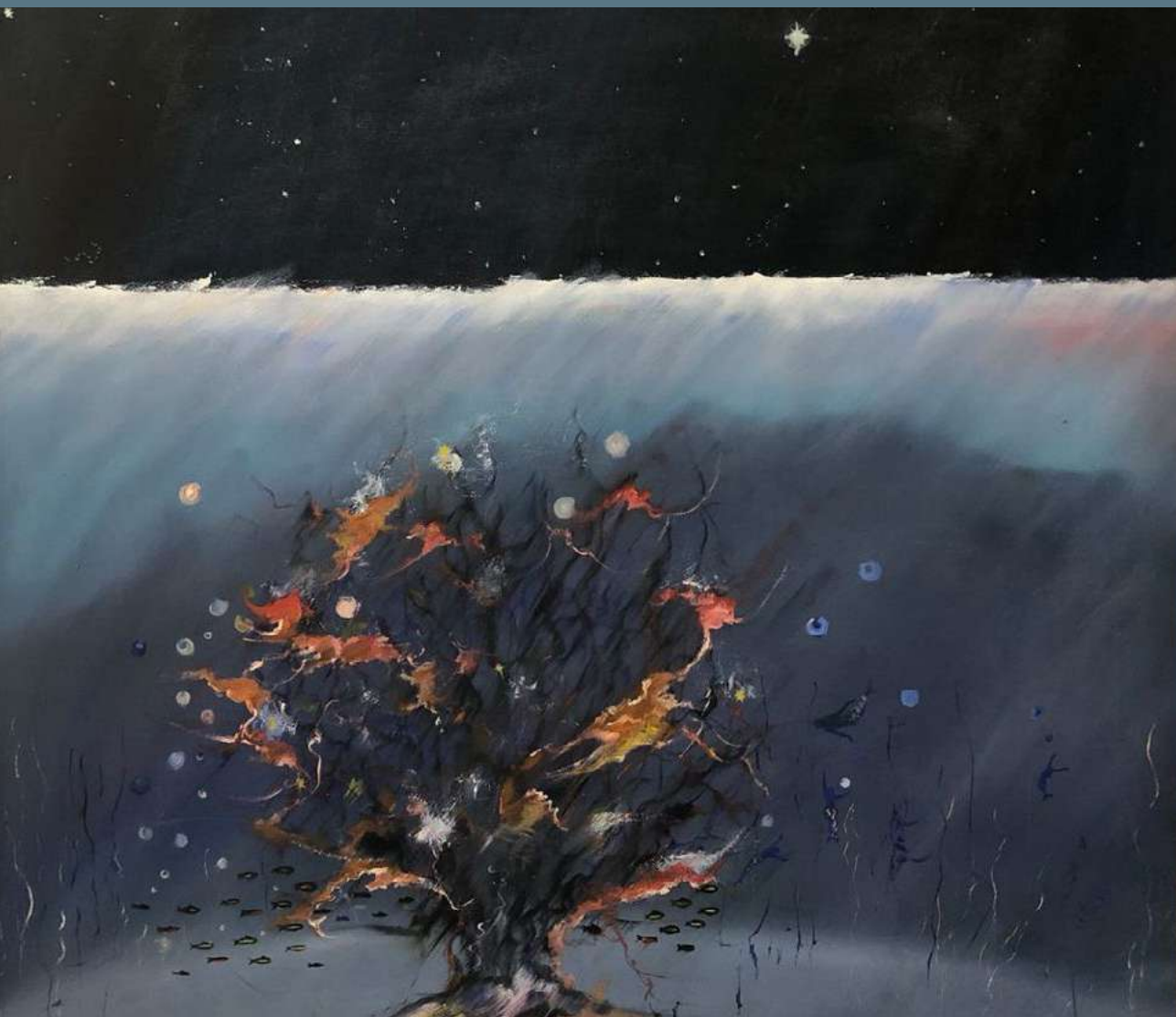


Una década de investigación, comprensión y acompañamiento a las familias: construcciones plurales de la Maestría en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana

Compiladoras: Margarita Rosa Moreno Roldán / Isabel Cristina Bernal Vélez



Universidad
Pontificia
Bolivariana

Compiladoras

Margarita Moreno-Roldán



Trabajadora social de la Universidad de Antioquia. Magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Docente, investigadora e integrante del Grupo de Investigación en Familia (GIF). Coordinadora académica de la Especialización en

Familia y la Maestría en Terapia familiar en UPB.

Correo electrónico: margaritarosa.moreno@upb.edu.co

Cvlac: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000039790

Orcid: 0000-0003-1655-1299

Isabel Cristina Bernal-Vélez



Magíster en Terapia Familiar, Especialista en Familia, Especialista en Terapia Familiar Sistémica de la Universidad Pontificia Bolivariana, Curso intensivo de postgrado en terapia familiar Universidad de Massachusetts - Amherst,

Coordinadora del Área clínica del Centro de Familia de la Universidad Pontificia Bolivariana, docente titular de pregrado y postgrado e investigadora del Grupo de Investigación en Familia UPB, avalada por Colciencias en categoría Junior, coordinadora del semillero de investigación en Familia UPB.

Correo electrónico: isabel.bernal@upb.edu.co.

Cvlac. http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001464566

Orcid: 0000-0001-6223-904X.

**Una década de investigación,
comprensión y acompañamiento
a las familias: construcciones
plurales de la Maestría en Terapia
Familiar de la Universidad
Pontificia Bolivariana**

Compiladoras

Margarita Rosa Moreno Roldán
Isabel Cristina Bernal Vélez

Autores

Yeimis Yohana Castro Rodelo
Ana Verónica Giraldo Ruiz
Laura Victoria Zapata Giraldo
Jorge C. Holguín Lew
Isabel Álvarez Posada
Ledy Maryory Bedoya Cardona
César Augusto Villanueva Tabares
Luz Natalia Ocampo Mejía
Johanna Jazmín Zapata Posada
David Santiago Ossa Posada
Isabel Cristina Bernal Vélez
Margarita Rosa Moreno Roldán
María Victoria Builes Correa,
Ligia Patricia Cuéllar Boada
Ramiro Eulices Ramírez Lemus
Olga Lucía López Jaramillo
Gloria Yaneth Martínez Soto
María Isabel Jaramillo Quintero
Luz Miriam Agudelo Gil
Mariluz Aguirre Restrepo
Kelly Marcela Benavides Galvis
Gloria Mercedes Gómez Santa

616.89
M843

Moreno Roldán, Margarita Rosa, compiladora
Una década de investigación, comprensión y acompañamiento a las familias: construcciones
plurales de la Maestría en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana / Margarita
Rosa Moreno Roldán e Isabel Cristina Bernal Vélez, compiladores -- Medellín: UPB, 2021.
302 páginas: 17 x 24 cm
ISBN: 978-958-764-962-8 (versión digital)

1. Terapia familiar – 2. Familia – Investigaciones – 3. Terapia familiar sistémica – I. Título

CO- MdUPB / spa / rda
SCDD 21 / Cutter-Sanborn

© Varios autores
© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana
Vigilada Mineducación

**Una década de investigación, comprensión y acompañamiento a las familias: construcciones plurales
de la Maestría en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana**

ISBN: 978-958-764-962-8 (versión digital)
DOI: <http://doi.org/10.18566/978-958-764-962-8>
Primera edición, 2021
Escuela de Ciencias Sociales

Grupo de investigación en Familia (GIF). Proyecto: Especificidad del Trabajo Social en la intervención
interdisciplinar con familias en dinámicas emergentes: Lectura desde los saberes y las prácticas de seis
unidades académicas en Colombia. Radicado: 608C-08/20-15

Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín: Mons. Ricardo Tobón Restrepo

Rector General: Pbro. Julio Jairo Ceballos Sepúlveda

Vicerrector Académico: Álvaro Gómez Fernández

Editor: Juan Carlos Rodas Montoya

Gestora Editorial: Dora Luz Muñoz Rincón

Coordinación de Producción: Ana Milena Gómez Correa

Diagramación: Ana Mercedes Ruiz Mejía

Imagen Portada: Francisco Castillo Echeverri

Corrección de Estilo: Casa Cazagazapos

Dirección Editorial:

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2021

Correo electrónico: editorial@upb.edu.co

Telefax: (57)(4) 3544565

A.A. 56006 - Medellín - Colombia

Radicado: 2081-14-04-21

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito, sin la autorización escrita
de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

Contenido

Prólogo	7
Capítulo 1. Balance de los estudios sobre la dinámica en las familias con jefatura femenina	29
<i>Yeimis Yohana Castro Rodelo</i>	
Capítulo 2. Padres y adolescentes: miradas en torno al uso de las redes sociales como medios de socialización	52
<i>Ana Verónica Giraldo Ruiz</i>	
Capítulo 3. El periodo de la psicosis no tratada desde las vivencias y voces de las familias	74
<i>Laura Victoria Zapata Giraldo, Jorge C. Holguín Lew</i>	
Capítulo 4. El lugar de la fratría: las relaciones entre hermanos en el proceso de terapia familiar	98
<i>Isabel Álvarez Posada, Ledy Maryory Bedoya Cardona</i>	
Capítulo 5. El significado de ser/hacer hombre. Un asunto que se construye.....	120
<i>César Augusto Villanueva Tabares</i>	
Capítulo 6. Terapeutas familiares hombres: masculinidad, paternidad, self y autorreferencia	141
<i>Luz Natalia Ocampo Mejía, Johanna Jazmín Zapata Posada</i>	

Capítulo 7. El cuidado de sí. Una postura ética presente en la terapia narrativa de Michael White y David Epston.....	161
<i>David Santiago Ossa Posada, Isabel Cristina Bernal Vélez</i>	
Capítulo 8. La indagación en terapia como creación artística conjunta que cura	182
<i>Margarita Rosa Moreno Roldán, María Victoria Builes Correa, Johanna Jazmín Zapata Posada</i>	
Capítulo 9. La coconstrucción del perdón por la infidelidad conyugal en la terapia focalizada en emociones (TFE)	207
<i>Ligia Patricia Cuéllar Boada, Ramiro Eulices Ramírez Lemus, Olga Lucía López Jaramillo</i>	
Capítulo 10. Aportes de la terapia familiar en el acompañamiento del cuidado paliativo domiciliario	232
<i>Gloria Yaneth Martínez Soto</i>	
Capítulo 11. Terapia comunitaria con víctimas del conflicto armado, una práctica sistémica posible	256
<i>María Isabel Jaramillo Quintero, Luz Miriam Agudelo Gil</i>	
Capítulo 12. Terapia familiar y nuevas organizaciones familiares: parejas dinks y sus animales de compañía	279
<i>Mariluz Aguirre Restrepo, Kelly Marcela Benavides Galvis, Laura Victoria Zapata Giraldo, Gloria Mercedes Gómez Santa</i>	

Prólogo

Piedad Estrada Arango¹

*Se hace camino al andar
al andar se hace camino
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.*

Antonio Machado

Con gran satisfacción he recibido la invitación para realizar el prólogo de este importante y significativo libro que tiene como propósito celebrar los diez años de creación de la Maestría en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. La Maestría nació, tal como lo menciona Antonio Machado en el epígrafe a este prólogo, paso a paso, en la búsqueda de responder al deseo y aspiración de muchos profesionales graduados de varios programas que la antecedieron, quienes pudieron acceder a la formación de postgrado en terapia familiar.

En la década del ochenta del siglo pasado no existían en Colombia programas de formación en terapia familiar con acceso a trabajadores sociales y demás profesionales en ciencias sociales; los programas existentes se dirigían unos a psicólogos y otros a psicólogos y médicos.

Como lo plantea el enfoque estratégico en terapia familiar, transitábamos en un círculo vicioso: al no contar con programas académicos, no era posible formarnos y, por tanto, formar a otros. Más adelante se relata que tuvimos que recurrir al Seminario de Educación Continua en Familia y Terapia Familiar,

¹ Trabajadora social y magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana.

la autoformación, la realización de congresos con pioneros internacionales, la Especialización en Trabajo Social Familiar, la Especialización en Terapia Familiar y finalmente la Maestría en Terapia Familiar.

La formulación y gestión de los primeros programas, como el Seminario de Educación Continua en Familia y Terapia Familiar de ciento cincuenta horas en 1982 y la Especialización en Terapia Familiar en 1999, fueron liderados por mí. Debí sortear muchos obstáculos y superar algunos retos derivados del estigma acerca de la terapia familiar, que suponía que no podía ser ejercida por profesionales de las ciencias sociales. Después de diez años y ocho cohortes, emprendí con María Eugenia Agudelo Bedoya (trabajadora social, magíster en Terapia Familiar) la construcción de la Maestría en Terapia Familiar, con gran persistencia, tesón y entusiasmo. A María Eugenia le correspondió sustentar este programa ante el Ministerio de Educación Nacional y coordinarlo hasta su fallecimiento. Por tanto, este libro es además un homenaje a María Eugenia, quien trabajó por mantener y cuidar el nivel académico del programa y promover la investigación como parte del plan de estudios, que fue la base para los artículos publicados en este libro.

La apertura de las especializaciones antes mencionadas y de la Maestría en Terapia Familiar a profesionales de las ciencias sociales y humanas (trabajadores sociales, psicólogos, médicos, enfermeras, teólogos, educadores, abogados, comunicadores sociales, entre otros) partió de varias consideraciones. Entre ellas, las posturas críticas tomadas por las ciencias sociales en los años cincuenta, dirigidas a trascender las miradas normativas, hegemónicas y lineales (centradas en diagnósticos con énfasis en el déficit) acerca del individuo y las familias, y a considerar nuevas ideas acerca de cómo el enfoque sistémico tiende a aceptar el acceso desde diversas profesiones y no desde una postura restrictiva como la de otros modelos. Todo esto apoyados en la premisa de brindar una formación basada en un pènsum integral que incluya la perspectiva interdisciplinaria de la familia y una práctica terapéutica con amplia intensidad horaria y supervisión en vivo y en directo a través del espejo unidireccional.

Este libro ha sido una iniciativa de la coordinadora de los postgrados en familia, la Mag. Margarita Rosa Moreno Roldán, en colaboración con el comité de currículo, integrado por la Mag. Isabel Cristina Bernal Vélez, la Mag. Gloria Mercedes Gómez Santa, la Mag. Laura Victoria Zapata Giraldo y la Dra. Johanna Jazmín Zapata Posada. Les agradecemos su motivación

para estimular a los egresados de la Maestría, docentes y otros profesionales a escribir y publicar capítulos producto de sus investigaciones y experiencias prácticas y profesionales.

El libro puede constituirse en un referente de consulta para académicos, profesionales y estudiantes de pregrados y postgrados, y propiciar un lenguaje común en torno a la familia, la intervención, la terapia familiar y la terapia sistémica individual. Además, inspirará trabajos posteriores de investigación entre los candidatos a la Maestría y a otros profesionales de las ciencias sociales y humanas.

Como estructura del texto he querido desarrollar tres aspectos que se han constituido en soporte y columna del programa, como son la sólida fundamentación teórica (fundamentos, principios, axiomas y enfoques terapéuticos que evolucionaron para enriquecerla), las diferentes propuestas académicas y eventos que la antecedieron, y la investigación, los cuales se describen ampliamente como parte de esta senda transitada.

Sobre el primer soporte relacionado con la fundamentación teórica hay que iniciar refiriéndonos a la importancia de la familia como el escenario privilegiado en nuestra sociedad, en el cual se desarrolla la identidad y el proceso de socialización de sus miembros. En ella se pueden dar las condiciones para un proceso sano y de salud mental o, por el contrario, puede ser el contexto propicio para la generación de trastornos físicos y emocionales. Así, sea por sus carencias o por sus oportunidades y recursos, se constituye en un área de estudio y campo de acción profesional.

Igualmente, hay que hacer mención a la terapia familiar sistémica, la cual surge en los años cincuenta, con mayor énfasis en Norteamérica. La terapia familiar pasa de una concepción lineal de las dificultades en el individuo a mirar los problemas humanos como resultado de dificultades relacionales en la familia. Se fundamenta en la teoría general de sistemas y la cibernética. En la primera se privilegia el todo sobre las partes, como lo expuso el biólogo Bertalanffy al afirmar que la teoría general de sistemas está más interesada en integrar las cosas que en aislarlas; la terapia sistémica pone el acento en el sujeto en contexto, al privilegiar el mundo de las relaciones interpersonales.

En sus principios, la terapia familiar se ancló en la primera cibernética o cibernética de primer orden, en la cual se separaba el sistema observado (la familia, el consultante) del sistema observante (el terapeuta, el equipo

terapéutico). El observador, desde una posición externa, definía y descubría la modalidad organizativa del sistema observado. Desde el lenguaje terapéutico, se podría decir que la terapia se conducía al descubrimiento de patologías o problemáticas familiares y a las intervenciones capaces de disolverlas y resolver los problemas. Los primeros enfoques pioneros en terapia familiar intervenían desde esta posición, como el enfoque estratégico, el estructural, el de familia de origen y el grupo de Palo Alto. Actuaban desde el aquí y el ahora; aun aquellos que indagan aspectos de la historia de vida de los consultantes, la utilizan para contextualizar la situación actual. El terapeuta es incluido en la definición del problema debido a que él ayuda a precisarlo.

El término *cibernética* acuñado por Norbert Weiner complementa el paradigma sistémico y ofrece al campo de las ciencias una nueva cosmovisión; su idea básica es la retroalimentación. Avanza en nociones como autonomía, autorreferencia y lenguaje, y en la idea de que la pretensión de objetividad pura es errónea: el observador forma parte del sistema observado. Terapeuta y familia se perturban en un proceso circular de retroalimentación y construyen nuevas realidades y significados alternativos. Así, la teoría de sistemas y la epistemología cibernética se constituyen en paradigmas de una misma aproximación al objeto de estudio, específicamente a los sistemas humanos. Heinz Von Foerster le otorgó el nombre de *cibernética de segundo orden* o *cibernética de la cibernética*, y planteó como premisa básica que si el observador entra en lo observado, no se puede hablar de un sistema observado separado; ambos se perturban mutuamente. Estas ideas aportan a la comprensión de la autodeterminación y decisión de la familia en un proceso circular de reflexión y recursividad; no es el terapeuta el que sabe qué hay que hacer o cómo actuar.

Von Foerster en su libro *Las semillas de la cibernética* (1991) plantea “la cibernética de los sistemas observados como una cibernética de primer orden; mientras que la cibernética de segundo orden es la cibernética de los sistemas observantes” (p. 92). Al respecto, Maturana (citado por Boscolo y Bertrando, 1996) afirma: “La realidad se co-construye en el lenguaje a través del consenso, y existen tantas realidades como lenguajes o bien, no vivimos en un universo sino en un multiverso” (p. 38). Con el advenimiento de la cibernética de segundo orden se da lugar al constructivismo. Como lo plantean Amariles y otros (citados por Agudelo y Estrada, 2011), el constructivismo se concibe como una corriente del pensamiento según la cual el conocimiento se construye con los esquemas que la persona ya posee, en su interacción con el otro y el medio que lo rodea. Se centra en

la persona, quien construye nuevos conocimientos respecto a un objeto, siempre y cuando se trate de algo significativo.

El grupo sistémico de Milán aplicó estas ideas a sus trabajos clínicos y contribuyó a la diferenciación entre el punto de vista sistémico y los modelos anteriores de terapia familiar. Dicha precisión llevó a Lynn Hoffman (citada por Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987) a plantear que bien podría hablarse de un abordaje sistémico de cibernética de segundo orden. Desde finales del siglo xx y comienzos de este siglo, la perspectiva sistémica ha sido enriquecida y nutrida por el pensamiento posmoderno, el cual introduce un nuevo modo de conocimiento crítico que se aparta de los lineamientos que sustentan el conocimiento en la modernidad, connotado este último como positivista, demostrable, verificable, generador de verdades universales, mediante métodos estandarizados en los que se define la separación de sujeto y objeto (Agudelo y Estrada, 2012).

El objeto de estudio para los construccionistas son las relaciones, no solo las que se dan entre sujetos, sino también entre estos con los lugares y los objetos, además la interacción y la negociación son las propiedades que hacen posible el surgimiento de nuevos significados compartidos por las personas que forman el entramado social. Esta postura es coherente con la cualidad de inclusión de diversas disciplinas, en la que cada una puede aportar a la *confluencia creativa*, en la cual es posible que cada orientación proporcione una perspectiva para abarcar al ser humano en su integralidad (Agudelo y Estrada, 2011).

Gergen (1996) plantea que para las ciencias humanas una orientación construccionista amplía básicamente el programa de trabajo, a través de tres aperturas: la deconstrucción, en la que todos los presupuestos acerca de la verdad, lo racional y el bien quedan bajo sospecha; la democratización, en la que la gama de voces que participan en las interacciones y los diálogos resultantes de la ciencia se amplifica, y la reconstrucción, en la que nuevas realidades y prácticas surgen para la transformación cultural.

El posmodernismo según Boscolo y Bertrando (1996) se arriesga a aceptar todas las narrativas, todos los puntos de vista, y a no concebir que haya unos mejores o peores. El pensamiento posmoderno es por tanto deconstructivo, busca distanciarse de conceptos como verdad, conocimiento y poder.

La Maestría en Terapia Familiar de la UPB asume bases epistemológicas del constructivismo y del construccionismo social, las cuales coinciden “en

la concepción que el conocimiento consiste en un proceso psicológico y social constructor de la realidad y, por lo tanto, el comportamiento humano está determinado por dicho proceso”. (Agudelo y Estrada, 2012, p. 357). Sin embargo, las teorías siguen su curso y los discursos se renuevan constantemente. Como escribió Lynn Hoffman (1999) sobre los paradigmas postmodernos,

La gente enarbola el constructivismo y el construccionismo social como banderas, del mismo modo en que lo hicimos en un principio con la cibernética y la teoría de los sistemas. Así es que he inventado una super-teoría a la que llamo ‘teoría de los anaqueles’ (...). No se trata de que un anaquel sea mejor que el otro, sino de que tienen un tiempo de vida natural, del mismo modo que las personas. (p. 27)

Son tres los enfoques que se describen en la literatura como terapias postmodernas: la narrativa, la colaborativa y la centrada en soluciones. Las tres tienen en común estos principios, posturas y planteamientos presentados por Tarragona (2006): la inspiración interdisciplinaria, la atención al contexto, el lenguaje como eje central de la terapia, las múltiples perspectivas o voces, la flexibilidad en la duración de la terapia, el interés por lo que sí funciona, la agencia personal, la comprensión de lo público y lo privado, la valoración del conocimiento local y la terapia como colaboración.

Ahondemos brevemente en cada uno de ellos. La terapia narrativa tiene como precursores a Michael White y David Epston. White (2002) la define como una visión del mundo más que como un enfoque y plantea que esta se basa en una concepción construccionista cuyas premisas sostienen que “los seres humanos son seres interpretantes: que interpretamos activamente nuestras experiencias a medida que vamos viviendo nuestras vidas” (p. 17), y las personas viven a través de los relatos e historias que tienen de sí mismas.

La terapia narrativa exige que el terapeuta desafíe sus certezas establecidas, en lugar de trabajar en función de un estereotipo de funcionamiento familiar, e invita al terapeuta a tomar una postura reflexiva, lo mismo que a las familias, para reescribir sus vidas de acuerdo con una versión alternativa de cómo podrían ser.

desmitificar frente a los individuos y sus familias, y la comprensión relacional de la identidad, la cultura, entre otros.

La terapia colaborativa tiene como exponentes a Harry Goolishian y Harlene Anderson, quienes son considerados como dos de los más destacados terapeutas del posmodernismo. Ambos sostienen que es necesario revisar el rol del terapeuta y resaltan la posición del no saber en la que el terapeuta sin ideas preconcebidas se limita a estimular la conversación de los consultantes. La terapia colaborativa en términos expresados por Harlene Anderson (1997) se comprende como “un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y en una conversación colaborativas –una búsqueda conjunta de posibilidades–” (p. 28). “La conversación es uno de los aspectos más importantes de la vida. Mantenemos una conversación constante con los otros y con nosotros mismos” (p. 21).

Otro de los enfoques posmodernos es el enfoque centrado en soluciones, cuyo principal exponente es De Shazer. Este autor participa de la postura de los otros dos enfoques descritos anteriormente acerca del no saber privilegiado del terapeuta y pone especial interés en el lenguaje al resaltar que las palabras son el elemento más importante de la relación terapéutica. Uno de los aportes más influyentes de este enfoque es la pregunta milagro, que le permite al sistema terapéutico identificar las soluciones esperables y deseables como parte del proceso. El aspecto central no es la definición del problema, sino su disolución. Bertrando y Toffanetti (2004) plantean que el trabajo en terapia de De Shazer e Insoo Berg se presenta más sutil, consistente en una conducción discreta, pero brillante; los momentos privados de problemas en la vida de sus consultantes son acogidos y amplificados, lo que los libera del problema.

Estos enfoques terapéuticos que han incorporado las ideas constructivistas al estudio de los problemas familiares de manera creativa permiten descubrir el encuentro terapéutico como un espacio conversacional, libre de tecnicismos, con una escucha activa en la búsqueda de generar nuevos relatos y donde el consultante es el protagonista del cambio.

