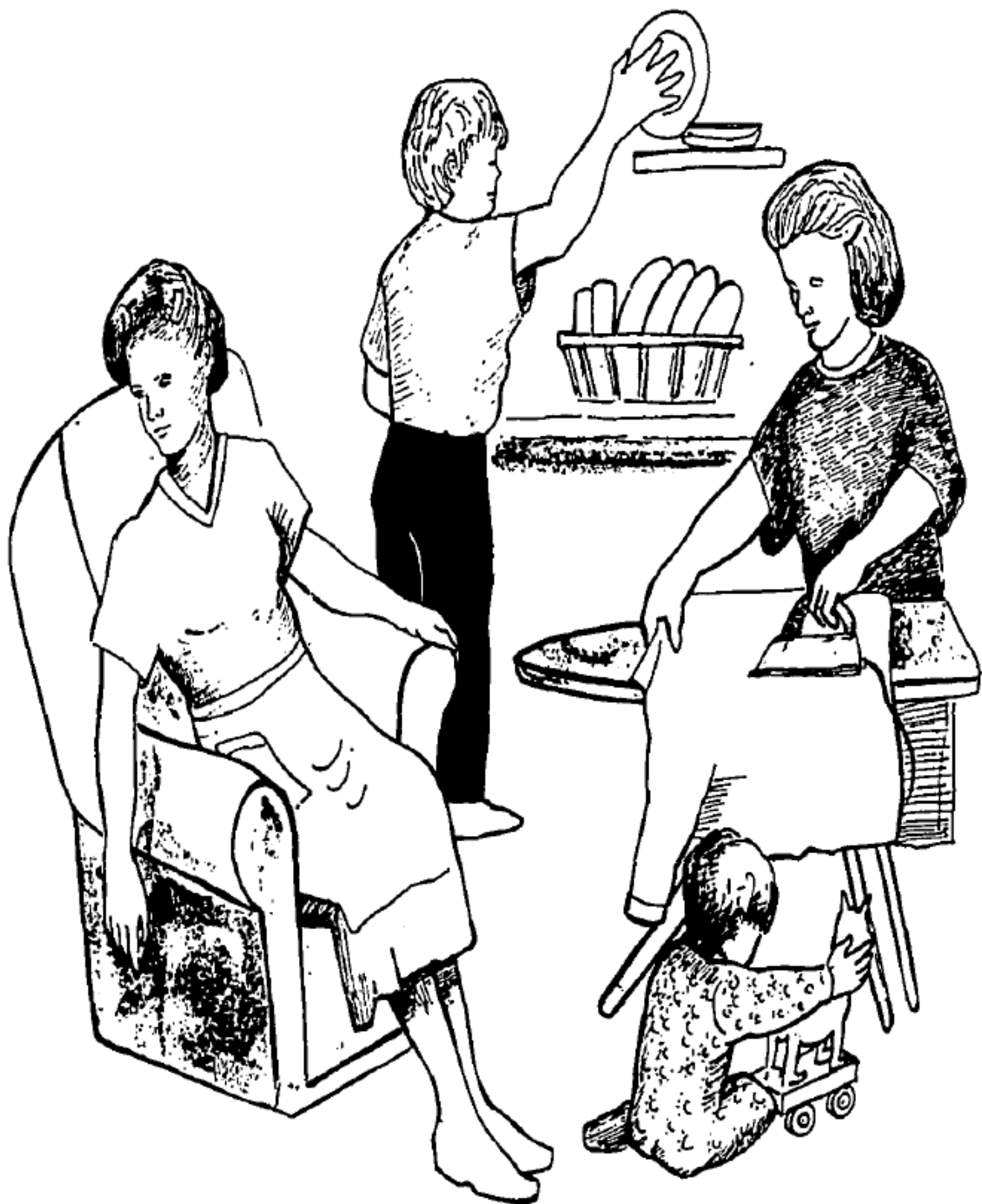
ESC

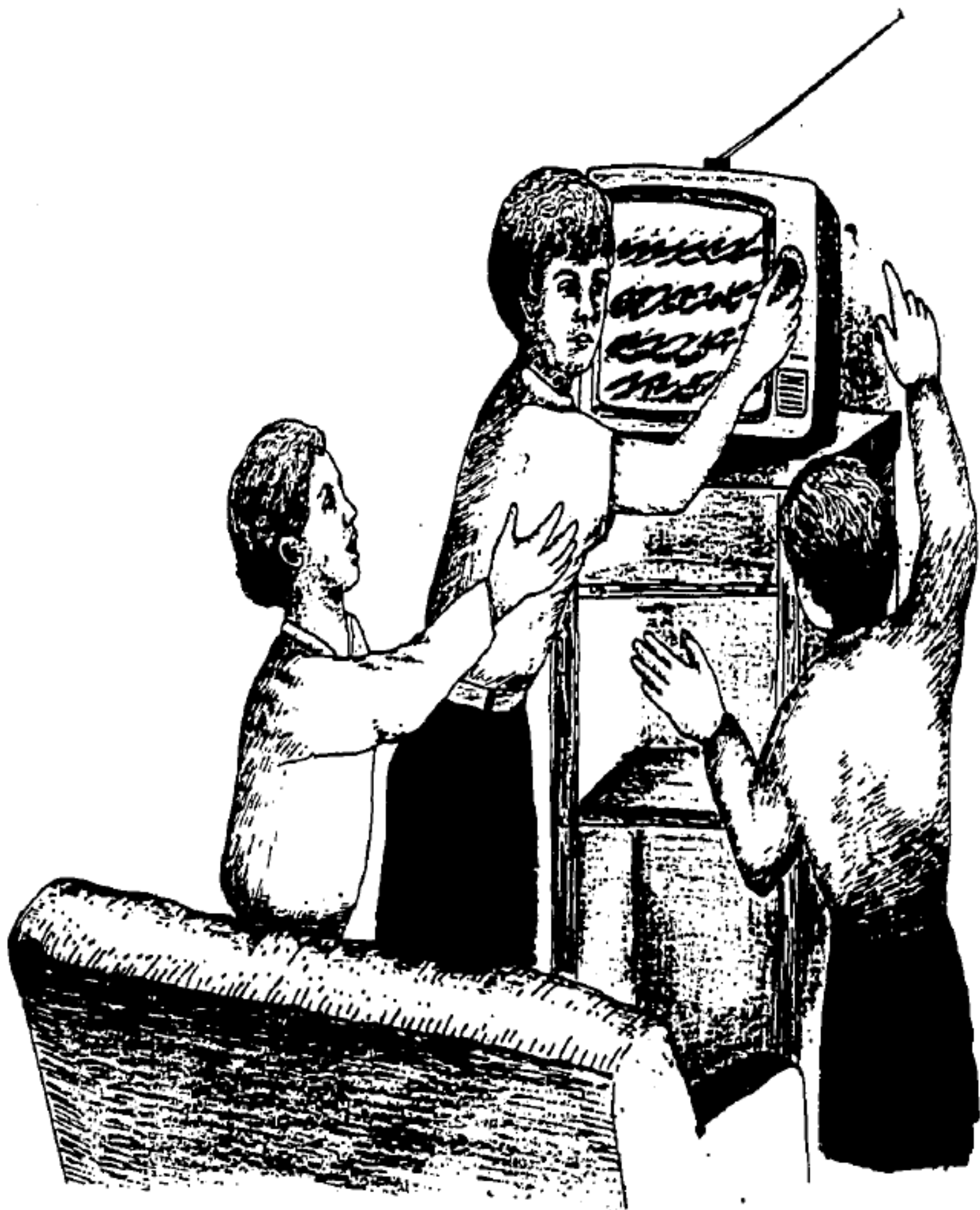


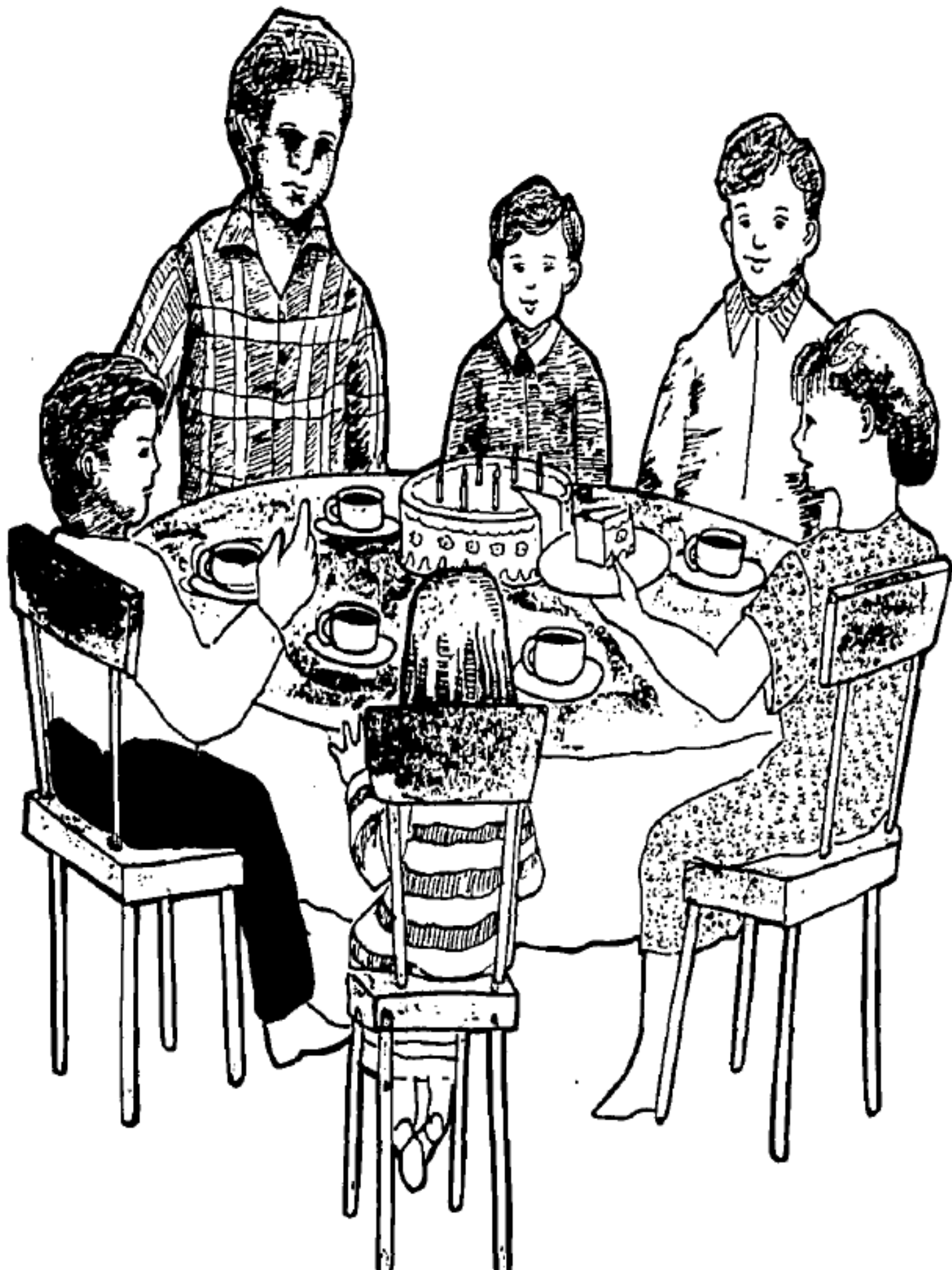












Apéndice C. Propuesta de intervención sistémica.

«La sabiduría –sostiene Gregory Bateson– no sólo exige un conocimiento de los hechos que atañen a los circuitos, sino un conocimiento consciente, con raíz en la experiencia tanto intelectual como afectiva, que sea la síntesis de ambas.» Cuando las técnicas se guían por esa sabiduría, la terapia se convierte en el arte de curar.