En el segundo soporte acerca de los programas académicos e iniciativas que antecedieron al programa de Maestría en Terapia Familiar es imposible no destacar la participación de la trabajadora social egresada de la UPB, Beatriz María Molina Vélez, quien con su formación en terapia familiar en el Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud Mental de Texas se convirtió

en una de las pioneras de la terapia familiar en Colombia. Al retornar con esta formación fue ascendida al campo de profesora del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia y fue invitada a la Facultad de Trabajo Social de UPB a participar en el Seminario de Educación Continua sobre Familia y Terapia Familiar en el año 1982, el cual se constituyó en la base de la Especialización en Trabajo Social Familiar (hoy denominada Especialización en Familia), presentada al Ministerio de Educación Nacional por la decana Ana María Montoya de Mejía.

Esta especialización fue el primer programa de esta índole en el departamento de Antioquia y en el país. Ha permanecido y ha servido como plataforma para las especializaciones en familia de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, la Especialización en Atención y Educación Social a las Familias de la Universidad Tecnológica del Chocó y la Especialización Virtual en Familia de la Universidad Mariana de Pasto, todas ellas dirigidas a profesionales de las ciencias sociales y humanas, como psicólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeras, educadores, teólogos y otras profesiones afines, con el fin de cualificar profesionales para la comprensión y estudio integral de la familia, reconociéndola como un sistema social que cumple funciones económicas, biológicas, afectivas y de socialización de sus miembros. Para ello cuenta con una solvente formación teórica en familia desde la óptica de las ciencias sociales y jurídicas, como antropología, sociología, derecho, familia colombiana, principios sistémicos y cibernéticos, componentes sociolingüísticos, reconocimiento de los recorridos vitales y la diversidad familiar, perspectivas teóricas como el construccionismo, el constructivismo y el postestructuralismo, enfoques de la terapia familiar, práctica de observación de procesos de terapia familiar a través de la cámara Gesell y seminario investigativo.

La ausencia de programas académicos en terapia familiar dirigidos a trabajadores sociales y otros profesionales de las ciencias sociales y humanas llevó a los profesionales interesados en continuar la formación en esta área a recurrir a institutos o centros de formación en otros países, con las implicaciones económicas, familiares, de adaptación a otras culturas y lenguas, interrupción de los trabajos, entre otras. Algunos profesionales apelaron a la autoformación mediante la invitación al país de expertos internacionales, entre los que se destacan importantes congresos en terapia familiar en 1984, con la participación del doctor Salvador Minuchin, terapeuta familiar pionero del enfoque estructural en terapia familiar, y en 1987 con el doctor Carlos Sluzki, psiquiatra argentino y terapeuta familiar, docente de varias univer-

sidades en Estados Unidos, editor de varias revistas como *Family Process* y autor de varios libros como *La red social. Frontera de la práctica sistémica*.

Se destacan también en esta autoformación la realización de cursos de capacitación y entrenamiento, entre los que se subrayan los siguientes: Seminario-taller de Terapia Marital, realizado en Medellín en 1989 con la psicóloga Betty Karrer, terapeuta familiar radicada en Chicago; Curso Intensivo sobre Terapia Familiar Sistémica del Family Center of the Berkshires of Massachusetts en 1989 y 1990, el cual otorgó becas a varios profesionales del medio; seminario La Investigación desde el Modelo Sistémico en marzo de 1996, dictado por el doctor Barnett Pearce; seminario La Construcción de Nuevas Narrativas en la Práctica Terapéutica, dictado por el doctor Karl Tomm en 1997 (estos dos últimos realizados en Bogotá); entrenamiento en Terapia Familiar Sistémica en Equipo Interdisciplinario, con una intensidad de ciento cincuenta horas teóricas y prácticas, de febrero de 1996 a febrero de 1997, con el doctor Eduardo Villar Concha, director de Sistemas Humanos; coloquio No Enamorarse de las Ideas: Un coloquio con el doctor Luigi Boscolo, en 1998.

Es de enfatizar además la autoformación por medio de grupos de estudio interdisciplinarios, como el Grupo Énfasis (entrenamiento familiar sistémico), adscrito al Centro Persona y Familia en 1986, cuyo objetivo era la capacitación teórica en terapia familiar y la práctica de familias a través de análisis de casos, sesiones con familias llevadas a cabo por dos o más profesionales del grupo.

En 1995, como se anotó anteriormente, los profesores de la Especialización en Familia reflexionan acerca de la necesidad de contar con un equipo interdisciplinario sólido, con coherencia epistemológica, con gran entrenamiento en la atención a familias a través de la cámara Gesell, para acceder a la formación de postgrado en terapia familiar y responder así a las amplias expectativas de los egresados del postgrado en familia y otros profesionales de la ciudad. Este proyecto bajo mi dirección se materializó con la organización de un seminario de entrenamiento de doce meses con el docente y supervisor, el doctor Eduardo Villar Concha, médico, terapeuta familiar del Kensington Consultation Centre de Londres y director de Sistemas Humanos en Bogotá, quien ya formaba profesionales de otras disciplinas en terapia familiar en esta fundación. Participaron en el entrenamiento ocho profesionales del Centro de Familia y docentes del postgrado en Trabajo Social Familiar: las trabajadoras sociales María Eugenia Agudelo Bedoya,

Mónica Villa y Piedad Estrada Arango (coordinadora de la Especialización en Trabajo Social Familiar); el psicólogo Renán Darío López Gallón; la enfermera Irene Cadavid de García (jefe del Centro de Familia de la UPB); el profesional en Didáctica y Dificultades del Aprendizaje Félix Arturo Posada (coordinador del área preventiva del Centro de Familia), y las psicólogas Consuelo Arboleda y Olga Lucía Ramírez (terapeutas del Centro de Familia).

El entrenamiento tuvo como referente epistemológico la cibernética de segundo orden y los postulados constructivistas aplicados a la terapia familiar. Estas ideas tuvieron notable influencia a partir de 1980 en algunos enfoques, como el sistémico de Milán, sobre el que mencionó Lynn Hoffman (1990) que fue el único enfoque a finales del siglo xx congruente con el nuevo pensamiento postmoderno. Este enfoque sistémico cobró forma con las publicaciones de Bateson *Pasos hacia una ecología de la mente* (1972) y *Espíritu y naturaleza* (1979), e integró a sus planteamientos la noción de causalidad circular y las ideas de una cibernética de segundo orden.

El grupo de profesores participantes del entrenamiento comenzaron a ver familias, tal como lo hacía el Grupo de Milán, a través de la cámara Gesell. El equipo podía estar conformado por seis docentes de los postgrados, que se distribuían en papeles como terapeuta que atendía a la familia y los demás como consultores y observadores. Este entrenamiento se constituyó en un medio para realizar la supervisión en vivo en la Especialización de Terapia Familiar en el Centro de Familia de la UPB, el cual se continúa aplicando actualmente con los estudiantes en formación en la Maestría en Terapia Familiar.

Con la aprobación del ICFES el 30 de julio de 1998 se logra con gran regocijo y satisfacción el propósito de formar y ofrecer al medio profesionales cualificados para realizar un abordaje familiar, coherente con las características y problemáticas de la familia colombiana, desde la óptica sistémica constructivista. En esta especialización se formaron cincuenta y siete profesionales en ocho cohortes.

En el año 2010 se logra la aprobación de la Maestría en Terapia Familiar por parte del Ministerio de Educación Nacional, con una modalidad de profundización y cuatro semestres de duración. Este registro se renovó en el 2016. A 2020 está en curso la décima cohorte y se registran sesenta egresados.

El tercer soporte que es esencial en la formación en una maestría de profundización lo constituye la investigación, a la cual se le dio relevancia y se propendió por su rigor científico, buscando desarrollar habilidades para la generación de conocimiento y comprensión acerca de las familias, su funcionamiento, sus problemáticas y las intervenciones que contribuyen a su desarrollo y bienestar. El proceso investigativo atraviesa de forma transversal el currículo, en tanto cada uno de los cursos contiene intenciones formativas que lo potencian, mediante consultas, fichaje de textos y referenciación bibliográfica, ejercicios de escritura y, especialmente, pero no de manera exclusiva, en el ciclo de investigación, el cual cuenta con cuatro cursos que aportan de manera directa a la formación de este aspecto: Seminario Investigativo I, Seminario Investigativo II, Ejercicio Investigativo I y Ejercicio Investigativo II.

La Maestría tiene una interacción directa con el GIF (Grupo de Investigación en Familia), el cual fue creado en 1998 adscrito a la Facultad de Trabajo Social y la Escuela de Ciencias Sociales, con el fin de contribuir al estudio de la familia, sus características, problemáticas y potencialidades, y generar propuestas en docencia y extensión que potencien el papel de la familia en la sociedad. Actualmente, se encuentra clasificado en Colciencias en la categoría B, lo cual le ha otorgado reconocimiento en los ámbitos local y nacional. En su trayectoria ha realizado diversas investigaciones relacionadas con sus dos líneas de investigación: la primera en contextos y dinámicas familiares, la cual busca identificar los cambios de la familia en su conformación, cumplimiento de funciones, dinámica familiar, problemáticas asociadas con esta, y la segunda en intervención y procesos terapéuticos con familias, que pretende profundizar en algunas situaciones familiares y sus posibilidades de atención terapéutica, el impacto de las técnicas y la sistematización de experiencias desde la terapia familiar sistémica.

Además, esta interacción con el grupo de investigación se materializa en que los directores de trabajo de grado o jurados pertenecen a este u otros grupos de la Escuela de Ciencias Sociales y que en la Maestría participan como docentes e investigadores de los grupos, lo que permite retroalimentar las actividades académicas del postgrado.

Como lo presenta el Comité de Currículo del programa (2020) en el documento de Transformación curricular, el trabajo de grado para la Maestría en Terapia Familiar es un ejercicio investigativo cualitativo en el cual se lleva a cabo una profundización teórica en un tema o problemática y se

desarrolla mediante las modalidades de estado del arte o estudio de caso. Para la realización del trabajo de grado, los estudiantes tienen la opción de elegir un tema o sumarse a la ejecución de algún proyecto de investigación que adelante el Grupo de Investigación en Familia en una de sus líneas, con el objetivo de que se constituyan en objetos de transferencia y en un aporte social en este campo.

La coordinación académica de la Maestría hace énfasis en que los trabajos de grado contengan y se circunscriban a temas articulados con la línea de intervención y procesos terapéuticos con familias del Grupo de Investigación en Familia, con el fin de fortalecer y aportar conocimiento al campo de la terapia familiar en el contexto colombiano y latinoamericano, al estudiar intervenciones en familias locales. A manera de colofón, como lo plantea el Comité de Currículo (2020), el magíster en Terapia Familiar de la UPB comprende a las familias en sus devenires históricos, circunstancias, necesidades y potencialidades en la contemporaneidad; con un pensamiento crítico frente al contexto sociopolítico de la familia en Colombia participa de manera activa en la búsqueda de alternativas de transformación y cambio, en interacción con equipos de trabajo interdisciplinarios; propone intervenciones orientadas a la promoción, la prevención y la terapia familiar, de acuerdo con las realidades, necesidades y recursos de las familias, las comunidades y las instituciones con las que trabaja.

Es un terapeuta de familia que pone en práctica su estilo profesional con base en los fundamentos éticos, teóricos y metodológicos de la epistemología sistémica y de los enfoques constructivistas y construccionistas; realiza procesos terapéuticos con parejas y familias encaminados a la reflexividad y la resignificación de sus vivencias. Cuenta con fundamentos teóricos y metodológicos de estudios con enfoque cualitativo, que investiga y divulga conocimientos de pertinencia académica y relevancia social en torno a la familia y la terapia familiar.

Desde la Maestría se han realizado investigaciones, publicado libros y artículos en revistas y presentado ponencias en eventos locales, nacionales e internacionales; se ha aportado a la formulación de otras propuestas de formación postgraduada y continua de la ciudad y de otras ciudades, y se ha participado en redes que buscan difundir conocimientos, con lo que logra consolidarse cada vez más y ponerse a la vanguardia de los nuevos requerimientos en materia de formación, intervención y producción de conocimiento.

Referencias

- Agudelo, M. E. y Estrada, P. (2011). *Fundamentos del construccionismo social y prácticas terapéuticas inspiradas en estos* [tesis de maestría]. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Agudelo, M. E. y Estrada, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva*, 17, 353-378.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Amorrortu.
- Bertrando, B. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Amorrortu
- Comité de Currículo de la Maestría en Terapia Familiar (2020). *Informe de transformación curricular*. Documento académico.
- Gergen, K., (1996). *Realidades y relaciones. Aproximación a la construcción social*. Paidós.
- Hoffman, L. (1990). Una posición constructivista para la terapia familiar. *Sistemas familiares*, 2(2), 29-43.
- Hoffman, L. (1999). Comentario al artículo: El diseño de terapias constructivas en salud mental comunitaria. *Sistemas familiares*, 15(2), 25-27.
- Tarragona Sáez, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 511-532.
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Gedisa.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida, entrevistas y ensayos*. Gedisa.

Introducción

Investigar las realidades de las familias en la contemporaneidad implica reconocer su carácter complejo y retomar las diversas explicaciones disciplinares que las conciben como sujetos de análisis y como campo de intervención y de estudio vigente y necesario en los contextos sociales (Hernández, 2010). Igualmente, supone retomar los resultados de las producciones académicas que advierten que desde mediados del siglo xx las familias han vivido múltiples transformaciones, entre ellas un poliformismo; como lo referencian Agudelo y Estrada (2015), aquellas familias del tiempo presente son diferentes a las del tiempo vivido y por venir, de ahí que hayan cambiado sus rituales de conformación, sostenimiento y reproducción, así como también la duración de la relación de pareja, el tamaño, el cumplimiento de labores en el interior de las familias y su distribución según el género.

Estos estudios refieren nuevas dinámicas y formas de configuración y participación en funciones sociales como el cuidado de niños y niñas, y sus implicaciones sociopolíticas (Agudelo-Bedoya y Gómez, 2017; Moreno, Agudelo-Bedoya y Alzate, 2018; Moreno y Zapata, 2016), nuevas paternidades (Castillo y Morales, 2013; Izquierdo y Zicavo, 2016; Preciado, 2017), participación de los abuelos en la crianza (Zapata, Castro y Agudelo-Bedoya, 2016) y nuevas formas de hacer pareja: sin hijos, parejas LAT (*Living Apart Together - Living Apart Together*) (Bernal, 2013), parejas abiertas o poliamorosas (Bernal, 2017; Ospina y Bernal, 2017), parejas DINKS (*Double Income No Kids -Doble Ingreso Sin Hijos-*) (Bernal *et al.*, 2020.), entre otras.

A su vez, la investigación sobre familia exige reconocer su diversidad, expresada principalmente en los modos de establecer y definir los vínculos sexuales y afectivos, en las maneras de convivir y de socializar a los hijos, así como en las estrategias de producción y provisión de bienes materiales para sus integrantes y de satisfacción de sus necesidades (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], 2008). Además, demanda el recono-

cimiento de sus recursos internos y de su capacidad para sobreponerse a situaciones adversas de tipo económico, emocional y social (Walsh, 2004, 2005; Zapata, 2013).

Esos procesos investigativos requieren detenerse en las particularidades sociales y culturales que hoy permean y transforman a las familias, y proponer acompañamientos profesionales contextualizados y situados que aporten reflexiones frente a cómo responder a nuevos retos en la manera de ser padres, madres, abuelos, hijos, hermanos, entre otros. También, suponen pensar y repensar enfoques, estrategias, metodologías y formas de intervención que posibiliten espacios de conversación y colaboración en los que se coconstruyan nuevos significados y relatos de sus vivencias (White y Epston, 1993).

Por su parte, comprender las complejidades familiares requiere soportes teóricos. Uno de estos es la epistemología sistémica, la cual permite entender a las familias como sistemas en interrelación dinámica con su entorno, en el que convergen procesos biológicos, socioculturales y afectivos (Gergen, 2006; Gergen y Gergen, 2011; Bateson, 1993; Bertrando y Toffanetti, 2004; Von Foerster, 1998). Desde esta perspectiva, se definen también como entramados relacionales entre quienes se reconocen como sus integrantes, el mundo sociocultural en el que transitan y la organización de los significados en torno a las distintas formas de parentalidad que privilegian la impuesta por la consanguinidad y las elegidas por afinidad y adopción (Zapata, 2013).

Igualmente, se considera las familias como nicho de acogida y de desarrollo de sus integrantes, que cumplen funciones de sostenimiento económico, apoyo emocional, protección y socialización en sus trayectorias vitales, y que se organizan según las características del contexto, al formar parte de un entorno social más amplio que las afecta y al que afectan en una relación de constante interdependencia (Bronfenbrenner, 1979/1987). De acuerdo con esto, las interacciones sociales y ambientales que establecen las familias con otros sistemas (micro-, exo-, meso- y macro-; barrio, trabajo, escuela, valores, costumbres) influyen de forma positiva o negativa en su bienestar y desarrollo. Esa fundamentación teórica enriquece el acompañamiento a las familias

En este libro se hace referencia a la terapia familiar, la cual aporta a los profesionales una comprensión sistémica y una postura cibernética de segundo orden para abordar las realidades familiares y reconocer las interacciones generadas y mantenidas. Como lo plantea Anderson (1999), el sistema

no crea el problema, es el *lenguajear* acerca del problema lo que crea el sistema; es decir, el profesional invita a quienes consideran que hay un problema para ayudarlos a resignificar este o crear una visión distinta que les sea menos perturbadora. Es por esto que la conversación terapéutica se constituye en la posibilidad de hablar acerca de lo que acontece, por lo que se asimila a un texto o una narrativa en la que todos contribuyen, y en la cual no hay separación entre los que tratan y los que son tratados (Hoffman, 1990).

Desde la cibernética se espera que el profesional asuma una postura de cocreación con los consultantes y no de experto que interpreta la queja desde su propia visión o sus prejuicios. Como lo enfatiza también el enfoque colaborativo, el cliente es el experto; esto es, él sabe más de él mismo que lo que puede saber el profesional. Este es un guía y un interlocutor en la conversación terapéutica (Anderson y Goolishian, 1996).

Una perspectiva de la relación terapéutica que se establece entre el sistema consultante es trazar con las familias el mapa acerca de la influencia que el problema ejerce y cómo afecta sus vidas, cómo se manifiesta, desde cuándo existe, quiénes están implicados y qué hace cada uno frente a este. Este ejercicio permite revisar el peso de las versiones negativas y cuestionarse cómo contribuir a resolverlo, qué acciones se han realizado con éxito y quiénes han aportado al cambio (White, 2002). Una vez generado el contexto terapéutico y la relación de colaboración, el terapeuta tiene a su alcance una serie de procedimientos y recursos, como la escucha activa, el liderazgo del consultante y la conversación fluida, en cuyo espacio introduce diferentes preguntas, ideas que favorezcan otras versiones y aporten novedad a la situación.

“Una década de investigación, comprensión y acompañamiento a las familias: construcciones plurales de la Maestría en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana” reconoce la necesidad constante de reflexionar en torno a las vivencias familiares y al acompañamiento terapéutico mediante la socialización de doce investigaciones realizadas en este programa entre 2010 y 2020. Es una invitación a adentrarse en el mundo de las familias, que es fascinante por la multiplicidad de conexiones que se presentan en su interior y por las circunstancias que deben afrontar con los sistemas que la circundan. Quien revise esta obra, encontrará capítulos que transitan por una de dos vías: aquella encaminada a las realidades familiares contemporáneas, fluctuantes y transformadoras que dirimen la existencia,

y aquella que acerca al lector o lectora al estudio de procesos terapéuticos, en aras de reconocer alternativas y posibilidades para el acompañamiento de situaciones que habitan las relaciones familiares.

Los estudios que se exponen son de tipo cualitativo, con enfoques como el hermenéutico y el interaccionismo simbólico, acompañado de estrategias metodológicas como estudio de caso múltiple e investigación documental-interactivo, y de técnicas para la generación de información como entrevista semiestructurada con personas, parejas, familias y terapeutas familiares. Igualmente, en algunos casos se incluyó la revisión documental como técnica secundaria o principal. Lo anterior dio lugar a un abanico de posibilidades que guió el acercamiento a múltiples realidades desde una perspectiva sistémico-constructivista y construccinista.

A continuación, una breve descripción de cada capítulo que invita a realizar una lectura completa del libro o a dirigirse a los capítulos según intereses personales, académicos o profesionales. Se relacionan en el orden que aparecen en la obra, el cual procuró hacer conexiones entre las temáticas abordadas, si bien los lectores pueden encontrar lógicas diferentes para su ubicación y lectura.

Capítulo 1. Balance de los estudios sobre la dinámica en las familias con jefatura femenina. Presenta un estado del arte con la revisión de cuarenta y un referencias que permiten un acercamiento a las dimensiones comunicacionales y afectivas de las mujeres con jefatura femenina; se hace énfasis en temas como la autoridad y la función de los roles, en los cuales se puntualiza que las relaciones intergeneracionales se convierten en clave para la protección de la familia, y especialmente de los hijos.

Capítulo 2. Padres y adolescentes: miradas en torno al uso de las redes sociales como medios de socialización. En este capítulo se convoca a pensar en las redes sociales y en la visión que los padres y los adolescentes tienen de estas. Los distintos resultados muestran que para el momento de la investigación priman las relaciones físicas sobre las virtuales y los padres temen más al tiempo que los hijos pasan frente a las pantallas que al contenido que ven en estas. Las posturas de los adultos difieren entre sí, dado que algunos simpatizan con los medios de comunicación, mientras que otros realizan fuertes críticas a estos, al punto de “satanizarlos”.

Capítulo 3. El periodo de la psicosis no tratada desde las vivencias y voces de las familias. La invitación en este apartado es a detenerse en la perspectiva de las familias con pacientes esquizofrénicos: el aplazamiento de la decisión de consultar e iniciar un tratamiento para la persona enferma, las dificultades vividas con el sistema de salud y las situaciones que de este se desprende; también se socializan algunas interpretaciones mágico-religiosas construidas por los familiares como estrategias de acompañamiento para encarar la situación, al igual que el temor a la estigmatización social.

Capítulo 4. El lugar de la fratría: las relaciones entre hermanos en el proceso de terapia familiar. Su lectura se hace provocadora para los terapeutas familiares, psicólogos, trabajadores sociales o profesionales de áreas afines, precisa la influencia del vínculo fraterno en las situaciones familiares, lo que motiva a la inclusión de este subsistema específico en los procesos de acompañamiento familiar y a la no obviada o incorporación del mismo en las relaciones entre padres e hijos. Se hace una mirada desde países como Colombia, Chile y España para la comprensión de las relaciones fraternas y su relevancia en la resolución de conflictos presentados en consulta.

Capítulo 5. El significado de ser/hacer hombre. Un asunto que se construye. Desde la mirada de un hombre, este capítulo permite ver cómo los cambios socioculturales influyen en la construcción de la masculinidad y las situaciones a las cuales se ve abocado el género masculino para demostrar su hombría. Soporta su lenguaje en cómo la familia contribuye a los procesos de identificación y en las maneras en que el padre y la madre se convierten en ejes para la consolidación de esta realidad. Las narraciones de los participantes de la investigación son contundentes y aportan a la representación simbólica de lo expuesto por los teóricos.

Capítulo 6. Terapeutas familiares hombres: masculinidad, paternidad, self del terapeuta y autorreferencia. Representa una cosmovisión de las denominadas *nuevas paternidades* y se detiene en el acompañamiento profesional de los hombres en la acción de paternar y en la postura del terapeuta familiar en estos procesos. Se concluye que los terapeutas pueden retomar sus experiencias como padres y nombrarlas en las sesiones con las familias, para la construcción de vivencias enriquecedoras y la generación de significados en torno a una paternidad amorosa, presente, cuidadora y acogedora.

Capítulo 7. El cuidado de sí. Una postura ética presente en la terapia narrativa de Michael White y David Epston. La investigación expone una comprensión del cuidado del terapeuta como condición ética frente al cuidado de sí y de los otros, apoyada en los postulados de White y Epston; si bien estos no hacen un diálogo preciso sobre dicha cuestión, lo esbozan desde las posibilidades de la terapia narrativa y precisan la necesidad de cuidarse para evitar el agotamiento profesional. Al igual que el capítulo anterior, en este se hace énfasis en la autorreflexión y la autorreferencia como recursos terapéuticos.

Capítulo 8. La indagación en terapia como creación artística conjunta que cura. En sus líneas se socializan los resultados de un estudio que permite ver conversaciones entre terapeutas y consultantes en las que la acción del preguntar se constituye en un arte. Este capítulo puede ser una fuente de consulta para quienes inician el camino de la intervención con familias y están interesados en desarrollar la habilidad de preguntar; invita a visualizar los silencios, las posturas, las metáforas y las narraciones como aspectos ligados a esta y que pueden suscitar acciones curativas. A su vez, a quienes llevan un trayecto recorrido les permite reflexionar frente a las preguntas que formulan en sus atenciones terapéuticas.

Capítulo 9. La coconstrucción del perdón por la infidelidad conyugal en la terapia focalizada en emociones (TFE). Este capítulo muestra los resultados de una investigación acerca de los aportes de un enfoque de terapia de pareja para el abordaje de la infidelidad, situación frecuente en las relaciones de pareja. Socializa algunas estrategias del enfoque para la coconstrucción del perdón como posibilidad que sana. Los hallazgos invitan a pensar que pedir perdón no es igual a perdonar y que perdonar no es lo mismo que reconciliarse. Presenta algunas experiencias de personas que asistieron a TFE y relatos que surgieron en estos procesos.

Capítulo 10. Aportes de la terapia familiar en el acompañamiento del cuidado paliativo domiciliario. Entre las alternativas presentes en la terapia familiar se abre la opción del acompañamiento domiciliario; este estudio se centra en la pertinencia de esta forma de atención con quienes les resulta inminente su muerte por su estado de salud, lo cual afecta la estabilidad de las familias y demanda ajustes en sus dinámicas. Los resultados ubican posibilidades en el ejercicio de la terapia familiar en cuidados paliativos que seguramente contribuirán a la humanización al final de la vida y a la calidad en la existencia de los pacientes y sus familias.

Capítulo 11. Terapia comunitaria con víctimas del conflicto armado, una práctica sistémica posible. Se socializa aquí otra alternativa en el camino de los terapeutas y es el ejercicio de la terapia sistémica en ambientes comunitarios, en los cuales se trasciende el consultorio o los centros de atención para ponerse al servicio de la comunidad con las herramientas que acompañan los procesos de reflexividad y coconstrucción. Se logran encuentros que pueden ser útiles en situaciones de violencia como las que viven algunas regiones de nuestro país. La terapia comunitaria es considerada como una metodología postmoderna y crítica.

Capítulo 12. Terapia familiar y las nuevas organizaciones familiares: parejas DINKS y sus animales de compañía. Para cerrar esta obra, esta investigación se detiene en una forma de organización que cobra importancia en esta época: las parejas que deciden no tener hijos, denominadas *Double Income, No Kids* (DINKS). Este capítulo estudia cómo los animales de compañía se convierten para ellos en una posibilidad de irradiar amor y cuidado, llegando en ocasiones a humanizarlos. Desde la terapia familiar se aportan algunas ideas para acompañar parejas que se mueven en estas dinámicas y aspectos a tener en cuenta en los encuentros terapéuticos.

Sea esta la invitación a revisar algunas de las investigaciones realizadas desde la Maestría en Terapia Familiar de la UPB, con miras a fortalecer los procesos de aprendizaje, de investigación y de acompañamiento terapéutico que se lleven a cabo. También es una invitación a reflexionar respecto a los cambios y las transformaciones que viven las familias y frente a aspectos relativos a la intervención que posibiliten la construcción de nuestro estilo de ser persona y del actuar como profesional. Igualmente, esperamos que estas líneas motiven el desarrollo de nuevas propuestas desde la intervención y la investigación.

Margarita Rosa Moreno Roldán
Isabel Cristina Bernal Vélez
Piedad Estrada Arango

Referencias

- Agudelo, M. E. y Estrada P. (2015). *Realidades familiares que cambian: Invitación a nuevas comprensiones*. Memorias del Congreso Internacional Reflexionando las Disciplinas, Universidad Mariana, Pasto.
- Agudelo-Bedoya, M. E. y Gómez, G. M. (2017). Redes familiares y vecinales en el cuidado de niños y niñas. *Infancias imágenes*, 16, 60-71.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En K. Gergen y S. McNamee (Ed.), *La terapia como construcción social* (pp. 45-59). Paidós ibérica.
- Bateson, G. (1993). *Espíritu y naturaleza*. Amorrortu.
- Bernal, I. C. (2017). *Relaciones de pareja en la contemporaneidad*. I Simposio Internacional Tópicos en Psicología, Subjetividades y Contemporaneidad.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar, los personajes y las ideas*. Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1979/1987). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press. [Trad. Cast. A. Devoto. 1987. Ecología del desarrollo humano. Paidós].
- Castillo, J. y Morales, H. (2013). Los estudios de género a las nuevas masculinidades y/o los movimientos de padres por la custodia compartida de sus hijos e hijas. *Revista Educación y Humanismo*, 15(24), 107-121.
- Gergen, K. (2006). *Construir la realidad: El futuro de la psicoterapia*. Paidós.
- Gergen, K. y Gergen, M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Paidós.
- Hernández, A. (2010). *Vínculos, individuación y ecología humana: Hacia una psicología clínica compleja*. Universidad Santo Tomás.
- Hoffman, L. (1990). Una posición constructivista para la terapia familiar. *Sistemas familiares*, 6(3), 29-43.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2008). *Lineamientos técnicos para la inclusión y atención de las familias*.
- Izquierdo, L. y Zicavo, N. (2016). Nuevos padres: construcción del rol paternal en hombres que participan activamente en la crianza de los hijos. *Revista de Investigación en Psicología*, 18(2), 33-55.
- Moreno-Roldán, M. R. y Zapata, J. J. (2016). *Cuidado de niños y niñas en Medellín-Colombia: Asunto político, de género y de corresponsabilidad social*. XX Encuentro Nacional y X Internacional de Investigación en Trabajo Social.
- Moreno-Roldán, M. R., Agudelo-Bedoya, M. E. y Alzate, V. (2018). Voces a escuchar en el cuidado: ¿qué dicen los niños y las niñas? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1), 227-237. doi:10.11600/1692715x.16113

- Ospina, M. y Bernal, I. C. (2017). *Diversidades familiares: Relación de pareja abierta y poliamorosa*. II Jornada Académica de Estudios de Familia 2017 y XV Encuentro Nacional de la Red de Programas Universitarios en Familia, Armenia.
- Preciado, M. Y. (2017). Padres a cargo de sus hijos: Experiencias de hombres en la crianza y contribuciones a terapeutas sistémicos con casos de familias monoparentales masculinas (trabajo de grado de maestría). Universidad Pontificia Bolivariana.
- Von Foerster, H. (1998). *Sistémica elemental*. Eafit.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: estrategias para su fortalecimiento*. Amorrortu.
- Walsh, F. (2005). Resiliencia familiar: Un marco de trabajo para la práctica clínica. *Sistemas Familiares*, 21(1-2), 76-95.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- Zapata, J. J. (2013). *Familias monomarentales y monoparentales y su relación con los hijos e hijas adolescentes según el nivel socioeconómico y el sexo* (tesis doctoral). Universidad Pablo de Olavide.
- Zapata, J. J., Castro, Y. Y. y Agudelo-Bedoya, M. E. (2016). Abuelas antes de lo esperado: Cambios, participación en la crianza y relaciones intergeneracionales. *Prospectiva*, 22, 117-140.

Capítulo 1. Balance de los estudios sobre la dinámica en las familias con jefatura femenina

Yeimis Yohana Castro Rodelo¹

Resumen

Este capítulo muestra los resultados derivados del trabajo de grado de la Maestría en Terapia Familiar denominado “Estado del arte sobre la dinámica familiar en familias con jefatura femenina”. El estudio se definió bajo la modalidad de estado del arte, que contempla una perspectiva interpretativa propia del enfoque cualitativo; como técnica se utilizó la revisión documental y en total se seleccionaron cuarenta y un estudios. Con base en el análisis de los estudios consultados, se resalta que pocas investigaciones abordan directamente las dimensiones de comunicación y afectividad en las familias con jefatura femenina, por lo que sobresalen aquellas que se centran en la autoridad y en los roles. Los resultados de la investigación muestran que si bien la comunicación es menos abordada como objeto de estudio, el proceso comunicativo transversaliza las interacciones familiares, por lo que la afectividad se constituye en un aspecto clave para entenderlas. Otro aspecto a destacar son las relaciones intergeneracionales, puesto que estas se convierten en un apoyo de protección para la familia en temas relacionados con el cuidado de los hijos, las labores domésticas y el aporte económico.

Palabras clave: jefatura femenina, dinámica familiar, relaciones intergeneracionales y emociones.

¹ Trabajadora social de la Corporación Universitaria Minuto de Dios. Magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Docente e investigadora en la Corporación Universitaria Minuto de Dios. Correo electrónico: yeicastro8602@gmail.com

Introducción

Este capítulo tiene como objetivo evidenciar el balance de los estudios realizados sobre la dinámica en las familias con jefatura femenina. Por tanto, se tuvo en cuenta las dimensiones como autoridad, roles, comunicación y afectividad, al mismo tiempo que se pretendió realizar un acercamiento a las características más relevantes de las relaciones intergeneracionales en las familias con jefatura femenina. De Oliveira y García (2005) sostienen que “uno de los temas controversiales en el estudio de la familia contemporánea es el de unidades domésticas encabezadas por mujeres” (p. 29). En Colombia cuatro de cada diez hogares cuentan con la figura de jefatura femenina (DANE, 2018), lo que evidencia un incremento en comparación con la encuesta anterior, que arrojó tres de cada diez hogares. Esta realidad demanda acciones concretas en cuanto a políticas públicas respecto al tema.

En los años ochenta los estudios de “Rey de Marulanda (1982) y Castro García (1983) sobre las mujeres jefas de hogar y el de Segura (1982) sobre reproducción social, familia y trabajo, son los pioneros de la investigación sobre la jefatura femenina en Colombia” (Fuentes, 2002, p. 123). Desde finales de los setenta e inicios de los ochenta, el interés por el tema se basó en la relación que tienen estos hogares con la pobreza y las condiciones de las mujeres trabajadoras.

En la IV Conferencia Iberoamericana sobre Familia (1997) realizada en Cartagena, Wartenberg mostró en un estudio comparativo titulado *Vulnerabilidad y jefatura femenina en los hogares urbanos colombianos* que se reconoce la jefatura femenina solo en la ausencia del hombre, y aunque la autora no entra en la discusión del concepto de jefatura de hogar, no ignora que las estadísticas nacionales “asignan la jefatura automáticamente al hombre”. Por otro lado, las mujeres jefas en ausencia de este deben asumir tanto el trabajo reproductivo como ser las principales proveedoras económicas de la familia, por lo que es importante plantear la necesidad de brindar apoyos institucionales a las mujeres en relación con el cumplimiento de sus diversas labores (Segura, 1982, citado en Fuentes, 2002).

La condición de esposa y la de jefa de hogar son dos momentos de la historia de vida de las mujeres. Ser jefa es una condición potencial y no estática, puesto que puede cambiar con el ciclo de vida; es decir, “la esposa ayer, hoy jefa, puede volver a ser esposa. Aquí es interesante la idea de ciclo, temporalidad y cambio como momentos en la historia de vida;

la condición de jefa de hogar no es una condición per se” (Castro, 1983, citado en Fuentes, 2002, p. 126). Tanto la sociología como la demografía son las áreas del conocimiento que han realizado los principales aportes al tema. A finales de la década de los noventa se conocieron investigaciones importantes, como la de Rodríguez (1997) y la de Dueñas (1997), donde se vislumbraron dos corrientes de estudios. La primera defiende la tesis de la “feminización de la pobreza”, puesto que así lo indica el aumento en las cifras de este tipo de conformación familiar y su relación con la pobreza. Y la segunda corriente sostiene lo contrario al argumentar que “la jefatura femenina no refleja un aumento en las últimas décadas y tampoco es un fenómeno asociado fuertemente con la pobreza” (Fuentes, 2002, p. 166).

A continuación, se presentan las principales categorías que sustentan el presente capítulo, a saber: familia, dinámica familiar, jefatura femenina y relaciones intergeneracionales. Minuchin (1982) contempla a la familia como un sistema que está en constante transformación y es sensible a los acontecimientos externos que inciden en su dinámica interna. Además, sostiene que la “estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los integrantes de una familia” (Minuchin, 1982, p. 86). En consonancia con lo anterior, Gallego (2012) plantea que la familia como organización social es histórica y es permeable por las transformaciones o cambios estructurales de la sociedad. Por tanto, es interesante conocer el escenario donde confluyen las relaciones familiares que entretejen los lazos de cooperación para su funcionamiento, teniendo en cuenta que estos se instauran en un contexto particular y complejo en el que la mirada integradora del ser humano permite recorrer un trayecto con múltiples caminos que lleva a un lugar común: la familia.

Ahora bien, al abordar el concepto sobre jefatura femenina se deben contemplar dos términos. La jefatura de *jure*, que se basa en el reconocimiento que de ella hacen los integrantes del hogar, y la forma de ubicar al jefe tiene como fondo una base cultural tradicional que identifica solo al hombre en el papel de proveedor y de autoridad moral en el hogar (Esquivel, 2000; Chávez-Plazas y Romero, 2013; Peña, 1995). En consecuencia, se le asigna la jefatura a la mujer solo en ausencia de un adulto varón en la familia. Lo que tiene estrecha relación con lo planteado por Rico de Alonso (2006), quien expresa que se puede presentar la jefatura femenina por las siguientes características: madres solteras, viudas y mujeres abandonadas por su cónyuge o separadas por voluntad propia, y agrega que la jefatura

femenina puede darse cuando las mujeres tienen uniones estables, y aunque el hombre esté presente en la familia, son ellas las que asumen la jefatura.

El otro término es la jefatura de *facto*. Esquivel (2000) menciona que es difícil establecer sus variables, puesto que, para algunos académicos, se contempla solo la variable económica, donde el jefe será la persona que cumpla con el rol de proveedor del hogar; de hecho, en la mayoría de los casos, prevalece que el criterio de reconocimiento de la figura de jefe de la familia para fines estadísticos se determina en relación con el desempeño del rol de sostén económico (Gutiérrez y Testa, 2009). Para otros autores dicha explicación no sería suficiente, porque además se debe considerar otras variables, como ejercer la autoridad y la toma de decisiones.

En la familia convergen relaciones que se tejen con base en las demandas y el reconocimiento de las funciones dadas a sus integrantes, las cuales están mediadas por normas y reglas que determinan la convivencia familiar. Lo cual se traduce en la dinámica familiar que contempla las dimensiones de la comunicación, afectividad, autoridad y roles. Según Agudelo (2005), “la dinámica familiar comprende las diversas situaciones de naturaleza psicológica, biológica y social que están presentes en las relaciones que se dan entre los integrantes que conforman la familia” (p. 9). Además, sostiene que esas relaciones están instauradas por medio de la comunicación, autoridad, roles y afectividad, que emergen de los subsistemas familiares. Es por ello que la dinámica familiar se establece en el escenario de lo relacional, en la interacción con el otro a partir de la diferencia. También podría decirse que es el conjunto que abarca las relaciones y los vínculos “atravesados por la cooperación, intercambio, poder y conflicto que, tanto entre hombres como mujeres, y entre generaciones, establecen en el interior de las familias, alrededor de la división del trabajo y de los procesos de toma de decisiones” (González, 2000; Palacios y Sánchez, 1996; Oliveira, Eternod y López, 1999; Torres, Ortega, Garrido y Reyes, 2008, citados en Gallego, 2012, p. 333).

En este sentido, la comunicación facilita ese encuentro y desencuentro entre los integrantes de la familia. En la comunicación convergen dos aspectos: el que posibilita el lenguaje verbal, transmitido en palabras, y el lenguaje no verbal, que se refiere a los gestos, posturas, inflexiones, proximidad y distancia. Ambos están en el proceso comunicativo y permiten una retroalimentación constante. Agudelo (2005) afirma que en la comunicación se da un intercambio de información verbal y no verbal, que puede ser directa, en

la que se exponen de manera clara los acuerdos y los desacuerdos, y, si se presenta coherencia, se llega a un consenso entre las personas implicadas en el proceso comunicativo, aun en situaciones de desacuerdos. Por su parte, Magaña (2006, citada en Gallego, 2012) plantea que la comunicación le posibilita a la persona que se “expresa como es, a la par que interactúa con sus semejantes; dicha interacción potencia el desarrollo individual, cultural y social de las diferentes comunidades en tanto existe retroalimentación e intercambios en las ideas, sentimientos y deseos” (p. 334). Para efectos de la interacción familiar, se podría entender como ese canal comunicativo que favorece la unión familiar.

La afectividad es una dimensión relevante en las relaciones familiares. Gracias a esta se manifiestan sentimientos y emociones que posibilitan el acercamiento y la cohesión entre los integrantes de la familia; es decir, “es una de las interacciones más importantes en la vida del ser humano, porque al sentirse amado, respetado y reconocido potencia la satisfacción personal y el desarrollo humano al interior del grupo familiar” (Bowlby, 1990, citado en Gallego, 2012, p. 335). En cuanto a la autoridad familiar, suele ser ejercida por los padres hacia sus hijos, en la que se instaura un proceso educativo para mejorar las acciones de estos dentro del grupo familiar (Otero, 1975). De ahí que la autoridad consiste en dirigir la participación de los hijos en la vida familiar y asignar responsabilidades para que más adelante logren alcanzar autonomía. A medida que los hijos alcanzan esto último, la autoridad de los padres se traduce en orientar, lo que significa que las relaciones humanas están atravesadas por intercambios y reconocimiento del poder. En palabras de Fernández y De León (2011), la autoridad se asocia con el funcionamiento del sistema, por lo cual se debe mantener una organización y una estructura que siga la jerarquía.

Estos autores apuntan que “el miembro que tiene el poder tendrá la posibilidad de influir en el comportamiento de los demás integrantes para controlar su conducta. El poder suele estar representado por la persona que tiene la autoridad” (Fernández y De León, 2011, p. 137). Sin embargo, también se puede presentar que en las familias se dé una autoridad democrática, basada en la reflexión de lo normativo, los estímulos y las soluciones que generan un sentido de responsabilidad entre los integrantes de la familia. Lo anterior conduce a hablar sobre la dimensión de roles que se relaciona con la división del trabajo productivo y reproductivo que se asigna a los integrantes de la familia. Entonces la dinámica familiar también “se describe a partir de la diferenciación de roles” y “en el contexto actual estos matices

en los roles se han transformado un poco debido a la lucha por la equidad que algunas mujeres han emprendido” (Gallego, 2012, p. 339).

En consonancia con las dimensiones expuestas, es pertinente acercarse al término de relaciones intergeneracionales e indicar lo que se entiende por generación, puesto que tiene varios significados, “entre los más habituales están los de generación como cohorte de nacimientos –conjunto de personas nacidas en un mismo año o intervalo de años: por ejemplo, la generación de 1970–” (Naciones Unidas, 2002, p. 3). Entonces, la época en que se vivencian las experiencias inciden en los rasgos de identidad que determinan las acciones del ser humano. Cuando se habla de lo intergeneracional, se interpreta como aquellas formas distintas de relacionarse de acuerdo con la particularidad de cada persona. Por tanto, las relaciones intergeneracionales posibilitan las interacciones y actos de solidaridad entre los integrantes de distintas generaciones, lo que se diferencia con el término multigeneracional, el cual solo indica la coexistencia de varias generaciones (Naciones Unidas, 2002).

En este sentido, gran parte de las relaciones entre los integrantes de la familia se establecen en términos de solidaridad, entendida como “el conjunto de dispositivos/comportamientos que aseguran la redistribución o el intercambio de bienes y servicios destinados a mantener a los integrantes de una comunidad –en este caso la familia–” (Pitrou, citado en Gomila, 2005, p. 510). Sin duda que las relaciones de ayuda mutua propician un escenario favorable para el desarrollo personal y social de cada uno de los integrantes del grupo familiar, y en el caso particular de las jefas de familia esas relaciones intergeneracionales se convierten en un aspecto importante al momento de comprender su dinámica interna.

Metodología

El trabajo investigativo se basó en el enfoque cualitativo, que permite la comprensión e interpretación de la realidad humana y social, con un interés práctico, es decir, con el propósito de ubicar y orientar la acción humana y su realidad subjetiva. La modalidad de investigación responde al estado del arte o estado del conocimiento, “una investigación de carácter documental que tiene como objetivo recuperar sistemática y reflexivamente el conocimiento acumulado sobre un objeto o tema central de estudio” (Galeano, 2004, p.

141). Esta modalidad permite dar respuesta a la finalidad de este capítulo, el cual se centra en evidenciar el balance crítico de los estudios realizados sobre la dinámica en las familias con jefatura femenina.

Para tal fin, se definió implementar como técnica la revisión documental para la elaboración de un inventario de las investigaciones sobre el tema en cuestión y luego una selección de las que se consideran importantes para la construcción de la información, de manera que pudieran otorgar validez a todo el proceso investigativo. En efecto, Galeano (2014) sostiene que la “revisión documental es una privilegiada técnica para rastrear, ubicar, inventariar, seleccionar y consultar las fuentes y los documentos que se van a utilizar como materia prima de una investigación” (p. 120). La información se recogió de fuentes secundarias, en las que se hizo una búsqueda rigurosa y sistemática de investigaciones de postgrados, artículos investigativos y libros que circulan en la ciudad de Medellín.

El proceso de análisis parte de la interpretación y comprensión de los textos consultados. Para ello, se elaboraron las fichas de lectura de las cuarenta y un investigaciones seleccionadas, de las cuales treinta y seis corresponden a artículos resultado de investigación, dos a investigaciones de maestría, una a investigación de especialización, una a tesis doctoral y uno a libro resultado de investigación. Es preciso resaltar que la información construida en las fichas se realizó con base en la interpretación de los planteamientos de los autores en sus estudios; es decir, desde una mirada intratextual se identificó en cada uno de ellos aspectos particulares y relevantes que el texto aporta a la investigación. Una vez efectuado dicho ejercicio, se agrupó la información en una matriz de análisis de acuerdo a las categorías y subcategorías definidas en la investigación. Este proceso corresponde a una mirada intertextual que dio cuenta de los datos comunes y aquellos en los que se observaban diferencias.

Como ya se mencionó, el estado del arte es una modalidad de investigación que se centra en la revisión documental de investigaciones realizadas sobre un tema específico, por lo cual su finalidad es analizar los documentos y a partir de lo estudiado proporcionar de alguna manera conocimiento relevante. Por el carácter de la investigación, se hizo necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones éticas: en cada paso fue indispensable respetar las fuentes consultadas, haciendo un manejo adecuado de las referencias bibliográficas conforme a las normas APA (American Psychological Association), como también mantener la confiabilidad de los posibles hallazgos encontrados en todo el proceso investigativo.

Hallazgos y análisis

Con base en el análisis de los estudios consultados se da cuenta de las categorías abordadas a lo largo del capítulo. Primero, la dinámica familiar, que contempla las dimensiones de comunicación, afectividad, autoridad y roles; segundo, se muestran las conformaciones familiares en las que se suele presentar la jefatura femenina; tercero, se plantean aspectos de las relaciones intergeneracionales, y cuarto, se socializa una de las categorías emergentes denominada emociones de las mujeres jefas de familia, pues si bien no era el objetivo central de la búsqueda, parece pertinente visibilizarla. Dimensiones: comunicación y afectividad

A partir de la lectura de las investigaciones seleccionadas, se logró establecer que la comunicación es un aspecto determinante en la toma de decisiones de las familias con jefatura femenina y que la afectividad se instaure como principal elemento de sus relaciones familiares. Consideremos en estos momentos algunos resultados encontrados sobre la dimensión de la comunicación. Comencemos por decir que el tipo de jefatura, bien sea masculina o femenina, influye en la manera en que los integrantes de la familia establecen el proceso comunicativo para la toma de decisiones. Dicho proceso tiene como contexto algunos rasgos predominantes de la cultura patriarcal, en la que el hombre tiene el poder de mando. Las mujeres jefas de familia fueron educadas en ese entorno, pero este tipo de liderazgo no se constituye como un referente a seguir en sus familias, sino que dan lugar a las opiniones que manifiestan cada uno de sus integrantes. Por tanto, las jefas de familia se alejan de los estereotipos para dar notoriedad a la manera en que ellas, sus hijos u otros integrantes deben ser tratados.

Este planteamiento se ve reflejado en los hallazgos de Lázaro *et al.* (2005), quienes sostienen que una familia dirigida por mujeres contribuye en el desarrollo de sus integrantes, y que los temas como la violencia no suelen presentarse porque se priorizan las relaciones de confianza y respeto. Un abordaje semejante se encontró en los resultados de Arroyave y Carmona (2012), quienes observaron que tanto las hijas de las jefas de familia como estas coinciden en que dentro de la familia la comunicación va encaminada a establecer acuerdos y mantener su autonomía. En el estudio de la Fundación Universitaria Luis Amigó (2006) se resalta el hecho de que en la conformación de la familia monoparental con jefatura femenina tanto la madre como los hijos buscan mantener fortalecidos sus vínculos expresados

en una comunicación asertiva y constante, al tiempo que sostienen estrechas relaciones de afecto orientadas a alcanzar sus objetivos y el proyecto de vida como familia. “Aunque la madre no cuente con el apoyo de un compañero en su hogar y sus hijos con un padre, la relación entre sus integrantes busca una homeostasis que permita encontrar el sentido de vida” (p. 11).

En contraste con lo anterior, Lázaro, Zapata y Martínez (2007) explican que la armonía en la familia es producto de dos esfuerzos: el que implica el tema económico relacionado con el ingreso y su distribución, y el que se basa en las relaciones que se tejen dentro de la familia. Agregan además que temas como la comunicación y el ejercicio del poder en la familia se consideran de vital importancia en la dinámica familiar. Otro planteamiento a resaltar se centra en que estas familias toman en cuenta la opinión de todos sus integrantes, lo que permite interpretar que las mujeres jefas fortalecen los lazos familiares mediante acuerdos democráticos con la intención de que cada persona asuma sus propias responsabilidades. Además, las características de la comunicación cambian según sus integrantes y el ciclo vital en que se transite, una vez que comunicar no es solo transmitir mensajes de una persona a otra, sino que es un proceso interactivo y de doble vía (Fundación Universitaria Luis Amigó –Funlam–, 2006).