Salvador Minuchin

La terapia estructural muestra la posibilidad de sistematización, al evaluar y planificar los pasos, para generar cambios. Sin embargo, la aplicación de este modelo no se reduce a la aplicación de técnicas; toma en cuenta el marco epistemológico del terapeuta, la evaluación que hace de la relación con la familia y la posición que terapeuta y familia asumen en el sistema terapéutico total. Por esto es importante el planteamiento de la hipótesis y objetivos terapéuticos en continua revisión entre el terapeuta y la familia. (Desatnik Miechimsky, 2004, 72)

Entrevista familiar y elaboración de genograma:

Se aplicará en la primera sesión de trabajo la entrevista a toda la familia en donde se obtendrá la información acerca del motivo de consulta, el síntoma, las estrategias que han intentado para resolverlo, se observará el comportamiento de la familia en el consultorio y se prestará atención al discurso de la familia.

La segunda sesión será necesaria para la elaboración del genograma, enriqueciendo aspectos de la familia como lo son la estructura familiar, la información de la familia y las relaciones que mantienen entre ellos.

Aplicación de Test de Apercepción de Interacción Familiar (FIAT):

El Test de Apercepción de Interacción Familiar les será administrado en un tercer momento a cada uno de los integrantes de la familia del consumidor de drogas y al consumidor mismo que está en tratamiento en la Unidad de CIJ, con el fin de obtener la apercepción de la interacción familiar, que hace referencia a la tendencia que cada integrante tiene de describir la interacción entre dos o más miembros de la familia, con el propósito de obtener las pautas transaccionales que se dan en el interior de la familia, dando las bases para el establecimiento de la hipótesis sistémica.

Hipótesis sistémica:

En el proceso de planificación Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

sólo en el proceso de coparticipar con una familia, sondear sus interacciones y vivenciar la estructura que la gobierna alcanzarán a conocer su modalidad de interacción. Las hipótesis iniciales que se pudieron hacer tendrán que someterse a prueba en la coparticipación y acaso muy pronto se las deba desechar todas. No obstante, una hipótesis inicial puede ser invaluable instrumento para el terapeuta. (p. 63)

Desatnik Miechimsky, (2004) señala que, “en el planteamiento de estas hipótesis, interviene la evaluación de la forma como las familias han favorecido o dificultado los procesos de individuación y de pertenencia de sus miembros” (p. 73).

Ejemplo de hipótesis sistémica en el tratamiento:

Margarita: “A veces me siento atada y me gustaría tener más libertad; si me acerco a abrazar a Luis, mi mamá se molesta, y cuando él se me acerca los niños le reclaman que deje en paz a su mamá”.

Margarita: “Muchas veces le insisto a Luis que deberíamos tener nuestra propia casa, donde no tuviera que dar explicaciones a mi mamá de que quiero estar con mi esposo”.

Margarita: “Luis no sabe ser papá de Manuel porque no aprendió a educarlos cuando era chico, eso ya no lo va a poder aprender”.

Las anteriores hipótesis se toman como guía, para el establecimiento de las propias hipótesis sistémicas de este tratamiento. Las hipótesis sistémicas surgirán de la entrevista familiar, el genograma y la aplicación del Test de Apercepción de Interacción Familiar (FIAT), con estas hipótesis se pueden plantear los objetivos terapéuticos que serán particulares dependiendo las necesidades de la familia.

Objetivos terapéuticos:

Después de establecer las hipótesis se planean los objetivos terapéuticos. Por ejemplo:

1. Reestructuración: incluye fijación de fronteras, desequilibramiento y complementariedad.

- 1.1. Fijación de fronteras: definir límites claros entre los distintos subsistemas, delimitar los subsistemas conyugal y parental. Establecer reglas claras en cuanto a

los papeles parentales de cada uno de los subsistemas, respecto de los miembros de la familia nuclear y extensa y de los adultos involucrados con los niños. (Desatnik Miechimsky, 2004, p. 75)

1.2. Desequilibramiento: Es importante que el terapeuta introduzca la técnica de disequilibramiento con el fin de que se modifique la organización jerárquica de la familia, tomando en cuenta las ganancias y pérdidas de cada uno de los miembros con relación a los dilemas en los que se encuentran. (Desatnik Miechimsky, 2004, p. 76)