En relación con la dimensión de la afectividad, los estudios revelan que la expresión del afecto es un factor clave o determinante para el fortalecimiento de las relaciones familiares. En efecto, Bowlby (1990, citado en Gallego, 2012) sostiene que “el intercambio afectivo, es una de las interacciones más importantes en la vida del ser humano, que al sentirse amado, respetado y reconocido potencia la satisfacción personal y el desarrollo humano al interior del grupo familiar” (p. 335). De acuerdo con algunos estudios reseñados, las familias dirigidas por mujeres centran la mayor parte de sus esfuerzos en expresar sentimientos que fortalezcan vínculos familiares, ya que esto ayuda a contrapesar las situaciones adversas, como las carencias económicas en que viven algunos de estos hogares.

En este mismo orden de ideas, Cervantes (2003) encontró que la expresión de la afectividad en la familia con jefatura femenina basada en la aceptación les facilita a los hijos un sano desarrollo. Esta postura la comparten Jiménez-Lagares *et al.* (2009), quienes sostienen que las mujeres proporcionan a sus hijos un apego seguro, que sienta las bases para establecer relaciones de confianza y proximidad entre los integrantes del hogar. Ambos estudios resaltan la importancia que dan las mujeres jefas de familia a los aspectos

relacionales, en los que el afecto se convierte en el principal esfuerzo para que sus hijos sean cada día mejores seres humanos. Es así como se pone en evidencia que las mujeres jefas de familia tienden a ser más afectivas con sus hijos, y cuando no lo hacen puede traer para ellas un sentimiento de angustia porque creen que no es la manera correcta (Funlam, 2006).

Tener en cuenta las distintas expresiones de afecto es relevante porque se podría conocer a profundidad la capacidad que tienen las mujeres jefas de familia para reflexionar las formas de relacionarse con sus hijos; ellas suelen valorar las manifestaciones “tanto verbales como no verbales del afecto a través del tacto, besos, abrazos, el juego, compartir actividades y a través de preocuparse por ellos en impartirles cuidados, reconociendo en ello, formas de afianzar la identidad, autoestima y seguridad en los hijos” (Arroyave y Carmona, 2012, p. 76). Sin embargo, para muchas mujeres jefas de familia la expresión de afecto hacia sus hijos crea tensiones a la hora de ejercer la autoridad, ya que en la forma de mostrar cariño también está implícito el cuidado por no maltratarlos (Rico de Alonso, 2006). A partir de lo anterior, se podría plantear que esta forma de relación se constituye en un recurso para la cohesión familiar.

Dimensiones: autoridad y roles. “Feminización de la responsabilidad”

Actualmente la mujer puede ejercer la autoridad en la familia por varios aspectos: su participación en el mundo laboral, el nivel socioeconómico y la ubicación geográfica –urbana y rural–. Estos posibilitan o no la autonomía y toma de decisiones importantes en la familia (Navarro, 2010; Rico de Alonso, 2001). Otro aspecto a destacar se encontró en el estudio de Oliveira y García (2005), quienes explican que para entender la autoridad es necesario hablar del estado civil de las mujeres. Estas autoras hicieron una comparación entre las mujeres que viven con sus parejas y no son jefas, y las mujeres sin el compañero que sí son jefas. Determinaron que en la toma de decisiones en el hogar las mujeres sin el compañero indiscutiblemente tienen un mayor poder de decisión que las que viven en pareja. Sin embargo, en el estudio realizado por Funlam (2006) se identificó que, en algunos casos, la autoridad en estas familias es indeterminada, dado que las mujeres tienen largos periodos de ausencia del hogar, producto de las jornadas laborales, lo que dificulta el ejercicio de la misma.

Además, se encontró que en las familias con jefatura femenina se presentan riesgos de castigos cuando la mujer vive solo con sus hijos, pues se infiere que la doble jornada laboral –trabajo y hogar– podría provocar momentos de estrés en estas mujeres. Otra explicación posible es que algunas no cuentan con otras personas adultas que las ayuden a hacer contención o regulación de sus impulsos y emociones (Rico de Alonso, 2006). Por tanto, una de las estrategias es consolidar una red de apoyo que vincula a la familia de origen o extensa, pero al mismo tiempo podría generar sobre ellas un control donde la convivencia se puede tornar conflictiva (Lázaro *et al.*, 2007). O puede suceder que las mujeres sean reconocidas como figuras de autoridad y por ende respetadas por los integrantes de la familia, independientemente de su conformación familiar (Arroyave y Carmona, 2012).

Siguiendo con los planteamientos que nos acercan a comprender la presente dimensión, se trae a colación el estudio de Chávez-Plazas y Romero (2013), quienes explican que “la autoridad de estas mujeres se impone a los menores a partir de unos acuerdos: la crianza de los más chiquitos también es responsabilidad de los mayorcitos mientras la mamá trabaja” (p. 282). Ante este planteamiento se resalta que las decisiones que se toman en las familias con jefatura femenina van de acuerdo con el ciclo vital de los hijos, de manera que con los “adolescentes hay un alto riesgo de que se salga de las manos el control y sean llevados a la drogadicción y el pandillismo [...]. Con los menores y discapacitados las mujeres asumen totalmente la posibilidad de decidir en el hogar” (Chávez-Plazas y Romero, 2013, p. 282).

Dicho planteamiento permite abordar el tema de roles en este tipo de familia. La mayoría de las veces el cuidado es asumido bien sea por vecinos o por hijos mayores; en este último caso se resalta la ventaja que tienen los niños en la adquisición de una responsabilidad a temprana edad, no solo para el que cuida, sino también para el que es cuidado (Rico de Alonso, 2006). Entre tanto, Arroyave y Carmona (2012) coinciden en que las mujeres jefas de familia recurren al apoyo de sus hijos en las labores del hogar, pero agregan que no hay ninguna distinción de género al momento de delegar las labores domésticas; otro apoyo al cual acuden es a la ayuda de familiares o empleadas domésticas. Sin embargo, a pesar de la ausencia del padre y de que las mujeres ejercen las funciones productivas y reproductivas en el hogar, en algunas de ellas se mantiene esa figura simbólica de familia tradicional, donde las funciones dentro del hogar son distribuidas de acuerdo al género; es decir, las hijas se ocupan de las labores de la casa y los hijos brindan una colaboración o ayuda (Arroyave y Carmona, 2012).

Por otro lado, se evidencia que estas mujeres aún desean retomar sus proyectos personales e incluso resaltan el trabajo como un aspecto importante en sus vidas, así como también lo es ser madres y brindarles a sus hijos un entorno seguro. En ocasiones esto entra en conflicto, ya que el tiempo dedicado al trabajo limita el espacio que ellas puedan compartir con sus hijos. Con respecto al cuidado de los hijos, se observan dos puntos importantes: en primera instancia, la participación del hombre en el cuidado de los niños suele darse en los estratos medios y altos, aunque no con tanta frecuencia, y además estos cuidados son enfocados en la recreación; en segunda instancia, la mujer asume los asuntos importantes de la familia, independientemente de si se encuentra sola o con el cónyuge (Uribe, 2007).

A parte de estas ideas, se puede mencionar que uno de los aspectos que ha conducido a nuevas organizaciones familiares, como el divorcio, ha tenido una implicación en los roles familiares, porque en algunos casos las mujeres deben asumir las labores productivas y las reproductivas (González de la Rocha, 1999). En este mismo orden de ideas, García y De Oliveira (2005) encontraron que tanto en las familias donde las mujeres tienen pareja como en aquellas que no tienen no se evidenció una diferencia importante con respecto a la distribución de las funciones o roles domésticos, ya que la responsabilidad en estas labores es asumida por ellas. La gran diferencia es que en los hogares liderados por mujeres se presenta una sobrecarga porque se debe responder por las labores del hogar y por la proveeduría económica.

También se identifica que en muchos casos las mujeres jefas ingresan a empleos informales para atender la demanda de cuidado de los hijos, ya que no cuentan con redes de apoyo ni poseen niveles altos de formación académica (Britto, 2012). En esta misma línea, Ariza y De Oliveira (2006) manifiestan que se han generado posibilidades para que las mujeres puedan ingresar al mercado laboral, pero esto no ha sido acompañado por la reorganización de los roles domésticos, lo que ha traído consigo la sobrecarga de funciones para las mujeres jefas de hogar.

Ariza y De Oliveira (2001) coinciden con el planteamiento anterior y agregan que la falta de experiencia en las labores productivas de estas mujeres se convierte en un factor de vulnerabilidad, y la situación se agrava si tienen mayor edad, porque esto limita su acceso al mercado laboral. A su vez, las autoras mencionan que ser jefas de hogar trae consigo múltiples conflictos entre ser mujer y su responsabilidad principal de ser la proveedora

económica de la familia. En el estudio de Lázaro *et al.*, (2007) se encontró que las mujeres jefas de familia no pueden dejarse llevar por el desaliento del trabajo, esta no es una opción para ellas, ya que su familia depende económicamente de sus labores, y además el trabajo no solo implica para ellas un sustento económico, sino que también es un aspecto importante para su desarrollo personal, en tanto que les da más autonomía, confianza y satisfacción. La percepción que tienen las mujeres en relación con el trabajo se vuelve parte significativa de su identidad. Es decir, aparte de las labores de crianza, la falta de pareja y la necesidad económica, otro aspecto que las impulsa a trabajar es propender por su desarrollo personal (Chávez-Plazas y Romero, 2013).

En este sentido, “puede afirmarse que el rol de la ‘jefatura femenina’, tiene su origen en responsabilidades tradicionales encargadas a las mujeres, extendiéndose al terreno tradicional ocupado por la figura masculina en calidad de padre o jefe del hogar” (Funlam, 2006, p. 135). En el contexto colombiano se han llevado a cabo investigaciones sobre la familia en relación con el desplazamiento forzado. Chávez-Plazas y Romero (2013) observaron que este fenómeno ha posibilitado pasar de una organización familiar patriarcal a una matriarcal. Chant (2006) introdujo el concepto de *feminización de la responsabilidad* para explicar que, “a pesar de las situaciones adversas, un sinnúmero de mujeres jefas de hogar en cualquier país del mundo ha desarrollado la capacidad de enfrentar la pobreza, motivadas por la responsabilidad y la obligación hacia sus hijos y otros seres queridos” (citado en Chávez-Plazas y Romero, 2013, p. 285).

Así, se resaltan algunas ventajas de los hogares dirigidos por mujeres, como que sus hijos son más maduros, responsables, tienen mayor implicación en el hogar y una mayor sensibilidad hacia la necesidad del otro; las decisiones se toman en conjunto y las mujeres tienen más libertad (Gately y Schwebel, 1992; Hetherington, 1999, citados en Jiménez-Lagares *et al.*, 2009). Y en cuanto a las desventajas de este tipo de composición familiar, el estudio de la Funlam (2006) observó que en las mujeres jefas se percibe algo de desconfianza, son temerosas, inseguras y sobreprotectoras. De esta forma, así como se puede presentar una serie de factores negativos en las familias con jefatura femenina, también se presentan otros aspectos positivos a resaltar. Por tanto, se creería que vivir en una familia con jefatura femenina no necesariamente implica un factor de riesgo para los niños, sino una oportunidad significativa para su crecimiento personal y social.

Conformaciones familiares con prevalencia de la jefatura femenina

El balance de los estudios tiende a mostrar que la conformación de familia extensa y monoparental son los escenarios predominantes en los que se evidencia la jefatura femenina. Ochoa (2007, citado en Arroyave y Carmona, 2012) plantea que “las mujeres pueden ser jefas de unidades monoparentales o monoparentales extensas, parentales extensas, biparentales, biparentales extensas y simultáneas extensas” (p. 36). Algunas características de la familia extensa es el mayor número de personas a cargo de la mujer y la escasa capacidad económica para cubrir las necesidades completas del hogar (Ariza y De Oliveira, 2006). Por eso, la “mujer jefa de hogar procura que haya apoyo del grupo familiar para satisfacer las necesidades del mismo. La frase ‘aquí no alcanza pa’ nada’, se repite, por lo tanto, los menores deben contribuir de alguna manera” (Chávez-Plazas y Romero, 2013, p. 284).

Se destaca el hecho de que dentro de la familia extensa se suele encontrar todavía formas ocultas de la jefatura femenina, como la que se ubica en familias extensas de varias generaciones o con presencia de parientes cercanos. “Se trata de una jefatura que no alcanza a surgir totalmente ya que la madre separada, viuda o adolescente y sus dependientes se refugian en la familia extensa por razones económicas y afectivas” (De Suremain, 1998). La otra forma está representada por las abuelas y madres que son jefas de familias extensas, pero estas no contribuyen con la fuerza del trabajo productivo; su papel se centra en mantener la cohesión familiar y las redes de apoyo para la supervivencia del grupo, lo que les atribuye cierta autoridad en la familia (De Suremain, 1998). Se podría decir que los ajustes familiares que se contemplan se ubican en el aspecto económico, al tiempo que se intenta consolidar relaciones de cercanía entre sus integrantes, parientes o personas significativas.

En cuanto a la familia monoparental, Britto (2012) sostiene que “se denomina cabeza de familia a las mujeres cuando se trata de hogares monoparentales, es decir, cuando la mujer es la única progenitora físicamente presente desempeñando todos los roles como proveedora y cuidadora” (p. 171). Entre tanto, Jelin (1994) plantea que el incremento de las mujeres solas con hijos es una realidad que puede ser explicada como una transición en el curso de la vida de estas mujeres, en tanto que ellas a futuro pueden establecer una nueva relación de pareja, por lo que pueden surgir nuevas formas de familia que se alejan del modelo nuclear completo. Retomando

el estudio de Britto (2012) realizado en Colombia, se pudo establecer que otra vía de acceso por la que se presenta la jefatura femenina está relacionada con el desplazamiento forzado, porque en la mayoría de los casos las mujeres se desplazan solas al sector urbano, sin su compañero, pero sí con sus hijos; esto hace que se presente una jefatura obligada, en tanto que ellas no eligieron serlo.

En el caso de España, Alcalde (2014) encontró que este tipo de composición familiar surge como producto del proceso migratorio, puesto que la presencia de la jefatura femenina es más frecuente en mujeres en condición de inmigrantes y que a su vez en sus países de origen también estaban conformados como familias monoparentales, o puede darse que en el país de origen tienen esposos, pero con la migración se da lugar a este tipo de composición familiar. Agrega que otra vía de acceso a la monoparentalidad tiene que ver con que estas mujeres tuvieron hijos fuera del matrimonio. En el caso de las españolas encontró que la jefatura está relacionada con el matrimonio –estaban casadas y/o separadas–. En consonancia con lo anterior, el autor revela que, según la encuesta de inmigración de 2007, las familias monoparentales “representaban 9.4% del total de hogares extranjeros encuestados. Igualmente, la encuesta indica que éstos suelen estar encabezados mayoritariamente por mujeres con una media de edad de 33.1 años y en los que conviven un número medio de 3.4 personas” (Alcalde, 2014, p. 172). Adicionalmente, sostiene que “es revelador comprobar el elevado número de mujeres solteras en los flujos procedentes de Perú, República Dominicana, Colombia, Chile y Ecuador” (p. 178).

En este orden de ideas, en el estudio de Zapata (2013) se pone en evidencia que de “1990 a 2004 en América Latina las familias monoparentales con jefatura femenina pasaron del 3% al 16%; mientras que las monoparentales con jefatura masculina pasaron del 2% al 3%” (p. 32). Y agrega que en Colombia la monoparentalidad está asociada directamente al madresolterismo y a la jefatura femenina. Se puede corroborar que actualmente se presenta un aumento significativo de mujeres jefas de familia y la problemática no radica necesariamente en que sean hogares encabezados por mujeres, se suma a esto una serie de factores negativos que inciden en el sostenimiento de este tipo de familia. Por ejemplo, la mayoría de ellas tienen bajos niveles educativos y sus ingresos son irrisorios, lo que las hace vulnerables a situaciones de precariedad. Sin embargo, Prud’homme (2003, citado en Poxtan, 2010) realizó un estudio comparativo de la situación de las familias monoparentales en países de Latinoamérica, África subsahariana,

Europa y Estados Unidos. Concluyó que en América Latina los niños de familias monoparentales dirigidas por una mujer tienen tasas más altas de escolarización y de éxito escolar que las tasas de los hijos de las familias dirigidas por un hombre.

A pesar de lo anterior, es necesario precisar que algunos estudios sostienen que los hijos de madres solteras solas tienen un bajo rendimiento escolar y mayores problemas psicológicos y sociales que los que viven con ambos progenitores (Jiménez-Lagares *et al.*, 2009). En las conclusiones del estudio de Zapata (2013) se resalta que es importante hacer una lectura más profunda del tema, porque las investigaciones que abordan la jefatura femenina como objeto de estudio se basan en una descripción cuantitativa de la situación y pocas veces se analiza la dinámica en el interior de estas familias, como, por ejemplo, sus roles, estrategias de vida y conciliación entre la vida laboral y doméstica.

Relaciones intergeneracionales y emociones de las mujeres jefas de familia

En este apartado se presentan algunos aspectos sobre las relaciones intergeneracionales y se revisa el tema de las emociones de las mujeres jefas de familia. Como se precisó anteriormente, las emociones se muestran como una categoría emergente y se considera importante mostrar brevemente algunos planteamientos al respecto. La conformación de familias con jefatura femenina se reviste de particularidades en el entramado de vínculos, alianzas y acuerdos en el escenario de las relaciones entre las distintas generaciones que forman parte de la familia. Esas relaciones se establecen, como lo menciona Meil (2011), en términos de solidaridad familiar, la cual hace alusión a las normas y prácticas de ayuda mutua entre los integrantes de la familia.

Así como la inestabilidad conyugal y algunos factores demográficos (la viudez, el desplazamiento, la migración, ser madres solteras, etc.) conducen a la conformación de familias con jefatura femenina, también han tenido una implicación sobre las relaciones intergeneracionales. Como bien se ha presentado en anteriores apartados, estas familias no necesariamente representan una desventaja para el grupo familiar; antes bien, en la mayoría de los casos se resalta que la cohesión y el establecimiento de vínculos se consolidan de manera estrecha entre sus integrantes, lo que crea un escenario óptimo para el intercambio de ayuda, que va desde lo económico y

afectivo hasta las acciones de cuidado. En efecto, Rivas (1998) coincide en que ese proceso de intercambio que se instaura a partir de los bienes y servicios posibilita acciones colaborativas entre generaciones y sostiene que estas se dan principalmente a través de la “ayuda en alojamiento, ayuda para el equipamiento doméstico, ayudas durante las vacaciones, atención y cuidado de los niños, ayuda doméstica de la madre o la suegra y otras ayudas de hermanos y parientes colaterales” (Rivas, 1998, p. 245).

De los estudios de Arroyave y Carmona (2012), Chávez-Plazas y Romero (2013), Funlam (2006) también se pudieron extraer algunas características de las relaciones intergeneracionales presentes en las familias con jefatura femenina. Una de ellas se basa en que las relaciones son dadas entre madre-hijo y madre-hijo-abuelas u otros parientes. De ahí que las mujeres jefas de familia además de recibir ayuda de los adultos que integran su grupo familiar, también se apoyan en sus hijos para el cuidado de los otros menores. Por otro lado, plantean que puede darse que las expresiones de afecto sean una manera de socialización y cercanía entre los integrantes de la familia. No obstante, es relevante tener en cuenta que en ocasiones la presencia de más integrantes en el hogar y los limitados recursos disponibles podrían generar tensiones y conflictos intergeneracionales, ya que los abuelos no siempre están de acuerdo con la forma de ejercer la autoridad de las madres. Aun así, se presentan casos en que las redes de apoyo contribuyen a mejorar las carencias económicas y afectivas.

En cuanto a las emociones, se encontró que las mujeres jefas de familia, independientemente de la edad y la clase social, manifiestan sentimientos de soledad (Cuevas, 2010). Esta misma sensación también fue observada por Cervantes (2003), quien halló que “todas las jefas de hogar sufren depresiones continuas que se traducen en tristeza, melancolía, cambios drásticos en el estado de ánimo y tienen un círculo de amistades reducido de compañeros de trabajo” (p. 47). La principal preocupación de las mujeres jefas de familia que participaron en su estudio se centró en la economía del hogar, seguida de la seguridad en el empleo y en poder brindar bienestar a sus hijos. Uno de los recursos de estas mujeres para contrapesar su situación es la fe, de manera que “la religión y su creencia en Dios constituye para gran parte de estas mujeres ‘la estabilidad emocional’, ‘la paz y tranquilidad’ necesarias para proseguir, [...] aunque no pertenecen activamente a algún grupo bíblico o de animación y reflexión religiosa” (Cervantes, 2003, p. 48).

Otro hallazgo del estudio pone en evidencia que cuando las mujeres asumen la jefatura del hogar se “sienten fragmentadas, dolidas, exigidas de sacar adelante a sus dependientes y llevando encima como estigma social su determinación y ‘fracaso’, por la osadía de haberse atrevido a imaginar, a creer, e ir en búsqueda de ‘otra forma de ser humana’” (Cervantes, 2003, p. 44). Esta situación las motiva a tener un proyecto de vida personal, independientemente de la crianza de los hijos; el trabajo, por ejemplo, les genera satisfacción porque adquieren autonomía (Arroyave y Carmona, 2012). El empleo se convierte entonces en un factor relevante para la autoestima de las mujeres jefas de hogar, dado que les permite un amplio mundo relacional con posibilidades de tener una significativa trayectoria profesional y personal (Poxtan, 2010).

Por lo general, el aspecto laboral, que comienza siendo vivido como una necesidad imperiosa en muchos casos, acaba convirtiéndose en una actividad elegida y buscada, puesto que dota de satisfacción e identidad a las madres trabajadoras. El desarrollo de una actividad laboral y el mantenimiento de sus familias es una de las fuentes que alimenta en estas madres el sentimiento de propia competencia, de autonomía y seguridad en sí mismas (Morgado *et al.*, 2001, citado en Poxtan, 2010, p. 11).

Este argumento se conecta con el planteamiento de Landero y González (2006, citado en Poxtan, 2010), quienes observaron que las mujeres jefas de hogar que trabajan tienen una mejor percepción de su salud y menor depresión, a pesar de su doble jornada laboral. Así mismo, en el estudio de Lázaro *et al.* (2005) se planteó de manera contundente que el empleo y el estudio son aspectos importantes en las aspiraciones del grupo de las mujeres estudiadas, tanto para su identidad como para el reconocimiento de sí mismas, aunque en muchos casos las condiciones económicas y las labores reproductivas no permiten concluir dichas aspiraciones.

Conclusiones

A partir del balance de los estudios, se concluye que prevalecen las investigaciones descriptivas, las cuales presentan datos demográficos sobre la presencia de familias con jefatura femenina y sus niveles de pobreza sin llegar a consensos sobre si estos hogares son los más pobres o no. Pero independientemente de ello, se evidenció una sobrecarga de las funciones

de las labores domésticas y la fuerza de trabajo. En cuanto al análisis de la dinámica familiar en relación con este tipo de familias, se pudo determinar que de las investigaciones consultadas pocas abordan directamente las dimensiones de comunicación y afectividad. Sin embargo, es usual encontrar estudios que apuntan a las otras dimensiones, como la autoridad y los roles. Si bien la comunicación es menos abordada como objeto de estudio, al analizar las otras dimensiones se observó que el proceso comunicativo transversaliza todo el entramado de relaciones familiares, en tanto que posibilita los encuentros afectivos e influye en el momento de concertar acuerdos y delegar las responsabilidades de cada integrante de la familia.

Con respecto a la dimensión de afectividad familiar, se identificó que los estudios consultados coinciden en que las manifestaciones de afecto son clave al momento de entender la dinámica familiar de las mujeres jefas de familia. Dichas manifestaciones generan un ambiente propicio para el crecimiento personal de cada integrante, ya que las personas al sentirse valoradas y reconocidas consolidan lazos de confianza y cercanía con el otro. En la dimensión de autoridad, los estudios arrojaron que por lo general en familias con jefatura femenina son las mujeres jefas las que tienen una mayor implicación en la toma de decisiones y buscan llegar a acuerdos más democráticos, permitiéndole a cada integrante de la familia expresar su punto de vista frente a algún tema familiar. Además, se observó que en muchas ocasiones estas mujeres se apoyan en los hijos mayores o en otros integrantes de la familia para el cuidado de los hijos menores y las labores domésticas. Estos hallazgos permiten inferir la presencia de una responsabilidad compartida de los roles reproductivos entre madres e hijos, dado que las acciones de cuidado apuntan de manera implícita a asumir un alto grado de compromiso en el grupo familiar.

Con relación a las tipologías familiares en las que se suele presentar este tipo de jefatura, se pudo evidenciar que han proliferado más investigaciones sobre la familia monoparental; esto tiene sentido, pues generalmente se acepta que ante la ausencia del hombre, la mujer asume la jefatura. Sin embargo, también se encontraron investigaciones que abordan la jefatura femenina en familias extensas, aunque no es frecuente hacer el análisis en esta tipología. Al respecto, se hallaron dos consideraciones. Por un lado, la jefatura en este tipo de familias se puede presentar de manera oculta, en tanto que en ocasiones la abuela no es proveedora económica, pero sí tiene incidencia importante en las decisiones del hogar. Por el otro lado, se identificó que la jefatura femenina no suele ser asumida por mujeres jóvenes.

Ahora bien, no se identificaron estudios sobre las relaciones intergeneracionales en familias con jefatura femenina. No obstante, de las investigaciones consultadas se pudieron extraer algunos aspectos a considerar sobre este tipo de relaciones. Se encontró dos factores para entender las relaciones intergeneracionales. El primero tiene que ver con cómo se establecen dichas relaciones, las cuales son dadas entre madre-hijo y madre-hijo-abuelas u otros parientes. Con base en ello, se pone en evidencia que las mujeres encuentran apoyo de los hijos en las labores domésticas y tejen relaciones afectivas que consolidan el bienestar de la familia. El segundo factor está asociado a la red de apoyo, que se convierte en un aspecto importante de protección para la familia en temas relacionados con el cuidado de los hijos, las labores domésticas y el aporte económico. Lo anterior no impide que surjan inconvenientes en el desempeño de dichas labores, en tanto que pueden aparecer conflictos en el ejercicio de la autoridad.

Otro aspecto importante identificado en algunos de los estudios consultados se centra en el tema de las emociones de las mujeres jefas de familia y sus aspiraciones personales. Estos aspectos requieren ser tenidos en consideración como objeto de análisis en las investigaciones que se adelanten sobre estas mujeres, puesto que son muy escasos los estudios referentes a las emociones, como por ejemplo la tristeza que experimentan o el sentimiento de soledad. El abordaje de estos temas le permitiría al profesional comprender de manera integral la dinámica familiar que se entrelaza con los aspectos emocionales, ser madres y mujeres, y el contexto circundante de este grupo poblacional. Como apuntes para la intervención terapéutica en este tipo de familias, se hace necesario reconocer las prácticas y creencias que se instauran alrededor del género, el elemento del poder y la desigualdad. Contar con una visión crítica del contexto familiar y mantener una postura sensible en relación con el tema del género le posibilita al profesional adentrarse en un sistema terapéutico mediado por simetría de las relaciones humanas, alejándose de posibles reafirmaciones de desigualdad instauradas en la sociedad.

Referencias

- Alcalde, R. (2014). Mujeres latinoamericanas inmigrantes jefas de hogares monoparentales en España. *Migraciones Internacionales*, 7(3), 166-190. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15129957006>
- Ariza, M. y De Oliveira, O. (2001). Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición. *Papeles de Población*, 7(28), 10-39. <http://www.redalyc.org/pdf/112/11202802.pdf>
- Ariza, M. y De Oliveira, O. (2006). Familias, pobreza y desigualdad social en Latinoamérica: una mirada comparativa. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 22(1), 9-42. <http://www.redalyc.org/pdf/312/31222102.pdf>
- Arroyave, M. y Carmona, R. (2012). *Significados y prácticas sociales construidas por un grupo de mujeres jefas de hogar del municipio de Medellín acerca de sus funciones familiares* (tesis inédita de maestría). Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.
- Britto, D. (2012). *La búsqueda de justicia desde los microespacios de la política: organizaciones de mujeres desplazadas en Colombia*. Amsterdam Institute for Social Science Research (AISSR). <http://dare.uva.nl/record/1/392623>
- Cervantes, C. (2003). Rutas de acceso a la jefatura femenina de hogar. *Géneros: Revista de Análisis y Divulgación sobre los Estudios de Género*, 10(30), 39-48.
- Chávez-Plazas, Y. y Romero, Y. (2013). Jefaturas femeninas: una aproximación a la feminización de la pobreza y de la responsabilidad en familias desplazadas por la violencia. *Tabula Rasa: Revista Humanidades*, (18), 277-286.
- Cuevas, A. (2010). Jefas de familia sin pareja: estigma social y autopercepción. *Estudios Sociológicos*, 28(84), 753-789.
- DANE (2018). Resultados Censo Nacional de Población y vivienda <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/cnpv-2018-presentacion-3ra-entrega.pdf>
- De Oliveira, O. y García, B. (2005). Mujeres jefas de hogar y su dinámica familiar. *Papeles de Población*, (43), 29-51.
- De Suremain, M. (1998). ¿Quiénes son y cómo viven las mujeres jefas de hogar? Aspectos socio-económicos y culturales. *Revista Javeriana*, 131(648), s.p.
- Esquivel, M. (2000). Hogares encabezados por mujeres: un debate inconcluso. *Sociología*, 15(42), 231-256.
- Fernández, T. y De León, L. (2011). *Trabajo social con familias*. Ediciones Académicas.
- Fuentes, L. (2002). *El origen de una política: mujeres jefas de hogar en Colombia, 1990-1998*. <http://www.bdigital.unal.edu.co/1315/#sthash.GDWFk37a.dpuf>
- Fundación Universitaria Luis Amigó. (Funlam). (2006). *Dinámicas internas de las familias con jefatura femenina y menores de edad en conflicto con la ley penal: características interaccionales*. Grupo de investigación: familia, desarrollo y calidad de vida. Fundación Universitaria Luis Amigó. Facultad de Desarrollo Familiar. Línea de Investigación Calidad de Vida.
- Galeano, M. (2014). *Diseño de proyecto en la investigación cualitativa*. Fondo Editorial Universidad EAFIT.

- Gallego, A. M. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (35).
- Gomila, M. (2005). Las relaciones intergeneracionales en el marco de la familia contemporánea: cambios y continuidades en transición hacia una nueva concepción de la familia. *Historia Contemporánea* 31, 505-542.
- Gutiérrez, C. y Testa, A. (2009). Una problemática de las mujeres en Argentina: las jefas de hogar y el liderazgo en las organizaciones económico-sociales. *La Aljaba*, 13(13). http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1669-57042009000100011&script=sci_arttext
- Jelin, E. (1994). Las familias en América Latina. Familias siglo XXI. Ediciones de las Mujeres, 20.
- Jiménez-Lagares, I., Morgado, B. y González, M. (2009). Familias de madres solteras solas: circunstancias, vivencias y ajuste psicológico infantil. *Cultura y Educación*, 21(4), 403-415.
- Lázaro Castellanos, R., Zapata, E. y Martínez, B. (2007). *Jefas de hogar: cambios en el trabajo y en las relaciones de poder*. <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n28/n28a9.pdf>
- Lázaro Castellanos, R., Zapata, E., Martínez, B. y Alberti, P. (2005). Jefatura femenina de hogar y transformaciones en los modelos de género tradicionales en dos municipios de Guanajuato. *La Ventana*, (22), 219-268. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88402210>
- Meil, G. (2011). Individuación y solidaridad familiar. Colección Estudios Sociales, (32). <https://observatorisocial.ad/files/205/ESTUDISFORA/272/Fundacio-LA-CAIXA.Individuatzacio-i-solidaritat-familiar.pdf>
- Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. Edisa Editorial.
- Naciones Unidas. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. A/CONF. 197/9*. <http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/relacintergenercnales.pdf>
- Navarro, A. (2010). ¿Mujeres proveedoras y jefas de familia? Nuevas realidades rurales en localidades de la región zamorana. *La Ventana*, (31), 139-171. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362010000100007
- Otero, F. (1975). *Autonomía y autoridad en la familia*. Eunsa.
- Peña, S. (1995). *Características de la jefatura de hogar femenina en Venezuela*. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/21375>
- Poxtan, M. (2010). *Familias monoparentales con jefatura femenina en México* (tesis inédita de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Rico de Alonso, A. (2001). Familia, género y pobreza urbana en Colombia: supervivencia y futuro. *Papel Político*, (13), 115-135.
- Rico de Alonso, A. (2006). *Jefatura femenina, informalidad laboral y pobreza urbana en Colombia: expresiones de desigualdad social*. <http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=25526>
- Rivas, A. M. (1998). Solidaridad familiar e intercambio generacional en contexto urbano. *Anales de la Fundación Joaquín Costa*, (15), 239-250.

- Uribe, P. (2007). Familias monoparentales con jefatura femenina, una de las expresiones de las familias contemporáneas. *Tendencias y Retos*, (12), 81-90.
- Zapata, J. (2013). *Familias monomarentales y monoparentales y su relación con los hijos e hijas adolescentes según el nivel socioeconómico y el sexo* (tesis inédita de doctorado). Universidad Pablo de Olavide.

Capítulo 2. Padres y adolescentes: miradas en torno al uso de las redes sociales como medios de socialización

Ana Verónica Giraldo Ruiz¹

Resumen

A partir de la investigación titulada “Familias con adolescentes: a propósito de las comunidades y redes sociales virtuales como nuevas formas de socialización”, efectuada en el año 2013, se presenta en este capítulo los hallazgos emergentes en torno a las miradas de padres (en este contexto se decide usar la palabra *padres* independientemente del género) e hijos en relación con el uso de las redes sociales como forma de socialización y sus implicaciones en la etapa evolutiva de la adolescencia. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a diez padres de familia con sus hijos. Este estudio es de corte cualitativo y tiene un enfoque fenomenológico. Se concluyó que la aparición de las redes sociales permite la incursión a nuevos modelos de comunicación, sin sustituir la comunicación directa por completo entre los jóvenes; para los adolescentes participantes siguen primando las relaciones físicas sobre las virtuales. En cuanto a los padres entrevistados, se evidencia una preocupación más por el tiempo que los adolescentes usan las redes sociales que por los contenidos que allí se comparten. Algunos padres aprecian de manera favorable la presencia de los avances en las tecnologías, mientras que otra parte refiere tener una mirada desfavorable por las implicaciones y la lejanía que en ocasiones genera en el vínculo con los hijos.

Palabras clave: familia, adolescencia, redes sociales, comunidades virtuales, dinámicas familiares.

¹ Socióloga de la Universidad de Antioquia. Especialista en Familia y magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Terapeuta en el Centro de Familia de la UPB y docente de postgrado en la UPB y la Corporación Universitaria Minuto de Dios. Correo electrónico: ana.giraldu@upb.edu.co

Introducción

El tema de la familia en la actualidad se ha convertido en un proceso inagotable desde la actuación profesional, académica y personal. La familia se ha constituido en centro de estudio interdisciplinario, en el que el cambio es la constante a partir de los desafíos que debe asumir en contextos de transformaciones aceleradas. A su vez, el abordaje familiar implica proceder en consecuencia con las vicisitudes que se presentan.

Se entiende el concepto de *familia* desde autores como Quintero (2007), quien afirma que:

La familia se representa y se construye; siempre que hablamos de ella y la describimos, la cuestionamos, la ensalzamos o la rechazamos. Familia no es solo un conjunto concreto de vínculos o lazos sociales, sino una forma de asignar significados a las relaciones interpersonales. El uso del lenguaje constituye un aspecto principal de la organización social de la familia y está mediada por la intra y la intersubjetividad. (p. 25)

En esta misma línea, Hernández (1997) plantea que la familia es una construcción social contenida de valores sociales, religiosos y políticos, en la cual cada núcleo familiar forma parte de un sistema social más amplio que lo modifica y lo concreta determinando su identidad como familia. Como grupo de convivencia, basado en el parentesco y como espacio de socialización primaria del individuo, es transmisora de normas, valores e identidades. En términos más cercanos, es el lugar donde se concentran los esfuerzos, se cultivan valores, se ofrece amor y respeto, y se enseña a amar y vivir.

El grupo familiar de origen, plantea Brizuela (2011), es un poderoso agente formador de la personalidad del individuo e influye decisivamente en el desarrollo y sostén de la sociedad misma. La familia como institución expresa el conjunto de valores de la sociedad en la que tiene lugar, a la vez que complementa toda una serie de normas y patrones que se reproducen de generación en generación en cada individuo en particular.

Pensar en el escenario familiar nos lleva indispensablemente a un encadenamiento de situaciones, encuentros, desencuentros, emociones, dinámicas, narrativas y relaciones; la familia es quien prepara a sus integrantes para encarar con criterio el mundo y la sociedad cambiante. La socialización de los hijos y en especial de los adolescentes se da paulatinamente con otros

agentes sociales, en espacios diversos y, en menor medida, en el ámbito familiar; las instituciones educativas, los grupos y los pares se configuran como espacios válidos para la socialización más temprana. El uso del tiempo libre denota patrones individuales y no colectivos, que marca la entrada a una era posmoderna. En términos de Vattimo (1990), se trata de una era que se suscribe en los medios de comunicación, una sociedad más compleja, basada en la existencia de una hiperrealidad sin sentido; en consecuencia, un proceso constante de deconstrucción de la realidad que vivimos. Siguiendo esta idea, hablar de redes sociales virtuales es hacer referencia a novedosas plataformas de comunicación en línea, en red, que están constantemente revolucionando las formas de relacionarse.

La suma de una variable compleja, como la virtualidad, mezcla factores espacio-temporales que desdibujan las fronteras de las relaciones y trae con ello la posibilidad de interactuar con otras personas, aunque no sean conocidas. Permite la construcción constante a partir de los aportes de cada sujeto, lo que transforma al grupo en otro nuevo. Para algunos adolescentes esta forma de relacionarse es favorable, en proporción con el proceso de individualización de la sociedad y con la falta de tiempo para establecer y disfrutar de las relaciones sociales personales.

La pertenencia a comunidades y redes sociales virtuales satisface algunas necesidades, como mantener la identificación con un grupo o establecer relaciones, pero al mismo tiempo que consiguen compensarlas, potencia las tendencias que las crean. Aunque es posible que la comunicación sea cada vez más fluida, de manera directa incide en el detrimento del disfrute en persona de las relaciones sociales; estas permiten la conexión con más personas y generan una identidad digital que va en la línea de la individualización del sujeto. Illouz (2007) expone en este sentido que existe un riesgo: que las relaciones sociales se vuelvan más superficiales o ligeras, y pierdan parte de la intimidad representada en el acercamiento físico.

Ahora bien, este capítulo está orientado a presentar los hallazgos emergentes en torno a las miradas de padres e hijos entrevistados con relación al uso de las comunidades y redes sociales virtuales como nuevas formas de socialización. A la par se generan reflexiones en el marco de la teoría constructorista, en tanto se entiende la realidad de cada familia como una construcción particular. Inicialmente se presenta al lector los aspectos metodológicos, posterior a ello se plantean los hallazgos y el análisis del estudio, y finalmente las conclusiones del capítulo, con la esperanza de que sea esta

una propuesta novedosa en temáticas que nos convocan en el estudio de las familias y, aunque lejos de ser un producto acabado, es el comienzo y una invitación para la disertación, el debate y el análisis interdisciplinario pertinente en nuestro medio.

Metodología

Dada la naturaleza de la investigación, se suscribió en una metodología cualitativa. Se tuvo en cuenta que el conocimiento es un producto construido desde lo social, su producción colectiva es transversal e influenciada por percepciones y significados de quienes participan, que en últimas son aquellos que construyen la realidad particular. La importancia de esta metodología, según Galeano (2004), radica en “la construcción misma de la realidad desde los actores, esa realidad subjetiva e intersubjetiva vista desde la perspectiva de cada uno tomando la vida cotidiana como escenario básico de construcción y desarrollo científico” (p. 82).

La investigación se orientó a través de continuos hallazgos. La interacción con las familias fue fundamental para “visualizar la mirada de los otros y fundar entonces una comprensión y un conocimiento sobre su realidad social y cultural” (Galeano, 2007, p. 82). En este sentido, fue vital escuchar de primera mano las construcciones desde las vivencias de los participantes. Fue relevante para este estudio la percepción de cada padre de familia y cada adolescente sobre el uso de las redes sociales.

Como enfoque metodológico se acudió al fenomenológico (Taylor y Bogdan, 2010); así, la investigadora dialogó con las familias para comprender las dinámicas familiares y las relaciones entre padres e hijos, en familias con adolescentes, en torno a las redes sociales y comunidades virtuales como nuevas formas de socialización. Cabe reconocer, como lo plantea Vela (2004), que “la adopción de un método particular condiciona con mucho las técnicas de recolección y el análisis de la información de interés. Este conjunto de decisiones determina en buena medida la estrategia de investigación” (p. 65). En este sentido, se privilegió un abordaje cualitativo con la intención de construir una relación directa con el relato, la historia, la vivencia y la visión de los actores.

La técnica que se empleó para recolectar la información en el ejercicio investigativo fue la entrevista semiestructurada. La entrevistadora tuvo conocimiento de los tópicos a tratar y también propició libertad al participante para desarrollar el tema, a partir de la reconstrucción del lenguaje. Esta técnica posibilitó una lectura de las vivencias de las familias, pues los padres e hijos manifestaron sentimientos, deseos, pasiones y emociones. Además, permitió el análisis de los sucesos por medio de las develaciones de los participantes. Entre las ventajas de esta técnica, según Vela (2004), está que “el entrevistador lidera el tema y guía la entrevista, en la medida en que el informante se desvíe del tema; la libertad y los espacios dan al entrevistado la posibilidad de ampliar su narración, sin que ello implique apartarse del tema” (p. 76).

El ejercicio se construyó a partir de la formulación de preguntas generales, las cuales permitieron generar información de valor para la construcción de los análisis pertinentes. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de una hora y quince minutos, y el registro se hizo mediante grabaciones en audio, previa autorización de las personas entrevistadas, quienes firmaron un consentimiento informado.

Presentación de la población

El grupo de participantes en esta investigación estuvo integrado por familias con hijos adolescentes entre los doce y los dieciocho años, y que económicamente dependieran de sus padres. Por cada estrato socioeconómico –del 2 al 5– se seleccionaron dos familias.

En cuanto a la conformación familiar, se contó con seis familias nucleares, dos extensas, una ensamblada y otra monoparental con jefatura femenina. De manera generalizada, los adolescentes adelantaban estudios de secundaria entre sexto y undécimo grado, y la mayor parte de los padres manifestaron tener estudios de posgrado, con un total de seis de los diez padres entrevistados; seguido por estudios de secundaria, con tres padres, y finalmente estudios tecnológicos, un padre. La convocatoria inicial se dirigió sin distinción a padres y madres; no obstante, las madres atendieron esta invitación en mayor medida. Se contó finalmente con nueve madres y un padre. Todos los participantes de la investigación, en su momento, residían en la ciudad de Medellín.

La selección de las familias se hizo de manera intencional, pues se buscó que cumplieran los requisitos definidos. En algunos casos se procedió en cadena o bola de nieve; es decir, luego de encontrar un caso perteneciente al grupo objeto de investigación se le solicitó que derivara a otro, este llevó al siguiente y así sucesivamente hasta alcanzar el nivel de información que se requirió para finalizar la investigación (Quintana, 2006).

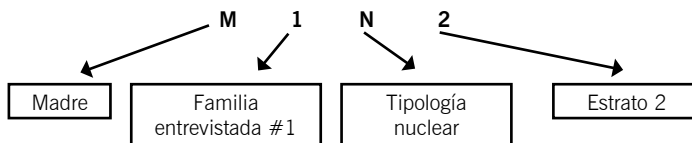
Codificación de la información

Para el proceso de codificación se asignó un número, símbolo o letra a las diferentes alternativas de cada respuesta, con el fin de facilitar el proceso de identificación y análisis. El método que se eligió para codificar las familias participantes permite referenciar cada relato de manera sencilla: los diez padres entrevistados se señalaron con una M o P para indicar *madre* o *padre*, respectivamente; luego se adjudicó un número según el lugar que ocupa la familia en el orden de entrevista; le siguió una letra que corresponde a la inicial que indica la tipología familiar según la clasificación que propone Minuchin (1979); finalmente se indicó el estrato socioeconómico de la familia.

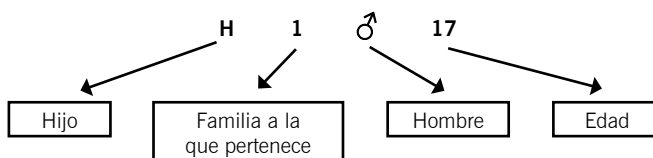
En el caso de los diez hijos entrevistados, la codificación utilizada estuvo compuesta por H, que representa hijo, acompañada de un número ordinario que representa el número de familia a la que pertenece, además de un ícono gráfico, ya sea ♂ para masculino o ♀ para femenino y, por último, un número que define la edad del adolescente.

Figura 1. Codificación

Ejemplo codificación Padres:



Ejemplo codificación hijos:



Consideraciones éticas

En cuanto a las consideraciones éticas en este ejercicio investigativo, debe precisarse que se acogió los planteamientos de Galeano (2004). Se utilizaron fuentes de audio producto de la grabación de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a padres e hijos, y se diseñó y usó el consentimiento informado para cada familia participante. Se conservó la confidencialidad de las personas participantes, manteniendo la información en contexto. Se respetaron las fuentes de información, con la citación y referenciación propuesta por las normas APA séptima versión, a fin de distinguir la construcción teórica previa de los aportes y contribuciones elaboradas por la investigadora.

Hallazgos y análisis

En este apartado se hace referencia a la perspectiva que padres e hijos participantes de esta investigación construyeron y aportaron desde sus discursos y vivencias en torno al uso de las redes sociales como medios de socialización.

La familia: su papel en la coyuntura mediática

El arribo de las nuevas tecnologías de la información y, con ellas, el empleo de las redes sociales, marca el inicio de configuraciones diferentes a las ya conocidas en la socialización de los jóvenes, dado el componente facilitador en el campo de la comunicación y el reconocimiento de su influencia en el proceso de socialización secundaria. De ahí que la realidad que viven los padres con hijos no solo en la etapa de la adolescencia, sino cada vez a más temprana edad, esté llena para unos padres de incertidumbre e incompreensión, que para unos surge del desconocimiento, y para otros, de naturalidad y acogida, ya que aceptan de manera práctica estas nuevas dinámicas de comunicación.

La paradoja que se vive entre lo privado y lo público permite visibilizar las bondades de los avances tecnológicos y al mismo tiempo la transformación esencial de los conceptos de privacidad, intimidad y autonomía propia y voluntaria, en relación con cómo, cuándo y con quién se interacciona en el ciberespacio. Ese ciberespacio es un contexto metafísico mediado por lo

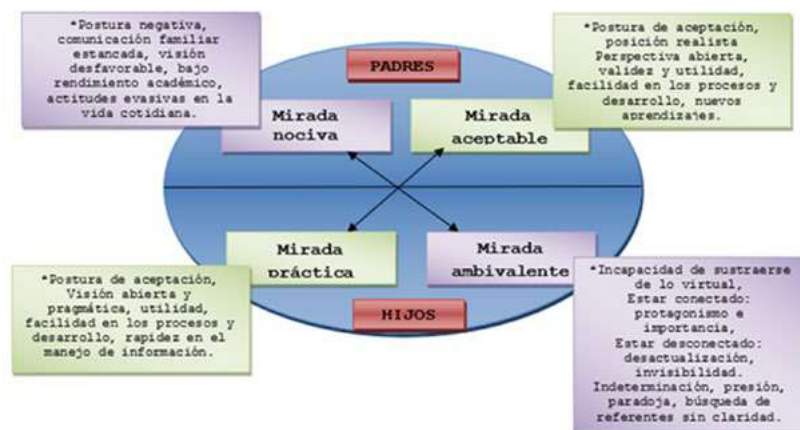
virtual e impalpable, que materializa una realidad subjetiva con la posibilidad de ser interpretada de formas diferentes dependiendo de quién accede a ella, con espacios propios para cada sujeto, que pasan de lo privado a lo público mediante una tenue línea divisoria. Lo anterior implica la mediatización de la vida de las personas, la invasión de otras redes y la idea seductora de ser espectadores de la vida privada de otros. Por tanto, se vuelve imprescindible repensar la forma en que se afecta o no la intimidad y la privacidad en la esfera familiar con el fenómeno de las redes sociales en un contexto de revolución informática, en particular entre los adolescentes, que están más proclives a sucumbir en el infinito mundo de lo virtual sin límites distinguibles.

El papel mediático y socializador de estos espacios virtuales se torna inoculable en el campo de la familia; influye en su funcionamiento, su estructura y sus dinámicas. Evidencia una vigilancia por parte de los padres, lo que implica saber dónde están sus hijos y qué hacen frente a sus computadoras. Pero más allá de esto, desconocen con quién interactúan o se relacionan, una realidad que cada vez es más inmediata y en ocasiones enigmática, ya que los referentes emocionales y afectivos se distorsionan, a la par que se desdibujan las nociones de espacio y tiempo.

Los relatos, los metarrelatos y las narrativas de quienes forman parte de esta construcción hacen de este un ejercicio más que de confrontación entre padres e hijos, de reflexión. Los padres se piensan a través de sus hijos y viceversa, y surgen posiciones que amplían el panorama de estudio. Los entrevistados piensan en situaciones que no se habían preguntado y que van nutriendo la estructuración creativa de imaginarios y referentes que emergen de cada narración.

El siguiente esquema intenta graficar algunas tendencias que surgen de los discursos analizados, tanto de los padres como de los hijos adolescentes. Permite ver las perspectivas de los padres y los hijos respecto al uso de las redes sociales, lo que en la investigación se ha nombrado *las múltiples miradas*.