1.3. Complementariedad: existen definiciones acerca del control lineal de los hechos que deben ser rebatidas, por ejemplo: cuando se dice que Manuel es flojo y Erika tranquila, cuando se dice que Margarita tiene mal carácter y que Luis no sabe ser papá; estas definiciones aluden a características intrapersonales, que están asociadas al control causal lineal de los hechos y que no especifican las pautas relacionales que llevan a cada uno de los miembros a comportarse de las maneras señaladas. La idea sería encuadrar las conductas individuales como parte del contexto más amplio, hablar de corresponsabilidad y ampliar la forma en que puntúan la secuencia de hechos. (Desatnik Miechimsky, 2004, p. 76)

2. Reencuadre que incluye foco, intensidad y escenificación.

Desatnik Miechimsky (2004) indica que, “el reencuadre implica el desafío al síntoma; a través de la escenificación puede el terapeuta señalar momentos específicos en los que quiere resaltar una pauta de interacción específica”. (p.76)

Desatnik Miechimsky (2004) señala que, a través de las técnicas de foco e intensidad se pueden iluminar e intensificar momentos o diálogos específicos en los que se resalte la forma en la que Luis puede ser eficiente como padre, o los diálogos en los que Margarita y Luis se pongan de acuerdo acerca de su relación o de la forma en la que pueden ejercer la jerarquía con sus hijos. (p. 76)

3. Construcción de la realidad.

Desatnik Miechimsky (2004) clarifica que,

se trata de poner en relieve las construcciones acerca de la realidad que expliciten los miembros de la familia: al iluminar estas construcciones se puede evaluar de qué manera han llegado a construirse como verdades familiares que gobiernan las

acciones, los pensamientos y sentimientos de las personas, por ejemplo: “un padre que no ha visto crecer a su hijo no puede ser buen papá” [...] Al resaltar lados fuertes o introducir premisas alternativas con las cuales se puede rebatir las ya enunciadas, se favorece una amplificación de las cogniciones que subyacen a la conducta y a las pautas de relación entre los miembros de la familia. (pp. 76-77)

Metas a corto plazo:

Navarro Góngora (1992) señala que,

si el [consumo de sustancias] ha llegado a ser un problema para la familia es fundamental determinar el tipo de interacción a que ha dado lugar para, en una fase posterior, corregirla. En estos casos es crucial conseguir la abstinencia. El terapeuta debe atender tanto a los problemas que se plantean en la familia como a conseguir la abstinencia del [consumidor]. (p. 227)

En Navarro Góngora (1992) podemos encontrar que, un tratamiento eficaz parece incluir los siguientes ítems:

- a) educar a la familia sobre lo que supone el [consumo de sustancias]. La familia necesita corregir sus percepciones erróneas y romper sus negaciones;
- b) abrir el sistema tanto como sea posible descubriendo hasta qué punto [el consumo de sustancias] es un secreto y ayudando a que se discuta abiertamente;
- c) ayudar a la familia a comprender que es posible que el [consumo de sustancias] sea una respuesta a problemas específicos de sus miembros y de sus momentos evolutivos. Una evaluación de la dinámica de la familia puede ser crucial a la hora de determinar el tipo de acontecimientos que ocurrirán cuando se alcance la sobriedad. (p. 127)

Pereyra Christiansen (2014) señala Como importante “proceder por cambios graduales del síntoma y de la estructura de poder familiar. La meta final tiene que ver con alcanzar una definición clara del poder dentro de la familia. (p. 31)

El modelo de terapia estructural, ha mostrado ser de gran utilidad y es uno de los más difundidos, fue diseñado de forma que abarcara a todo el sistema familiar. Enseña el cómo se puede hacer terapia.

Muestra una forma muy concreta de hacer un diagnóstico y establecer hipótesis, es decir, no solo es hacer terapia o marcar intervenciones y ver qué sucede con los miembros de la familia, si no que cada intervención debe estar enfocada en los objetivos y cada intervención bien planteada debe poder hacer que la familia cambie sus interacciones. Las técnicas no son la terapia sino solo el instrumento y cada terapeuta debe encontrar su estilo dependiendo de los objetivos que tenga y el tipo de familias con el que vaya a intervenir.