Figura 2. Esquema tendencias múltiples miradas



Padres: mirada nociva

En esta tendencia se identifica un modelo desfavorable, marcado por la perspectiva negativa del entorno informático y, en esta misma línea, de las redes sociales. Aparecen relatos como los siguientes:

Si no existieran las redes sociales como el Facebook, hablar con los otros, hacer amistades, chismosear, tendría más gracia. (M5m4)

Ese es el peor invento, las redes sociales atontan e idiotizan a los muchachos y su uso es motivo de discusiones en la casa. (M7N5)

Hay cosas que no es conveniente que los muchachos aprendan, que no son útiles ni benéficas: los peligros a los que se exponen, la gente mal intencionada que hay por ahí para los niños, los adolescentes, y más para los que pasan tanto tiempo solos. (M4N3)

Estos testimonios dan cuenta tal vez de una perspectiva de añoranza por lo pasado, por relaciones parentofiliales “armónicas”, que comparten todo, sentados en torno a la mesa. El tema de la incursión de las nuevas tecnologías y con ello de las redes sociales a los hogares replantea el debate de los cambios y vicisitudes que no son ajenos a la familia. Lo decía Minuchin (1979) y aún sigue prevaleciendo: los cambios percibidos invariablemente

se orientan desde la sociedad hacia la familia, de ningún modo desde el componente más pequeño al mayor; la familia cambia porque es permeada por la sociedad y sus avances. Así, la familia se establece como un dispositivo abierto en innovación constante, envía información y toma información de su entorno. La pertinencia de esta mirada es clara. La familia evoluciona, cambia, se reconstruye y es reconfigurada por sus miembros, a la vez que por la sociedad.

El amplio mundo de las nuevas tecnologías representa un cúmulo de aspectos, productivos y también no tan ventajosos. Esos contenidos son para estos papás los males insertos en la historia de hoy. Estos padres viven la desconfianza por lo desconocido, y la virtualidad se constituye en un asunto incomprensible para ellos: ¿cómo es posible pasar tanto tiempo frente a una pantalla y desentenderse de lo que pasa alrededor?, es el interrogante común. Además, consideran que la comunicación en las familias se estanca, puesto que la atención de sus hijos se ve absorbida por el encantamiento virtual, del que muy poco comprenden.

Con el uso de las redes sociales se afecta la comunicación familiar. Eso hace que a veces nos hablemos menos, por estar más pendientes de lo que pasa en la red social que lo que pasa en la casa. Yo creo que él se queda muy metido en su red y no se da cuenta de lo que pasa, a veces uno le habla y no contesta, toca tocarlo para que se percate que lo están llamando, él no se da cuenta, pero uno que lo ve sí se da cuenta. (M4N3)

En este contexto posmoderno, tal como lo plantea Vattimo (1990), hay un giro de la mirada a las pantallas; en ellas se hallan configuraciones subjetivas impensables. Para muchos padres recrean temores, miedos y sospechas, que se prohíben ahondar; se niegan a abrir y descubrir esos nuevos escenarios, llenos de sombras según ellos, pero que sus hijos adolescentes sin recelo sí enfrentan y se apropian de esta realidad virtual.

Las nuevas tecnologías, y con ellas las redes sociales y sus comunidades, han avanzado a altas velocidades en la contemporaneidad, a tal punto de que no se concibe la vida sin ellas. Correos electrónicos, buscadores, redes sociales, comunidades de conocimiento; vivimos en la era digital, en la cual los adolescentes adquieren una alta competencia (Fernández, 2014). Por tanto, es necesario estar atentos al uso que los adolescentes hacen de estas tecnologías, porque no están exentos de peligros.

El problema es que cuando los muchachos usan el Facebook, inmediatamente la familia se divide, cada uno se va a hacer sus cosas por su lado y el que está conectado ni cuenta se da de lo que pasa a su alrededor (M4N3).

Por ese Facebook hemos tenido muchos problemas, hasta el punto de suspendérselo, porque ¿en qué cabeza cabe que una niña de trece años tenga más de cinco mil amigos, sin saber quién es quién? ¡Eso es hasta peligroso! (M5m4).

Esta visión desfavorable por parte de algunos padres con respecto al uso de las redes sociales de sus hijos invita a una reflexión sobre el beneficio o la contribución personal que estas puedan hacer a sus vidas. Según esta postura, la ganancia es mínima. Un mundo imposible de conocer por completo, que genera crisis en el seno de la familia, impide descubrir una realidad diferente con una cara útil de las redes sociales, la cual otros padres y adolescentes sí visualizan.

En conexión con lo anterior, autores como Osorio y Millán (2020) refieren que el uso por parte de adolescentes de las nuevas tecnologías, entre ellas las redes sociales, ha sido una preocupación constante de padres de familia y docentes, quienes consideran que estas conllevan impactos negativos en el comportamiento, actitudes, bienestar y seguridad de los adolescentes, lo que afecta el desempeño de estos en diferentes contextos de la vida.

Creo que no es mucho que las redes sociales contribuyan a la formación personal de ellos, eso es como muy vacío lo que hacen ahí. Como que tengan un provecho para la vida es casi nulo. Es mi punto de vista como adulto. Uno ve eso como una perdedera de tiempo. (M4N3)

La llegada del computador a la casa, que fue hace un año, fue para nosotros un dolor de cabeza. Fue un regalo de un familiar, pero para mí ha sido el peor regalo. Yo ni miro esa vaina, eso lo manejan él y el papá. Nunca mi hijo había perdido materias y en el segundo período perdió dos y entonces el castigo fue no más computador, y para él eso es mortal porque no se puede volver a conectar con los amigos. En este momento está castigado, así le duela, pero no. (M7N5)

El uso de redes sociales y de medios informáticos en general se configura como una fuente de males para algunos padres. El bajo rendimiento académ-

mico y las actitudes evasivas de la vida cotidiana de la familia, que pueden considerarse ajustes propios de la etapa de la adolescencia (Hernández, 1997), en ocasiones terminan siendo acuñados a estos recursos. Si bien se les reconoce en parte un carácter positivo a las redes sociales, en tanto posibilitan medios alternos para contactarse con otros, no se desconoce que han empezado a interferir en los actos de sus hijos, cada vez más inmersos en estas formas de comunicación no tan convencionales.

En concordancia con lo anterior, Sotomayor *et al.* (2019) plantean que “las redes sociales poseen una gran importancia en la vida de los adolescentes y la labor de las familias resulta imprescindible para aprovechar las posibilidades que ofrecen y frenar los peligros que suscitan” (p. 183). De tal manera que padres y cuidadores deben estar abiertos a nuevos aprendizajes, entre otras cosas porque los cambios que los adolescentes generan no solo están dados en las nuevas formas de interactuar, sino también en aspectos cotidianos y coherentes con la etapa evolutiva que transitan.

Padres: mirada aceptable

De acuerdo con los resultados del estudio, se ve marcada la convicción de una realidad inevitable, en la que el uso de las nuevas tecnologías, la comunicación a partir de plataformas especializadas y las redes y comunidades virtuales como escenarios de construcción de ambientes etéreos alternos a los que se viven en la realidad misma enmarcan el pensamiento de algunos padres de familia que atraviesan el proceso de la adolescencia de sus hijos quienes se muestran inspirados y curiosos por los modelos comunicativos y de interacción adoptados por ellos.

La evidencia de una postura más abierta y benevolente con respecto al arribo de las nuevas tecnologías en el ámbito familiar va más allá de lo útil que pueden ser. Entender que es infructuoso pretender volver atrás o abstraerse de los avances tecnológicos que día tras día se visibilizan cabe en esta tendencia, la cual se ve plasmada en los discursos recogidos:

Decir que uno pueda cambiar a estas instancias de la vida es muy difícil, porque el medio ambiente, el entorno en el que se vive, es difícil. Es tratar más bien de asimilar el cambio de forma de vivir a la que nosotros vivimos en tiempo atrás cuando teníamos la edad de ella. (P1Ex2)

Yo pienso que no hay problema en que se conecte y dialogue con sus amigos. Yo considero que como ella está joven es un momento y en una etapa de su vida donde debe estar ubicada en ese medio, debe estar conociendo las cosas que pasan a nivel mundial. Yo veo un beneficio. Yo no conozco todos los amigos que ella tiene, pero sí como padres hemos hablado sobre el cuidado y la medida con esas personas que de pronto se conectan y no conoce, le advertimos no dejarse “sonsacar” ni dejarse asombrar por las cosas que en algún momento le digan. (P1Ex2)

Ver de manera amplia esta realidad mediática que circunda a las familias es un punto de partida que posibilita apreciar en las redes sociales un campo válido, desde la utilidad que pueda brindarse. Además, permite reconocer que entre el uso y el abuso hay solo un paso, y apreciar las bondades, pero también las limitaciones de este terreno abonado para la rápida implementación en las generaciones interactivas de las redes sociales.

De acuerdo con García (2013), internet ofrece importantes oportunidades para los adolescentes en entretenimiento, formación, comunicación y participación. De igual manera, el uso de las tecnologías posibilita el desarrollo de habilidades en línea, imprescindibles para una integración plena en la sociedad red. No obstante, no se debe desconocer que internet oculta riesgos a los que los adolescentes están expuestos: uso compulsivo de este, contactos con extraños, contenidos inapropiados, exposición de la privacidad, entre otros.

Las redes sociales en parte son buenas herramientas, por ejemplo para comunicarse o reencontrarse con compañeros. Yo pienso que hablar abiertamente sobre los peligros y hacerlos conscientes es lo primero, por eso mi hijo tiene una gran ventaja sobre los demás muchachos, creo yo, porque hemos visto programas y noticias sobre lo que pasa, que hay peligro; él es muy consciente. (M4N3)

Esta mirada de aceptación con respecto al uso de las redes sociales va acompañada de una postura realista y de apreciación por los cambios inminentes en las nuevas formas de acceder a la formación. La intención de ver elementos valiosos para el desarrollo, la comunicación, la facilidad de los procesos, la implementación de recursos en general en torno a la socialización de los adolescentes implica reconocer que el tema de los avances tecnológicos es irreversible. Lo anterior conlleva para estos padres

impregnarse de esta realidad que no puede considerarse ajena a las familias ni mucho menos lejana de quienes acompañan a los adolescentes. Así, autores como Prete y Redón (2020) plantean un debate sobre los desafíos y las oportunidades de las redes sociales para los adolescentes, en tanto las tecnologías de la información y la comunicación cada vez son más relevantes en la vida diaria y hacen presencia en uso y vivencia constante, donde lo real y lo virtual no se logran separar y cuyas fronteras no se distinguen, sobre todo para los adolescentes.

Yo pienso que los muchachos deben aprovechar los recursos que tienen, las cosas buenas que se encuentran en las redes sociales, porque las tiene. Y uno no puede ser negado a eso, hay que sacar provecho. (M5m4)

Y las mamás debemos tener mucho tacto, para saber cómo se llega a los jóvenes y cómo se limitan y saber de qué se trata, por lo menos saber cómo funciona; eso es fundamental. Los papás deben entender que hay una edad en la que uno debe ser más amigo que papá, sin dejar de lado las reglas que se tienen en la casa. (M5m4)

Conectado con lo anterior, autores como Zalbidea (2018) plantean que los padres de familia tienen tres opciones a la hora de enfrentar la actualidad con sus hijos en esta realidad mediática. La primera es *negarse a que usen las pantallas*, cerrarse en banda, mirar para otro lado y retrasar el momento de enfrentarse a ello, porque por la edad que tienen los hijos quizá todavía es posible. La segunda es *dejar barra libre* de pantallas y que se organicen ellos, porque todavía no dan muchos problemas y los hijos ya saben lo que están haciendo mejor que los padres. Y la tercera posición es situarse en *el término medio*. El consejo de la autora es ubicarse en esta última, aunque sea más exigente; requiere educarse para educar, enterarse para orientar, a fin de no negar una realidad que es inminente.

Si bien atribuyen elementos dinamizadores y enriquecedores de los procesos de comunicación y socialización a las redes sociales, estos padres no desconocen que hay peligros más allá de lo que se alcanza a percibir. Pero la posibilidad de ver de forma natural o abierta esta situación propicia una apertura en la relación parentofilial, que facilita el tema de las negociaciones y los conflictos en torno a estos aspectos. Conocer de qué se trata, analizarlo y pensarlo en conjunto ayuda, según ellos, a ver de manera crítica estos espacios, más allá de controlar o prevenir de forma desmedida.

Esta situación provoca brechas con respecto a las diferencias generacionales entre padres e hijos. Se reconoce que las familias no son ajenas a las crisis y que el uso de las redes sociales no son la causa, como otros padres creen, de los conflictos que se generan dentro de los hogares; puede que detone problemas, pero no necesariamente se constituyen en la raíz de todos los males. Hay una intención por ver más allá, pues algunos de los padres participantes coinciden en afirmar que cuando sus hijos están más conectados a alguna red social es cuando el entorno y los espacios no son favorables para experimentar otras actividades; que un adolescente pueda moverse en otros contextos alternos a los académicos limita en gran medida el uso excesivo de las redes sociales.

El no tener una actividad diferente para hacer lleva a que ella esté más tiempo conectada. [Si está] “desparchada”, no tiene tareas, no hay academia, no hay un programa interesante que hacer, entonces “bueno, vamos a conectarnos”. Y encuentra muchos “desparchados” [risas], a ver qué se cuentan, y por lo general por ese mismo medio arman planes, “que no estamos haciendo nada, nos vemos en tal parte” y arman el parche. Yo he visto que en la medida en que ellas tengan más actividades, están menos pegadas en las redes sociales. (M5m4)

Retomando a Zalbidea (2018), el proceso de educarse en el conocimiento de las redes sociales es constante y lleva su tiempo. Esto es, trazar el recorrido más adecuado hacia ese ansiado bienestar digital implica una relación sana de la tecnología en el hogar, una tarea para cada padre de familia de manera particular de acuerdo con las necesidades del momento evolutivo que se atraviesa.

Hijos: mirada ambivalente

Esta perspectiva, de la que algunos adolescentes aceptan formar parte, tiene que ver con la dificultad de sustraerse de esa realidad virtual que invade sus mundos. Creen que fuera de ella pierden importancia y protagonismo, y se sienten sometidos y presos de las redes sociales, pues desconectarse implica desactualizarse y perder contacto con otras personas. Pero es allí también el espacio en el que ellos tienen relación con sus pares, desde las actividades académicas hasta las de diversión y ocio.

La exploración inherente al adolescente hace que esté en una búsqueda constante de referentes dentro y fuera de la familia. A la par empieza de

manera crítica a ver el mundo lleno de nuevos significados y contextos que enriquecen su forma de actuar. Comienza a preguntarse de forma reflexiva sobre su papel en la sociedad y sobre las responsabilidades y acciones que adquiere en su propia vida y en la de los demás.

Esta indeterminación se ve reflejada en los relatos de algunos adolescentes, que aunque piensan que las redes sociales tienen aspectos positivos, en ocasiones se sienten presos de sus ficciones.

Las redes sociales son herramientas buenas, pero yo no les doy el uso que se debería dar. Yo pienso que a veces pierdo el tiempo en eso; podría hacer otras cosas. Yo tengo aproximadamente cuatrocientos amigos y acostumbro a hablar solo con diez amigos. Realmente eso es una bobada. (H4♂16)

La presión ejercida por el contexto en el que viven los adolescentes y la crítica de los padres que no ven con agrado el uso excesivo de las redes sociales (en contraposición a una comunidad de pares y una sociedad que los incita y estimula al consumo de redes sociales, precisando y obligando a coleccionar amigos y a valer por pertenecer a x o y red) trasciende los ideales particulares y pone en constante búsqueda de significados su propia vida. En conexión con ello, autores como Hernández (1997) plantean que la adolescencia precisamente está marcada por dar más importancia al concepto que de sí tienen los pares, que los padres y la misma familia.

Los adolescentes se enfrentan hoy a la indeterminación e incertidumbre: ¿cómo ser adulto en una sociedad tan cambiante, sin referentes claros y con principios tan volátiles?

En mi tiempo libre también me conecto mucho. En ocasiones pienso que pierdo mucho tiempo en eso y me dan ganas de cerrarlo, pero no sé por qué no doy ese paso. Permanentemente estoy en el Facebook, todos los días más o menos tres horas estoy allí, y me parece mucho tiempo. Por lo general me quedo hasta por la noche, eso es una perdedera de tiempo, pudiendo hacer algo más productivo. (H4♂16)

El uso de las redes sociales irrumpe en la intimidad de los adolescentes, hasta el punto de sentirse algunas veces culpables por no poder zafarse o librarse de la red o redes a las que pertenecen, como lo expresa el siguiente relato: “Hago parte de redes sociales, no me gusta, me parece una bobada.

Tengo Facebook, Twitter, Messenger [...]. No estar en eso es complicado porque toda la comunicación está por ahí; he tratado de cerrarlo, pero me toca volverlo a abrir” (H5♀16). En relación con esto, Fernández (2014) plantea que la tecnología suele generar una ilusión de compañía sin las exigencias que supone la amistad presencial. Es posible crear relaciones superfluas, frecuentes, pero poco profundas, cuyo componente emotivo es excluido o limitado al emoticón. Los adolescentes se esconden tras una pantalla y en ocasiones no saben relacionarse en la vida real. Sumado a esto, las relaciones pueden tener para ellos como atractivo algunas emociones placenteras que no encuentran con facilidad en la vida real.

Este punto de consciencia se constituye como una paradoja real, en la que el adolescente en búsqueda de referentes no halla claridad. Tal como lo plantea Hernández (1997), la adolescencia es una de las etapas de la vida que exige mayores ajustes; el rápido proceso de maduración de los jóvenes invita a conceder más valor a las apreciaciones del grupo de pares que a la misma familia. Formar parte o no de una red social a la que pertenecen todos los demás amigos, tener más agregados que los otros o participar de más redes sociales y comunidades virtuales son puntos que los vinculan al uso, aun contra su voluntad. Más todavía cuando la facilidad de conexión constante cada día plantea una dinámica creciente y hace del consumo de servicios mediáticos una necesidad primaria.

El paso de la niñez a la adultez produce los cambios más decisivos en la vida de las personas frente a la identidad sexual, la identidad laboral, los hábitos, las prácticas, el tiempo libre y las relaciones interpersonales. Estos cambios se fraguan en la socialización tanto primaria, en el ámbito de lo familiar, como en el contexto de las redes sociales y comunidades virtuales, que se convierten en un terreno expedito y propicio para tales fines, ante la mirada curiosa de aquellos que están en búsqueda de referentes de acuerdo con sus necesidades.

Igualmente, la adolescencia según Fernández (2014) es una etapa crucial en el desarrollo de toda persona. Se alcanza la madurez cognitiva en tanto se logra el pensamiento formal, se avanza en el desarrollo de la personalidad y se desarrollan conductas y actitudes sociales que rigen las relaciones con los demás.

Hijos: mirada práctica

Desde esta perspectiva, lo práctico se eleva como la bandera de lo fácil de hacer. Cuando los adolescentes invocan la practicidad y las facilidades

del uso de las nuevas tecnologías, la inmediatez en la comunicación, la disminución en los tiempos para hacer las actividades, la practicidad y la experticia que desarrollan en torno a los nuevos avances es porque tienen a su disposición toda esta tecnología para mejorar sus actividades diarias. Le sacan el máximo provecho a las redes sociales y a las nuevas tecnologías para facilitar las actividades desde lo académico, lo recreativo y los intereses.

El internet me ha cambiado la vida. De hecho, ni me imagino cómo estudiaban antes sin tantas facilidades como ahora, todo se hace más práctico. Y realmente lo que no esté en internet prácticamente no existe. Por ejemplo, a través de las redes sociales yo me comunico con todo el mundo, con los que conozco y hasta con los que no, intercambiamos información, música y videos. Cada vez es más sencillo todo. (H9 ♀ 17)

Las facilidades de tener a su disposición estos avances hacen que las nuevas formas de relacionarse también cambien. Los conocimientos se amplían en torno a asuntos y temas de interés. Conocer personas que comparten gustos y habilidades es un aspecto relevante para los adolescentes que frecuentan las redes sociales, e independientemente del uso que se da a estas herramientas comunicativas, el número de adolescentes va en incremento día a día, ya que encuentran en ellas la solución a sus dificultades, sobre todo las académicas, teniendo que ver la inmediatez con que circula la información y a que no existe ningún tipo de censura ni interferencia.

Cuando tenemos tareas o información que necesitamos compartir, se vuelve súper útil el Facebook, sobre todo porque allí se pueden hacer grupos específicos de amigos de acuerdo con las necesidades de cada uno, nos pasamos los trabajos si es del caso, o poner al día a alguien, porque también se usa para ayudarnos entre los compañeros. (H1 ♀ 16)

La familia en este sentido, (ocupa el papel central, según Brizuela [2011] como la estructura que acoge, protege y ampara a sus miembros) se constituye en un sistema cambiante y abierto, permeado por los cambios que se generan a su alrededor. Estas familias entrevistadas se establecen como el punto de partida para el análisis de las dinámicas relacionales de los adolescentes. Su papel en esta coyuntura mediática está orientado a ser ese armazón que soporta y forma a los individuos en relación con los procesos cambiantes que modifican las formas de actuar. En este sentido, las familias constantemente atraviesan procesos de cambio, que a la par del tiempo y el espacio transforman los roles, tareas, funciones y demás aspectos de

la vida familiar. Las familias no pueden ser ajenas a las nuevas formas de socialización que los adolescentes comienzan a constituir. Este panorama revela un mundo globalizado, sin límites espaciales ni temporales, que lleva implícito oportunidades, crisis y desafíos que las familias deben afrontar.

Ciertos procesos innovadores, como la incursión de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, en muy corto tiempo han avanzado en el ámbito de las relaciones. Los adolescentes, según la pesquisa de esta investigación, buscan respuestas a sus necesidades en las pantallas, ordenadores, dispositivos inalámbricos y otras invenciones. Y en este contexto internet se establece como una propuesta revolucionaria abierta, que permite verlo todo, a diferencia de los medios de comunicación convencionales, que son más cerrados, lo que hace que los adolescentes sientan más atracción por las comunidades y redes sociales virtuales. Estos contextos son más libres, autónomos y novedosos, ganan cada vez más espacio e insinúan formas de relaciones diferentes a las ya establecidas. Los padres de familia reconocen y comprenden estas necesidades, toda vez que forman parte de las actividades cotidianas que se practican en la familia y en la sociedad.

Así mismo, las redes sociales resultan cada vez más accesibles a menores y, según autores como Sotomayor *et al.* (2019) “la legislación camina despacio para hacer frente a los riesgos que pueden derivarse de algunas prácticas inapropiadas y/o abusivas” (p. 184). Si bien hay amplias posibilidades en los entornos digitales, es necesario tomar conciencia también de ciertos peligros, como la hipersexualización, las adicciones o el *ciberbullying*, entre otros.

Conclusiones

La aparición de las comunidades y redes sociales virtuales en los contextos familiares se hace evidente con la creciente afluencia de seguidores. En torno a estas y sus usos aparecen retractores y validadores, tanto entre los padres como los hijos que participan de esta investigación. Algunos padres refieren que la incursión de sus hijos en las redes sociales ha detonado desde discusiones asociadas a dificultades en el manejo de la norma y el control de los espacios y los tiempos, hasta la validación de las mismas a razón del uso práctico en lo cotidiano, la facilidad en los aprendizajes y lo irreversible del avance. Sin embargo, cabe anotar que, según el análisis de la información, estos nuevos modelos de comunicación no logran la

comunicación directa entre los pares ni en el interior de las familias; prima entre los adolescentes entrevistados el valor de las relaciones físicas sobre las virtuales y los diálogos cotidianos en las familias.

Los adolescentes partícipes de este estudio se ubican en dos posiciones particularmente: una asociada a la practicidad de los medios, las habilidades que desarrollan, la inmediatez en la información y la posibilidad de estar interconectados, y la otra a la postura ambivalente al experimentar la condición de pertenecer a una red social y la creciente necesidad de conseguir referentes claros en esta etapa de la vida. Sin embargo, cabe destacar que la socialización en los adolescentes no se agota solo en el ámbito de lo virtual, sino que esta es una dimensión que el adolescente desarrolla a la par con otras, como la intelectual, la física y la espiritual.

El tema de la preocupación paterna también llama notablemente la atención, en tanto se revela una inquietud más por el tiempo que los adolescentes hacen uso de las CRSV que por los contenidos que allí se comparten. Por otro lado, es necesario ahondar en estudios sobre algunos aspectos no tenidos en cuenta durante este proceso investigativo, como los hábitos (alimenticios, de descanso físico, académicos y en general de salud) que se ven alterados con el uso excesivo de estas formas de comunicación (chats, redes sociales, comunidades virtuales y todo en cuanto se configuran las dinámicas nacientes en el ámbito de la virtualidad).

Una reflexión aparece en torno a la realidad actual, pues los padres reconocen que es imposible volver atrás y concluyen que es necesario aprender a convivir con ello. Esto implica aceptar que es inminente enterarse qué son las redes sociales, qué hacen los adolescentes y por qué les atrae el uso de estas.

La recomendación de este estudio es crear políticas o recursos educativos, que más allá de políticas democráticas (preocupadas por la cobertura informática, es decir, “más conexión para todos”), piense en una formación y orientación desde la misma academia en el manejo de los recursos informáticos, a cambio de la subutilización de los mismos. Esta sugerencia se basa en las inquietudes de los padres participantes, ya que aparece la preocupación por el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, y cómo estos recursos informáticos terminan siendo reducidos solo al ocio, el pasatiempo y el entretenimiento, y en menor medida, se usan con fines relacionados con la educación o formación profesional.

Emerge en esta investigación el reto que las comunidades y redes sociales virtuales plantean en torno a las obligaciones escolares y domésticas de los adolescentes, en tanto docentes y padres de familia encuentran dificultades para que hijos y alumnos estudien y cumplan con sus obligaciones. Y de la mano permanecen inquietudes en torno a la forma como debería incentivarse entre los adolescentes el deporte, los juegos tradicionales y la participación en eventos comunitarios de carácter cultural, político y religioso. Estos escenarios aportan y enriquecen su desarrollo humano de manera integral.

El tema de las comunidades y redes sociales virtuales es y será significativo por mucho tiempo, y requiere estudios constantes desde diferentes frentes: social, político, cultural y ético. El cierre transitorio de este proceso investigativo alberga la posibilidad de profundizar desde otras instancias; este es un naciente camino que invita a seguir la exploración en el campo de las dinámicas familiares en torno a la socialización secundaria de los adolescentes. Se reconoce por tanto que no será el primero ni el último hallazgo, ni mucho menos la verdad al descubierto, pero sí una semilla nueva que abre la perspectiva a investigaciones más amplias, con muestras poblacionales diversas, estudios comparativos macro, en el ámbito nacional e internacional, así como investigaciones particularizadas en instituciones educativas, estratos socioeconómicos o tipologías familiares. Se hace también necesario efectuar indagaciones concernientes al abordaje desde la terapia familiar en temas de esta índole, que pudieran ser motivo de consulta por familias que afronten esta realidad como problemática.

Finalmente, este trabajo investigativo da apertura a profesionales de diferentes disciplinas que trabajen con, por y para la familia. Sea esta una motivación para profundizar en la temática, con miras a generar otro tipo de cuestionamientos susceptibles de ser estudiados y debatidos desde otras esferas.

Referencias

- Brizuela, Y. (2011). Individuo, familia y sociedad. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 5. www.eumed.net/rev/cccss/12/
- Fernández, A. (2014). Los adolescentes y el uso de las redes sociales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 571-576.
- Galeano, E. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa, el giro en la mirada*. La Carreta.

- Galeano, E. (2007). *Diseño de proyectos en la investigación social*. Fondo Editorial Universidad Eafit.
- García, B. (2013). *Los padres ante el uso de Internet y redes sociales por menores. Control y protección*. V Congreso Internacional Latina de Comunicación Social, Madrid, España. http://www.revistalatinacs.org/13SLCS/2013_actas/077_Catalina.pdf
- Hernández Córdoba, A. (1997). *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve*. El Búho.
- Illouz, E. (2007). *Intimidaciones congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Katz.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Osorio, D. y Millán, L. (2020). Adolescentes en internet: la mediación entre riesgos y oportunidades. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 11(1). <https://doi.org/10.21501/22161201.2979>
- Prete, A. y Redon, S. (2020). Las redes sociales on line. Espacios de socialización y definición de identidad. *Psicoperspectivas Individuo y Sociedad*, 19(9), 1-11. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol19-issue1-fulltext-1834>
- Quintana, A. (2006). Metodología de investigación científica cualitativa. En A. Quintana y W. Montgomery (Eds.). *Psicología: Tópicos de actualidad* (pp. 47-85). <http://es.scribd.com/doc/3634305/Metodologia-de-Investigacion-Cualitativa-A-Quintana>
- Quintero Velásquez, Á. M. (2007). *Diccionario especializado en familia y género*. Lumen.
- Sotomayor, I., Carril, C. y González, M. (2019). Familia y redes sociales: un binomio controvertido. *Aula Abierta*, 48(2), 183-192. <https://doi.org/10.17811/rifie.48.2.2019.183-192>
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (2010). *Introducción a los métodos cualitativos*. Book Print.
- Vattimo, G. (1990). *La sociedad transparente*. Paidós.
- Vela Peon, F. (2004). *Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Flacso.
- Zalbidea, M. (2018). ¿Conoces el perfil tecnológico de tus hijos? En: Cosiendo la brecha digital. <https://www.cosiendolabrechadigital.com/1179-2/>

Capítulo 3. El periodo de la psicosis no tratada desde las vivencias y voces de las familias

Laura Victoria Zapata Giraldo¹
Jorge C. Holguín Lew²

Resumen

Este capítulo aborda algunos de los resultados de la investigación “Duración de la psicosis no tratada desde la perspectiva de las familias”, realizada en el año 2016. Su objetivo fue comprender desde las vivencias de las familias de personas diagnosticadas con esquizofrenia los factores que intervienen en la decisión de postergar la atención y el tratamiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez presentadas las primeras manifestaciones de alteración de la conducta. La investigación es de tipo cualitativo, con enfoque hermenéutico, una estrategia de caso colectivo interpretativo y técnicas centradas en la revisión documental y entrevista semiestructurada. La información fue interpretada a través de análisis de contenido. Los hallazgos describen los factores que retrasaron el inicio de tratamiento, ya presentadas las primeras manifestaciones de alteración de la conducta. Los elementos recurrentes fueron: las barreras en el sistema de salud, las explicaciones y tratamientos en creencias y prácticas mágico-religiosas, el estigma, y la atribución

¹ Trabajadora social de la Universidad Pontificia Bolivariana. Magíster en Terapia Familiar de la UPB. Coordinadora del Grupo de Investigación en Familia –GIF– y docente investigadora de la UPB. Correo electrónico: laurav.zapata@upb.edu.co

² Médico psiquiatra de la Universidad Pontificia Bolivariana. Mphil and overseas fellow de la Universidad de Cambridge. Doctor en Filosofía del Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia. Profesor del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia y la Universidad CES. Psiquiatra en consulta especializada en psicosis del Hospital San Vicente Fundación de la Universidad de Antioquia. Coordinador clínico en el Centro de Tratamientos No Invasivos de Antioquia (CETNI). Correo electrónico: jcholguin.conciencia@gmail.com

errónea de síntomas. Se concluye que la duración de la psicosis no tratada es un fenómeno complejo que amerita incluir la perspectiva de las familias para su comprensión e intervención.

Palabras clave: familia, psicosis no tratada, esquizofrenia, Sistema de Seguridad Social en Salud.

Introducción

Existen posturas convencionales que nombran la familia como núcleo, unidad natural y espacio vital incuestionable y sagrado de todo ser humano; “tal vez no exista al respecto frase más repetida que aquella de que la familia es la célula básica de la sociedad” (Aylwin y Solar, 2002, p. 23). Nadie cuestiona la importancia de la familia para la sociedad; no obstante, el valor que se le asigna no está en la relevancia que en teoría se le conceda como institución, sino más bien en su sometimiento a las necesidades de otras instituciones. Por tanto, afirmar que la familia es la célula básica de la sociedad no pasa de ser una verbalización que no refleja la realidad. La familia es un grupo frágil comparado con los diversos poderes que se alzan frente a ella (Aylwin y Solar, 2004).

Lo anterior no significa que sea una víctima incapaz de afrontar las situaciones que la afectan; por el contrario, las familias cuentan con recursos internos que les permiten mantener su unidad e identidad en medio de situaciones desfavorables. Dichos recursos pueden ser visibilizados y fortalecidos a través de un acompañamiento adecuado (Aylwin y Solar, 2004). Durante el mencionado proceso se debe considerar, como plantea Puyana (2009), que la familia alberga dualidad y ambivalencia; se configura como un espacio en el que confluyen y se alternan inseguridad, rechazo, maltrato y temor, y a la vez puede ser el refugio más próximo y seguro, una red de apoyo para sus integrantes cuando se encuentran ante situaciones o eventos que sobrepasan su capacidad.

De acuerdo con Sánchez, Mercado y Espinosa (2011), una de las crisis más retadoras que puede enfrentar una familia es la enfermedad crónica o incapacitante de uno de sus integrantes. Con frecuencia una situación de este tipo lleva a reacciones e intentos de adaptación que pueden ser efecti-

vos, pero que en ocasiones generan perturbaciones de difícil afrontamiento en el sistema familiar.

Entre los diversos problemas de salud que pueden afectar a las personas se encuentran los llamados trastornos mentales. Uno de los más severos e incapacitantes es la esquizofrenia (Liddle *et al.*, 1994), considerada en Colombia como “la primera causa de carga de enfermedad en adultos, y uno de los trastornos mentales que genera mayor incapacidad, acompañada por la depresión mayor unipolar y los trastornos bipolares” (Moreno, 2015, p. 203).

El curso y pronóstico de la esquizofrenia se estima como desfavorable desde un punto de vista sintomático y funcional (Knapp *et al.*, 2004). Entre los factores que se han relacionado con un pronóstico desfavorable se destacan: comienzo temprano de la psicosis, bajo coeficiente intelectual premórbido, consumo de sustancias psicoactivas, prominencia de síntomas negativos, déficits cognitivos, presencia de depresión, trastornos de ansiedad concomitantes y duración de la psicosis no tratada (García *et al.*, 2008).

La duración de la psicosis no tratada (DPNT) se ha definido como el intervalo de tiempo que transcurre entre la aparición de los síntomas psicóticos y el inicio de un tratamiento adecuado, bien sea farmacológico o psicosocial. Se ha relacionado con desenlaces sintomáticos desfavorables, mayor frecuencia y severidad de síntomas positivos y negativos, menor posibilidad de remisión, mayor número de hospitalizaciones, poca adherencia e insuficiente respuesta al tratamiento medicamentoso y psicosocial, bajo funcionamiento social y desenlace global desfavorable. Además, se entiende como un periodo perjudicial, confuso, emocionalmente doloroso e incapacitante para los pacientes y sus familias (García *et al.*, 2008; Rascón *et al.*, 2014; Norman y Marshall, 2005).

Las personas que experimentan síntomas psicóticos por primera vez en pocas ocasiones buscan tratamiento por su cuenta. Por lo general los familiares son quienes contactan a los servicios de salud para obtener ayuda; en este sentido, desempeñan un papel fundamental en el inicio del tratamiento para las personas con psicosis (Vera *et al.*, 2006; Bergner *et al.*, 2008; Franz *et al.*, 2010; Reddy *et al.*, 2014). De allí la importancia de considerar los factores que influyen en la decisión de las familias de postergar la búsqueda de servicios de salud para el tratamiento de los síntomas psicóticos que presenta su familiar.

En consideración de lo anterior, llama la atención que en los estudios de DPNT sea poco frecuente la inclusión de la perspectiva de los familiares para la comprensión de dicha realidad. Durante el rastreo de antecedentes no se encontraron estudios en Colombia acerca de los factores que desde la perspectiva de la familia influyen en el retraso en la búsqueda de tratamiento para familiares con diagnóstico de esquizofrenia. En la revisión de la literatura se hallaron cuatro estudios con objetivos y metodologías similares a este. Se trata de los estudios de Vera *et al.* (2006), efectuado en Sao Paulo, Brasil; de Bergner *et al.* (2008) y de Franz *et al.* (2010), realizados en Atlanta, Estados Unidos, y de Reddy *et al.* (2014), desarrollado en Turuvekere, India.

La relevancia de esta investigación, presentada como trabajo de grado para la Maestría en Terapia Familiar en el año 2016, radica en la posibilidad de comprender desde las vivencias de las familias de personas diagnosticadas con esquizofrenia los factores que intervienen en la decisión de postergar la atención y el tratamiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), una vez presentadas las primeras manifestaciones de alteración de la conducta. Esta pesquisa permite teorizar acerca de factores psicosociales que preceden los modos de presentación y afrontamiento de las enfermedades mentales por parte del paciente y sus familiares, aunado al alto índice de prevalencia y carga de enfermedad mental en el país.

Metodología

Se realizó una investigación cualitativa, que permitió abordar y profundizar en las múltiples realidades, intersubjetividades, formas de ver e insertarse en el mundo de los participantes, y comprender sus lógicas de pensamiento y actuación (Galeano, 2004a). El estudio se desarrolló desde un enfoque metodológico hermenéutico, el cual dirige su atención a aquellos aspectos no susceptibles de cuantificación, como creencias, intenciones, motivaciones, interpretaciones y significados para los actores sociales (Ángel, 2011). De igual modo, se empleó como estrategia de investigación el estudio caso colectivo interpretativo, que como plantea Galeano (2004b) posibilita estudiar conjuntamente un determinado número de casos, múltiples unidades de análisis, que pueden llevar a una mejor comprensión del fenómeno social que se desea investigar. Se utilizaron como técnicas de recolección de información la revisión documental y las entrevistas semiestructuradas.

Proceso metodológico y selección de la población participante

Para la selección de la población participante se recurrió a una muestra intencionada, mediante el juicio de dos expertos: un psiquiatra y una rehabilitadora ocupacional. Para la selección de los participantes se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: disponibilidad para compartir su experiencia, ser mayor de dieciocho años, haber residido con el familiar diagnosticado con esquizofrenia y que el retraso en la búsqueda de atención en el sistema de salud fuese superior a un año luego de que se presentaran las primeras manifestaciones de alteración de la conducta de su familiar.

Posterior a la identificación de participantes, se hizo un contacto inicial para manifestar el interés de invitarlos a participar en la investigación. Después del contacto, se llevaron a cabo los encuentros con uno de los integrantes de las cuatro familias seleccionadas. En dos de los casos el parentesco con la persona diagnosticada con esquizofrenia fueron las madres, en otro fue el padre y en otro fue una cuñada. Se desarrollaron entrevistas semiestructuradas y se conocieron sus experiencias a través de sus relatos.

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas textualmente, para luego dar lugar al proceso de codificación de la información. Se realizó un análisis cualitativo de contenido, mediante matrices que permitieron consolidar las categorías. En la construcción del texto de análisis se incluyeron algunos fragmentos textuales extraídos de las transcripciones de las entrevistas, las cuales aparecen dentro del contenido como *F. Nro.*, para identificar a las familias participantes. Para la realización de las entrevistas y el uso del material contenido a lo largo de los resultados, los participantes firmaron un consentimiento informado, en el cual accedieron a participar en la investigación y autorizaron el uso de la información suministrada para fines investigativos.

Hallazgos

Barreras en el sistema de salud

Las familias participantes encontraron diversas barreras en el sistema de salud que retrasaron la atención y el inicio de tratamiento de su familiar. Al-

gunas optaron por consultar con un médico psiquiatra privado, mientras que otras acudieron a una empresa promotora de salud (EPS) para la atención.

Uno de los padres indicó que había desistido de acudir a una EPS, porque daba por sentado que la atención era deficiente y el derecho de su hijo a la salud no sería garantizado allí. Para este padre eran constantes las quejas sobre la deficiente oportunidad, continuidad y calidad en el servicio en reportes especiales de los medios de comunicación y en conversaciones con amigos y personas cercanas. Con frecuencia, recibía información sobre las graves limitaciones del sistema de salud, como los largos tiempos de espera para acceder a una cita por medicina general y ostensiblemente mayor si se trataba de una cita con medicina especializada. Otras referencias habituales eran acerca de las interminables llamadas en espera para conseguir una cita, muchas veces sin lograrlo; las largas filas para ser atendido; el colapso de los servicios de urgencias; la tardanza en la remisión y ubicación para la atención especializada, y las dificultades para una hospitalización, en caso de ser necesaria.

Del mismo modo, para otra de las personas participantes eran conocidas las deficiencias en el sistema de salud en relación con la oportunidad, continuidad y calidad en el servicio. Por experiencias anteriores sabía que rara vez devolvían una llamada para dar una cita. Esto obligaba a ser insistente para obtenerla, y tanto más si la persona se encontraba afiliada a través del régimen subsidiado. “¿Qué pasó con la orden?” Y me dijo: ‘Ah, no, estoy esperando a ver si me dan la cita’. Y yo: ‘¡Por Dios!, no llaman a uno de una EPS, ahora van a llamar de un sisbén’” (F. 1).

Es de popular conocimiento la excesiva burocratización del sistema de salud, en el que la maraña de la tramitología funciona como un obstáculo mortificante y prácticamente insalvable. Es habitual la negación del servicio por falta de documentos y firmas, o por trámites administrativos innecesarios para la solicitud y aprobación de un servicio, que las EPS utilizan como estrategia dilatoria. Estas situaciones con frecuencia obligan a recurrir a acciones legales, como quejas, derechos de petición, acciones de tutela e incidentes de desacato para garantizar el derecho fundamental a la salud. A su vez, estas acciones para proteger los derechos se traducen en mayor tiempo de espera, carga emocional y económica para la familia y el Estado, posibles complicaciones por la progresión de la enfermedad, abandono de búsqueda de la atención o tratamiento, e incluso la muerte. No sorprende

que ante este panorama, la familia busque para la atención de su hijo la evaluación y el tratamiento por psiquiatría con un médico privado.

Lo anterior pone de relieve, como refiere el *Informe anual de derechos humanos* de la Personería de Medellín (2014), que la fragmentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud es la primera barrera a resolver cuando se trata de una atención integral en salud. Así mismo, señala que “en teoría el centro del SGSSS es la persona, pero en la práctica el centro son los trámites administrativos y racionalidad financiera” (Personería de Medellín, 2014, p. 168).

Una de las madres manifestaba que desde que comenzó a notar cambios en la conducta de su hija acudió de forma inmediata al sistema de salud. Solicitó citas con medicina general y uno de los médicos le dijo que su hija no tenía nada, que fingía y que su conducta era normal. No obstante, para la madre era evidente que la conducta de su hija no era normal y que algo le sucedía. Como ella no lograba descifrar qué pasaba, acudió donde suponía que podrían ayudar a su hija. “Entonces yo les tenía mucha fe a los médicos..., y itodavía! Yo me fui para el hospital y yo les decía: ‘¿Qué tiene?’. Ella tenía historia, mejor dicho, en todo Medellín, y me decían que eso era normal” (F. 4).

Esta madre, ante las respuestas insatisfactorias, siguió insistiendo. Optó por buscar otros conceptos y pidió citas con otros profesionales de medicina general disponibles en su EPS. Uno de ellos le dijo que por su hija no se podía hacer nada: “Una vez yo la llevé y le dije a un doctor: ‘Doctor, mire, ella sigue de esta manera’. Y me dijo ese doctor [médico general]: ‘Es que por ella ya no se puede hacer nada’. Yo: ‘¿Cómo?’” (F. 4). Para la madre estas palabras fueron devastadoras, provenían de aquellos que ella suponía que tenían el conocimiento necesario para ayudarla. Además, le estaban hablando de su hija y cómo para ella no había posibilidad alguna. Esta respuesta no dejaba opciones fuera de la resignación y el abandono de la búsqueda, como si ese otro, el médico, se hubiera adjudicado, sin tener derecho a ello, el poder de decidir cuándo se puede o no albergar la esperanza. Según la madre, esa mentalidad del médico fue decisiva para que su hija no fuera remitida al especialista y no se iniciara un proceso para tratar de encontrar algún tipo de intervención terapéutica o rehabilitadora adecuada.

Otra de las madres participantes, luego de notar los cambios de conducta de su hijo, también lo acompañó a buscar ayuda en la EPS, donde fue atendido

por un médico general, quien durante la consulta se dedicó a aconsejar al paciente, pero no le brindó la atención adecuada según los protocolos de salud, no le realizó una valoración de salud mental ni lo refirió para una evaluación por psicología o psiquiatría. “Él [médico general] lo aconsejó mucho, pero no le mandó nada en sí como medicado” (F. 2). Por ser el concepto de un profesional de salud, tanto el paciente como su familia aceptaron las recomendaciones y esto derivó en el retraso para recibir un tratamiento adecuado. Posteriormente, se logró acceder a la atención en salud mental, luego de una remisión por una entidad judicial, posterior a que el paciente presentó una crisis.

Los relatos anteriores ponen de manifiesto una atención inoportuna por parte de los médicos generales cuando estas dos madres optaron por acudir al sistema de salud para buscar ayuda ante una posible enfermedad de sus hijos. Esta situación contrasta con lo que se espera que sea la atención en salud mental en atención primaria. En efecto, autores como Andersen y Harthorn (1989) refieren que los médicos de atención primaria constituyen un elemento esencial en la atención en salud mental, pues muchas veces son quienes tienen el primer contacto con las personas que pueden tener un trastorno mental.

De igual modo, Nkire *et al.* (2015) proponen que la atención primaria debe ser considerada la piedra angular de la gestión efectiva de los trastornos mentales en la comunidad. Los médicos generales suelen ser el primer puerto de llegada para las familias de las personas que experimentan síntomas inusuales, especialmente en las zonas rurales, donde el médico general es considerado como parte fundamental de la comunidad. Sin embargo, en la literatura también es frecuente la mención de que los servicios de atención primaria no cuentan con un personal entrenado para la detección y el tratamiento de los problemas de salud mental (Tejada *et al.*, 2014; Moreno, 2015). Se ha reportado que los médicos generales no detectan ni tratan entre el 50% y el 75% de dichos casos (Ansseau *et al.*, 2004).

Las barreras en el sistema de salud experimentadas por las familias participantes se constituyeron en un factor determinante para el retraso de la atención y el inicio del tratamiento adecuado de su familiar. Se encontraron limitaciones en la oportunidad, continuidad y calidad en los servicios; exceso de trámites administrativos, y médicos de atención primaria sin entrenamiento para la detección, valoración y tratamiento de los problemas de salud mental. Las narrativas de la vivencia personal de los familiares

frente a las dificultades del sistema de salud mencionan el dolor, la frustración, la humillación, el agotamiento, el desconcierto e incluso la ira con las EPS y los diferentes prestadores de servicios. Lo anterior coincide con los hallazgos de otras investigaciones, que exponen los numerosos obstáculos de las familias en la búsqueda de tratamiento adecuado y oportuno, entre los que se destacan los retrasos en el sistema de salud (Vera *et al.*, 2006; Bergner *et al.*, 2008; Reddy *et al.*, 2014).

Estigma

El estigma es una forma de interpretación que conduce a otros a juzgar a un individuo como ilegítimo para participar en una interacción social; se explica por la percepción de carencia de las habilidades o capacidades para realizar dicha interacción. De igual modo, está influenciada por los juicios sobre la peligrosidad y la imprevisibilidad de la persona, a quien se le considera ilegítima al estar más allá de las normas de comportamiento social establecido y, por tanto, puede ser ignorada o excluida por el grupo (Brohan *et al.*, 2010).

Una de las madres se asustó cuando una de sus amigas, que conocía la situación de su hija, le sugirió acudir a consulta por psiquiatría. Ella pensaba que los psiquiatras debían ser consultados solo por personas en situación de calle, gravemente perturbadas, sin familia y que atentan contra su propia dignidad. “Los psiquiatras son pa’esas personas desquiciadas, que están por la calle, comen basura, no se bañan, se desnudan en la calle. O sea, ese era el concepto mío. Y yo: ‘o sea pa’locos, la palabra *locura*” (F. 4).

En concordancia con lo anterior, se puede inferir que esta madre albergaba una serie de estereotipos sociales difundidos y negativos, relacionados con la enfermedad mental, los enfermos mentales y sus tratamientos. Estos estereotipos, a su vez, son consistentes con la cualidad de curiosidades conductuales que exhiben los síntomas de la locura para la sociedad en general. Los locos, en el contexto social, son los que sienten, dicen y hacen cosas sin sentido. Por ejemplo, una persona “desquiciada” tiene comportamientos extraños que atentan contra su propia dignidad, pero que también ofenden o transgreden las normas colectivas (Berrios, 1996).

De igual modo, es frecuente que por contigüidad los estereotipos negativos acerca de un grupo humano particular se extiendan a situaciones, prácticas, eventos o instituciones que se le relacionan. En el caso de *la locura*,

se extiende a las instituciones para pacientes con enfermedad mental (*el manicomio*), a los tratamientos (*las drogas psiquiátricas*) que no funcionan o son dañinas y que ponen peor a las personas, y a los profesionales de la salud mental (psiquiatras como *loqueros*, psicólogos como *psicolocos*), cuya propia cordura es puesta en duda popularmente (Campo *et al.*, 2014).

Lo planteado expone el entramado de relaciones negativas que se retroalimentan entre sí en lo que concierne a la locura, la psiquiatría, la psicología y el tratamiento. Es como si un círculo vicioso sombrío y doloroso se estableciera: “ir donde el psiquiatra es para desquiciados, los pacientes de psiquiatría o de psicología no mejoran nunca o están peor”. Es al mismo tiempo la marca de la vergüenza, la pesadumbre, la institucionalización, la marginalidad, la indignación familiar y el temor de que ya nunca se volverá a ser el mismo (Bhugra *et al.*, 2015).

Se podría inferir que si bien la madre pensaba que algo le sucedía a su hija, decidió renunciar a reconocer problemas de salud mental, por las implicaciones que conlleva aceptar que un miembro de la familia tiene una enfermedad de este tipo. Acudir al psiquiatra es admitir la presencia de una enfermedad mental; esto a su vez puede exponer a la persona y a su familia a conductas de rechazo, exclusión, burla, lástima y sobreprotección. Además, con frecuencia los padres temen ser culpados por la enfermedad mental de sus hijos (Zartaloudi y Madianos, 2010). Nuevamente, el estigma se extiende e invade a los que tienen contacto con el estigmatizado, en este caso, la familia, que también tendrá que cargar con la vergüenza y el rechazo que carga el paciente. Esto explica por qué los pacientes y cuidadores tienden a buscar ayuda en primera instancia con profesionales de salud menos estigmatizantes, como neurólogos, psicólogos o médicos generales (Bhugra *et al.*, 2015).