Las sesiones responden a los objetivos terapéuticos, planteados a partir de las hipótesis sistémicas y depende de lo que la familia trae en ese momento al espacio terapéutico será lo que se trabaje, la familia es de gran importancia en este modelo, ya que no focaliza el síntoma en un solo miembro, si no que hace participar a la familia tanto del síntoma como de su resolución.

Cuarta sesión: establecer el encuadre del proceso terapéutico y la coparticipación con la familia (posición cercanía, posición intermedia y posición distante), para esta se elegirá la forma que responda mejor a la familia y puede cambiar durante las sesiones y a lo largo del proceso terapéutico.

Quinta sesión: cobrará vital importancia observar las secuencias relacionales, identificar las pautas de comportamiento y reestructurar a la familia a través de fijar fronteras, el desequilibramiento y la complementariedad.

Sexta sesión: Resulta importante poner énfasis en las jerarquías y límites para diferenciar los subsistemas, redistribuir el poder y el orden jerárquico de manera que los síntomas no continúen reforzándose.

Séptima sesión: El ciclo vital. Siguiendo a Pereyra Christiansen (2014) “Los síntomas, en el caso de las adicciones son reacciones desadaptativas a los cambios ambientales o evolutivos, como pueden ser las transiciones de los ciclos vitales.” (p. 29)

En este momento resulta de suma importancia establecer en qué etapa del ciclo vital familiar se encuentra la familia y buscar que los miembros respondan a esta y a las exigencias del contexto social en el cual se desenvuelven.

Octava sesión: Para iniciar el proceso de cambio es necesario el cuestionamiento del síntoma en la familia y el cuestionamiento de la realidad familiar. Se utilizarán metáforas terapéuticas, provocaciones, escenificaciones, técnicas de enfoque e intensidad y paradojas.

Novena sesión: Reestructurar las pautas de relaciones familiares (fronteras) y los discursos para construir nuevos relatos en la familia (técnicas de desequilibramiento y complementariedad) al mismo tiempo que se promueve la resiliencia familiar.

Decima sesión: Construcción de la realidad. Se buscará asegurar la nutrición afectiva de los integrantes del sistema familiar, se podrá disponer del empleo de rituales familiares o estrategias que favorezcan los niveles de interacción familiar (el deseo de amar y proteger y el nivel del perdón y arrepentimiento)

Onceava sesión: Construcción de la realidad. Fortalecer a la familia para que sea una red de apoyo para cada uno de sus miembros, dándose cuenta de los factores resilientes que posee cada integrante y cómo es que estos factores pueden ofrecer algo a los demás miembro al sistema familiar.

Doceava sesión: Construcción de la realidad. El terapeuta debe asegurarse que en la familia perdure el cambio (la resiliencia familiar), mediante una metáfora de evidenciará que no es necesario el síntoma para mantenerlos unidos, retomando el sufrimiento y la adversidad que han tramitado hasta ahora

Aplicación retest del Test de Apercepción de Interacción Familiar (FIAT):

Al final del proceso terapéutico, el Test de Apercepción de Interacción Familiar le será nuevamente administrado en la treceava sesión a cada uno de los integrantes de la familia con el objetivo de verificar si existen cambios que puedan ser atribuibles a la implementación del proceso terapéutico y establecer la efectividad de la intervención.

Tabla 3. Cronograma de la propuesta de intervención sistémica.

Momentos de la intervención sistémica	Duración de la intervención sistémica												
	mes				mes				mes				mes
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1
Entrevista familiar													
Elaboración de genograma													
Aplicación del FIAT, generación de hipótesis sistémicas y objetivos terapéuticos													
Cuarta sesión													
Quinta sesión													
Sexta sesión													
Séptima sesión													
Octava sesión													
Novena sesión													
Decima sesión													
Onceava sesión													
Doceava sesión													
Aplicación retest del FIAT													