Otro de los padres participantes también manifestaba su desconfianza en los psiquiatras. Aducía que su reputación no era buena, que las prácticas psiquiátricas eran autoritarias e incluso podrían llegar a empeorar a la persona que estaba enferma. “Yo nunca he querido buscar aquí los psiquiatras ni nada, porque aquí la fama no es buena, pues que en vez de ayudar, antes joden más eso” (F. 3). Este padre podría compartir la creencia ampliamente difundida de que cuando una persona inicia tratamiento por psiquiatría tiene pocas probabilidades o ninguna de curarse, y se somete a un tratamiento vitalicio, aplicado sin consultarle al paciente, el cual genera dependencia y puede dañar el cerebro y anular la capacidad de decisión de las personas.

El estigma asociado a la psiquiatría, los psiquiatras y los tratamientos puede estar alimentado por el pasado de la psiquiatría, que incluye intervenciones que hoy en día no son consideradas terapéuticas, sino punitivas y violentas (Vera *et al.*, 2006). A los enfermos mentales se les concebía como débiles mentales, ateos, poseídos por demonios, sin razón, sin alma, incluso no humanos. Eran tratados como criminales comunes y se les recluía en prisiones o claustros especiales para ello. Los internos eran torturados, encadenados, azotados, aislados y sometidos a sangrías, les proveían pocos alimentos y les daban purgas y vomitivos, entre otros (Hothersall, 1997; Moreno, 2015).

Las experiencias de estos padres dejan ver que el estigma sobre las enfermedades mentales contribuye al retraso en la búsqueda de tratamiento. En el caso de la esquizofrenia, las consecuencias sociales negativas vinculadas con este trastorno pueden evocar imaginarios de incurabilidad, violencia, peligrosidad, excentricidad, impredecibilidad, dificultad de relación e incapacidad para cuidar de sí mismo (Overton y Medina, 2008; López *et al.*, 2008). Las connotaciones negativas y falsas suposiciones relacionadas con la enfermedad mental son tan perjudiciales como la propia enfermedad (Overton y Medina, 2008), ya que pueden llevar a negar o no reconocer problemas de salud mental, tanto por parte del paciente como por parte de la familia. Esta situación influye de manera negativa en el proceso de búsqueda de ayuda y aumenta significativamente el tiempo de consulta y probable inicio de tratamiento en el sistema de salud.

Atribución errónea

Las personas en su día a día buscan entender la conducta de los demás. La conducta de los otros es explicada habitualmente en términos de eventos desencadenantes externos (como sucesos o estímulos estresantes) o de eventos detonantes internos (como pensamientos, deseos, aversiones, intereses, conveniencias, sentimientos o expectativas). Por lo general, las personas explican la conducta de los demás como resultado de una combinación de factores internos y externos. La explicación de la conducta de los demás, a su vez, determina en parte la respuesta propia, que puede ser ayudar, rehuir, escuchar, aconsejar, entre otras (Balduzzi, 2010).

Este proceso de inferencias acerca de las causas de la conducta de los demás se ha denominado *atribución* (Balduzzi, 2010). Sin embargo, las atribuciones no siempre son correctas; es decir, existe siempre la posibilidad de que se presenten incongruencias entre la causa real de la conducta y

las causas atribuidas por el observador. Esta incongruencia entre causas y atribuciones se ha llamado *atribución errónea*.³

Las atribuciones, explicaciones e inferencias de los padres sobre la conducta de sus hijos son determinantes para la forma en que intentan resolver los problemas que se presentan en la interacción familiar. Si las atribuciones son correctas, las estrategias que se implementen para resolver un problema tienen más probabilidades de ser efectivas. Por el contrario, si las atribuciones son erróneas, se incrementa la probabilidad de que los problemas no se resuelvan satisfactoriamente o incluso empeoren.

En las familias entrevistadas se atribuyó de manera errónea la conducta alterada de los hijos a crisis vitales o a desarrollo de la personalidad. No se encontraron otras formas de atribución errónea, como sí lo reportan otras investigaciones que exploraron temas comunes relacionados con el periodo de la psicosis no tratada desde la perspectiva de los familiares de los pacientes. En estas investigaciones se concluyó que los familiares enfrentaron numerosos obstáculos al momento de buscar tratamiento, incluidas sus propias atribuciones erróneas (Vera *et al.*, 2006; Bergner *et al.*, 2008; Reddy *et al.*, 2014). Coincidieron en que una de las interpretaciones erróneas se relacionaba con crisis vitales y exacerbación de algunos rasgos de la personalidad. De igual modo, concordaron en otra atribución relacionada con los efectos por el consumo de sustancias psicoactivas. Y de forma particular, la investigación de Bergner *et al.* (2008) encontró que los cambios en el comportamiento fueron confundidos con los síntomas de otra enfermedad, como la depresión. Esto se ha explicado porque con frecuencia los primeros síntomas psicóticos de la esquizofrenia se superponen con síntomas depresivos y pueden ser muy similares a los comportamientos inducidos por sustancias psicoactivas.

En la literatura general se hallaron otros artículos que exploran temas comunes sobre la trayectoria de la psicosis, la psicosis no tratada, las familias y los procesos de búsqueda de ayuda. Según estos estudios, las familias hacían

³ Denominar como *errónea* la atribución no tiene intención peyorativa o de subestimar los recursos utilizados por la familia para tratar de enfrentar un momento tan angustiante como la enfermedad de un hijo. Simplemente quiere dar cuenta de la discrepancia entre la explicación y la causa, y de su posible influencia en el tiempo de consulta a profesionales de la salud. Al fin y al cabo, calificar como *errónea* o *correcta* una atribución es un ejercicio siempre retrospectivo, en condiciones muy diferentes a las que vivían las familias.

una amplia gama de atribuciones para explicar los cambios y síntomas en el periodo previo a la psicosis, las cuales incluían el inicio de la adolescencia, el estrés, el consumo de psicoactivos, los rasgos de la personalidad, las características del desarrollo, las dificultades interpersonales, los problemas emocionales (estados de ánimo depresivos), la rebeldía y las crisis vitales (Czuchta y McCay, 2001; De Haan *et al.*, 2004; Corcoran *et al.*, 2007).

Para Kulhara *et al.* (2008), las explicaciones que encontraban las familias eran parte de una estrategia de afrontamiento que implicaba negación, evitación, mitigación y subvaloración de los síntomas. Por lo general, las familias restaban importancia a las conductas extrañas. Como consecuencia de ello solo se percataban de la gravedad de los síntomas y buscaban tratamiento en el sistema de salud cuando su familiar entraba en una crisis y ponía en riesgo potencial o real su integridad o la de otros. Además estas estrategias de afrontamiento atravesadas por la negación terminaban de aumentar la DPNT.

Algunas de las familias participantes en este estudio relacionaron los cambios de conducta de sus hijos con fases del desarrollo, con las crisis propias de las trayectorias vitales que atravesaban. Y por este motivo durante un tiempo los consideraron como algo esperado y transitorio. Desde su visión, una crisis ligada a una etapa particular de la vida podía tener uno o varios de los siguientes elementos: transición y cambio propiamente dichos, presencia de marcado malestar y descontento hacia sí mismos o los demás, rebeldía frente a los padres y la sociedad, búsqueda interior, emociones negativas y depresivas, erosión de las relaciones y distanciamiento. También, estaba la idea de que sus hijos al pasar por este proceso transitorio, emergerían de cierta manera renovados, con una identidad, un rol social, unas expectativas y unos deseos definidos.

Los padres de una de las familias pensaban que todas las personas son diferentes y que los jóvenes podían experimentar estas etapas con mayor malestar, perturbación de las relaciones y dificultades de adaptación. Exponían que cada persona tiene diferentes maneras de afrontar las crisis, coherentes con su forma de insertarse en el mundo. Frente a los cambios que percibían en su hijo querían ser comprensivos y respetuosos de las diferencias interindividuales en el desarrollo de la personalidad. Pensaban que el aislamiento creciente era fundamentalmente una acentuación de su personalidad previa, pues desde antes la timidez, la sumisión y el retraimiento

eran rasgos que siempre habían estado presentes. Desde su perspectiva, el aislamiento era la forma de afrontamiento de la crisis de adolescencia que era más consistente con su personalidad previa, y como querían ser respetuosos de su proceso de desarrollo personal, evitaron intervenir. “Él siempre fue un poco tímido, más retraído que el hermano, más aparte de los compañeros, pero nosotros lo veíamos normal. Decíamos: ‘No todos los chicos son iguales’” (F. 2).

Los cambios de conducta atribuidos a las crisis de la adolescencia pueden interpretarse a partir de ciertos estereotipos acerca de las conductas de los adolescentes y adultos jóvenes. La literatura al respecto sugiere que ciertos estereotipos son frecuentes entre padres y maestros, al igual que en la sociedad en general, particularmente la idea de que los adolescentes se comportan con rebeldía, ánimo voluble y tempestuoso, depresión, aislamiento, entre otros (Offer y Schonert-Reichl, 1992).

En retrospectiva, la madre consideraba que fue un error no percatarse de las posibles señales de alerta en las conductas de su hijo. Aunque para la familia la autonomía y la autodirección en el desarrollo de la personalidad fuesen importantes, refería que se presentaban ocasiones en las que los padres debieron haber intervenido, ser directivos en los procesos de transición de los hijos. Quizá más allá de dificultades en la adaptación, estas situaciones dan cuenta de dificultades de otro orden, como las enfermedades mentales.

Ante los cambios de conducta de su hijo, otro de los padres participantes pensaba que este atravesaba por un momento esperable en la vida de todas las personas, donde es necesario sacar tiempo para sí, estar aislado, en silencio y reflexionar. Se trata de un proceso que implica hacer una pausa, mirar hacia adentro, caer en cuenta de qué ha pasado, cómo ha transcurrido la vida, qué se soñó tener, lo que se ha vuelto realidad y lo que no, para seguir planeando el futuro. Para este padre se trataba de una pausa necesaria, que implica sensatez, sinceridad, compromiso, confianza, asumir responsabilidades y tomar decisiones. “Yo lo veía una crisis normal, porque todos hemos tenido épocas de la vida en las que estamos con esa pensadera y esas vainas” (F. 3). El padre validaba la conducta de su hijo, pues consideraba que estaba examinando su propia vida y de esta manera se explicaba que estuviera aislado, callado, refugiado en la soledad. Pensaba que cuando ese momento de reflexión terminara, su hijo comenzaría a vivir la vida que valía la pena ser vivida.

Creencias y prácticas mágico-religiosas

Las creencias y prácticas mágico-religiosas son manifestaciones de la cultura que se presentan como un medio privilegiado para expresar realidades o conflictos que ocurren más allá de los límites del mundo natural y de su concepción materialista (Martin, 1986). Algunas de estas prácticas, y especialmente las de la religión, proporcionan la idea de una vida en comunidad, a diferencia de las prácticas mágicas, en las que prevalece lo individual (Gómez, 2010).

De acuerdo con lo anterior, no es extraño que muchas personas acudan a lo mágico-religioso para tratar de comprender lo que significa la enfermedad, cómo se debe enfrentar y lo que conlleva estar enfermo. A través de estas creencias y prácticas, en algún momento las personas pueden encontrar un modelo explicativo que les permite aceptar y resistir el sufrimiento causado por una enfermedad, y también albergar la esperanza de la sanación. Estas posibilidades de sentido, afrontamiento y sanación están disponibles tanto para quien la padece, como para su familia y sus amigos (Szyllit, de Souza y Deguer, 2010).

Si lo mágico-religioso se invoca para la comprensión y tratamiento de problemas de salud con manifestaciones físicas evidentes (que se suponen que son del terreno de la medicina), no sorprende que para dificultades de la conducta y la mente (concebidas como inmateriales, incluso como manifestaciones del alma), lo mágico-religioso tenga un campo de acción y un poder explicativo adicional (Idoyaga, 1999).

Al considerar lo expuesto, resulta comprensible que varias de las familias participantes, ante la enfermedad de uno de sus integrantes encontraran en las creencias y prácticas mágico-religiosas un recurso valioso para sobrellevar y sanar la enfermedad de su familiar. Para una de ellas, las creencias y prácticas religiosas fueron la única estrategia empleada, mientras las otras recurrieron a varias estrategias de forma simultánea; es decir, además de la religión, a la atención en el sistema de salud, la atención en el sistema educativo, las prácticas mágicas, entre otras.

Una de las familiares participantes comentaba sentirse desconcertada, confundida e incluso molesta con la estrategia de afrontamiento de sus suegros para sobrellevar la enfermedad de su cuñada, que se basó exclusivamente

en las creencias y prácticas de la religión católica. Según su relato, ello le negó la posibilidad a su cuñada de recibir una atención en salud oportuna para la enfermedad mental que padecía. No podía comprender cómo para los padres, especialmente para la madre, todo debía ser dejado en manos de Dios.

Por el contrario, ella pensaba que a Dios no puede dejársele todo, y cada persona debe hacerse responsable de sus problemas, emplear sus propios recursos para resolverlos. En el caso de que una persona no pueda asumir esa responsabilidad, son los familiares quienes deben tomar las acciones pertinentes. “Toda esa carga se la dejaban al Señor. Entonces yo le decía: ‘¡María!, lo difícil hay que dejárselo a Dios, pero lo que nos toca a nosotros hay que hacerlo nosotros. Dios no dijo que todo le tocaba a Él!’” (F. 1). En este mismo sentido, consideraba que rogarle a Dios por la curación de una enfermedad sin hacer nada más para acompañar y ayudar a la persona enferma era descuido, abandono y poco interés en su bienestar. “Todo el día, a cualquier hora que usted fuera, encontraba a doña María en la iglesia, y su hija era un cero a la izquierda” (F. 1).

No obstante, esta actitud de la madre puede entenderse en el marco de su sistema de creencias. Para ella su hija estaba enferma, pero no tenía síntomas físicos, su enfermedad era del alma y nadie podía curarla ni hacer nada, solamente Dios como ser superior, omnipresente, omnisciente y omnipotente, con poder para resolver todos los problemas, misericordioso con los enfermos. Por lo tanto, era sensato para ella no desgastarse pensando demasiado en un asunto que por sí sola no podía resolver. “Solo Cristo es el médico de las almas y de los cuerpos. Jesús vino a curar al hombre entero, alma y cuerpo; es el médico que los enfermos necesitan. Su amor de predilección para con los enfermos no ha cesado” (Iglesia católica, 1992, p. 283).

Qué mejor lugar para orar que la iglesia, la casa de Dios, en la que encontraba el apoyo y la compañía de otras personas que tenían su fe depositada en el mismo ser superior. Allí todos podían compartir sus tristezas y problemas, y a la vez la alegría de encontrarse juntos en la gracia del Señor y recibir su consuelo. “Empezó fue a meterse con los de la iglesia. Usted no la veía ya, y si usted llegaba a visitarla, decía: ‘¡Ay, no, me tengo que ir!’. Nos dejaba ahí, para ella primero eran los de la iglesia” (F. 1).

El apoyo social que deviene de las creencias religiosas es de vital importancia para los creyentes, es sentir que no están solos, que pertenecen a un lugar y que aparte de Dios hay otros en la tierra que pueden compartir y ayudar a

sobrellevar las cargas. Todos pueden encontrarse y unirse en el sacramento de la eucaristía y experimentar la fuerza de la oración.

Otra de las madres entrevistadas relataba que desde el momento en que fueron evidentes los cambios en la conducta de su hija acudió de forma inmediata al sistema de salud; suponía que allí podrían ayudarla. Pero en su búsqueda, lejos de hallar una alternativa de solución efectiva para el problema de salud de su hija, se encontró con negativas, humillaciones, desconocimiento y dilaciones. La respuesta habitual era que su hija no tenía nada y estaba fingiendo. Ante esta situación, otros integrantes y amigos de la familia llegaron a pensar que si el problema no era de salud, como lo indicaban los médicos, entonces las causas de los cambios en el comportamiento de su familiar pertenecían a un dominio que no era de la medicina. Por tanto, era sensato buscar explicaciones *no aturales*, de poderes diferentes de los poderes humanos ordinarios, como los mágico-religiosos. “Me decían en la casa: ‘Es que está enyerbada, la ojearon, hágale exorcismos, que por tirarme algo a mí le cayó a ella’. La llevamos a una señora conocida, un cura por allá le hizo dizque un exorcismo” (F. 4). De acuerdo con el saber popular, era consecuente acudir a aquellos especialistas tradicionales: curanderos, yerbateros, sacerdotes, chamanes y brujos, quienes mediante sus prácticas podían curar las dolencias de su familiar, provenientes de otras dimensiones del ser y del universo (Arteaga, 2010).

Si bien la familia en primer lugar acudió al sistema de salud para la atención de su familiar, varios estudios reportan que en muchos casos la primera opción terapéutica, cuando se supone una dolencia mental, son los especialistas tradicionales (Idoyaga, 1999; Kurihara *et al.*, 2006; Funes, 2007; Egbe *et al.*, 2014), ya que se considera que dicha dolencia es la consecuencia de un daño o la pérdida del alma. Continuamente conductas extrañas, discursos incoherentes y alucinaciones visuales y auditivas son explicadas por maleficios realizados por un brujo, por encargo de una persona cercana a la víctima (Idoyaga, 1999).

Además, como exponen Kurihara *et al.* (2006), las personas consideran más beneficioso el tratamiento por especialistas tradicionales que el tratamiento biomédico en términos de disponibilidad, accesibilidad, costo y estigma para los pacientes y sus familias. Comúnmente es más aceptado consultar con especialistas tradicionales que acudir a un hospital para enfermos mentales.

Otra madre participante refería que ante los cambios de conducta de su hijo, además de acudir al sistema de salud y al sistema educativo para saber qué le pasaba y cómo podría ayudarlo, de forma simultánea acudió a varios sacerdotes de la Iglesia católica, para solicitar consejo y hablar de aquello que le angustiaba. Según la madre, estos explicaban las conductas poco convencionales de su hijo por la falta de autoridad y la permisividad de los padres, y por consentirlo demasiado. Aunque ella replicaba que como padres tenían autoridad y le ponían normas y límites a su hijo. “Muchos sacerdotes me llegaron a decir que él era muy mimado: ‘No, es que usted tiene a ese muchacho todo mimado’. Y yo decía: ‘No, padre, yo lo corrijo, yo lo regaño, se le llama la atención’” (F. 2).

De lo anterior se puede inferir que esta madre estaba de acuerdo con una posible complementariedad e interacción terapéutica: la ayuda religiosa no excluía posibles tratamientos médicos, pues actuaban en diferentes niveles. Ello concuerda con los hallazgos de diversos estudios sobre las relaciones entre salud, enfermedad, creencias mágico-religiosas y familia. En otras palabras, las personas encuentran explicaciones a las enfermedades de acuerdo con saberes científicos y sistemas de creencias, entre ellas las mágico-religiosas, lo que les brinda la posibilidad de recurrir a varias terapias y tratamientos diversos (Idoyaga, 1999; Vera *et al.*, 2006; Kurihara *et al.*, 2006; Funes, 2007; Arteaga, 2010).

Aunque las creencias y prácticas mágico-religiosas permiten aceptar y resistir el sufrimiento causado por una enfermedad, al igual que alimentar la esperanza de la sanación, también con frecuencia tienen un gran impacto en el retraso de la búsqueda de ayuda con profesionales de la salud. Sobre este punto coinciden esta investigación y los hallazgos de otros estudios sobre la DPNT (Vera, 2006; Kurihara *et al.*, 2006; Zafar *et al.*, 2008; Gerson *et al.*, 2009).

Llama la atención que la familia que solamente recurrió a la religión para enfrentar el problema de salud de su familiar presentó el periodo más largo de la DPNT, cincuenta y cuatro años. El tipo de intervención de las creencias religiosas podría considerarse pasiva, expectante y resignada, lo cual explica que esperaran que en algún momento la intervención divina resolviera el problema o alternativamente les diera la fuerza para sobrellevar la situación, sin buscar otro tipo de ayudas (Idoyaga, 1999).

Conclusiones

En la DPNT confluyen situaciones de diversa índole que interactúan de manera compleja y dinámica para generar procesos, tendencias y trayectorias no deterministas. Dicha complejidad invita a incluir diferentes disciplinas, ciencias y perspectivas para mayores comprensiones, entre las que debe estar incluida la familia, en tanto desempeña un papel fundamental en el inicio de tratamiento para las personas con psicosis.

Las características del sistema de salud fueron identificadas como un factor determinante para el retraso del tratamiento. Las principales quejas fueron la dilación, el prolongado tiempo de espera para las citas, los trámites complejos, la fragmentación y la falta de comunicación entre los diversos prestadores, profesionales e instituciones. De igual modo, se evidenciaron dificultades con los profesionales de atención primaria en cuanto al abordaje de los problemas de salud mental. Estas limitaciones se presentaron en la detección, identificación, evaluación, enfoque de tratamiento y remisión a profesionales de salud mental.

Las familias participantes experimentaron el estigma asociado a la esquizofrenia, como miedo, vergüenza o prejuicio frente a la enfermedad mental, pero también en relación con la atención por psiquiatría. Las vivencias del estigma incidieron directamente en el proceso de búsqueda de ayuda por parte de las familias; ambas formas de estigma tuvieron influencia en una mayor DPNT. Son recurrentes las percepciones de que la atención por profesionales de salud mental, especialmente de psiquiatría, podía empeorar la situación de salud o que los psiquiatras estaban reservados para casos mucho más graves que los de su familiar.

En cuanto a la categoría de atribución errónea, varias de las familias atribuyeron las alteraciones de la conducta a crisis vitales de la adolescencia o la adultez joven. El aislamiento, la irritabilidad, los momentos de depresión y algunas conductas e ideas no convencionales fueron explicadas desde una perspectiva de cuestionamiento existencial y rebeldía, consistentes con la idea que tenían los padres frente a lo que se espera en esas etapas del ciclo vital. Por este motivo, al menos durante un tiempo, consideraron los comportamientos como algo natural y transitorio, lo cual terminó por retrasar el inicio de tratamiento y así aumentar la DPNT.

Ante la enfermedad de uno de sus integrantes, las familias participantes encontraron en las creencias y prácticas mágico-religiosas un recurso valioso para sobrellevar y sanar la enfermedad de su familiar. Para una de las familias fue la única estrategia empleada, bajo la forma de resignación y dejar “todo en manos de Dios”. Las otras familias recurrieron a varias estrategias de forma simultánea; es decir, además de la religión, a la atención en el sistema de salud, la atención en el sistema educativo, las prácticas mágicas, entre otras.

Perspectivas y recomendaciones

Las creencias y prácticas mágico-religiosas son ampliamente aceptadas. Muchas personas recurren tanto a ellas como a los servicios de salud mental para el tratamiento de una dolencia. Por tanto, sería importante propiciar una relación colaborativa entre los servicios de salud mental formales y los curanderos tradicionales o líderes religiosos de los diferentes cultos, con el propósito de lograr una atención integral que tenga en cuenta las creencias, prácticas y afiliaciones religiosas de las personas.

Una de las razones más comunes para que las familias no acompañen a uno de sus integrantes a iniciar un tratamiento en los servicios de salud cuando comienzan los primeros cambios de conducta es que muchos no saben que estos cambios pueden ser propios de los síntomas iniciales de la psicosis. De allí la necesidad de educar a la comunidad en relación con los trastornos mentales, sus derechos (en especial los derechos a la vida, la salud, el trato digno y la no discriminación) y los mecanismos para exigirlos y protegerlos. Así mismo, se debe informar sobre las entidades donde pueden acercarse en caso de requerir asesoría o presentar quejas de malas actuaciones, tanto de empleados públicos como de particulares, que con acciones u omisiones pongan en riesgo su dignidad. La educación debe ir acompañada de la reparación de las barreras en el sistema de salud, para disminuir la demora del tratamiento y su morbilidad asociada.

Algunos autores sugieren que además de capacitar en salud mental a la comunidad, también se debe instruir específicamente a aquellas personas a quienes las familias acuden cuando están atravesando por dificultades, como es el caso de líderes religiosos, consejeros espirituales, curanderos tradicionales y docentes (Kadri *et al.*, 2004; Burns *et al.*, 2011; Kate *et al.*, 2012). Además, es importante hacerlo con los terapeutas familiares, pues justamente su trabajo del día a día es con las familias, y si tienen

algunos conocimientos básicos sobre las enfermedades mentales y cómo se manifiestan, podrían sugerir a sus consultantes acudir a los servicios de salud y así propiciar una atención integral y oportuna tanto desde los ámbitos biomédico como psicosocial.

Es importante seguir desarrollando la línea de investigación de familia y problemas de salud mental, debido a que los terapeutas de familia tienen un papel clave en la ayuda y acompañamiento. Las intervenciones familiares influyen de manera positiva en el curso y los desenlaces de los problemas de salud mental graves y persistentes como la esquizofrenia.

Referencias

- Andersen, S. M. y Harthorn, B. H. (1989). The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. *Medical Care*, 27(9), 869-886.
- Ángel, A. (2011). La hermenéutica y los métodos de investigación en ciencias sociales. *Estudios de Filosofía*, (44), 9-37.
- Ansseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M. y Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 78(1), 49-55.
- Arteaga, F. (2010). Las medicinas tradicionales en la Pampa Argentina. Reflexiones sobre síntesis de praxis y conocimientos médicos, saberes populares y rituales católicos. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 5(3), 397-429.
- Aylwin, A. y Solar, S. (2002). *Trabajo social familiar*. Universidad Católica de Chile.
- Balduzzi, M. (2010). Procesos de atribución y autopercepción en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 12(1), 89-116.
- Bergner, E., Leiner, A., Carter, T., Franz, L., Thompson, N. y Compton, M. (2008). The period of untreated psychosis before treatment initiation: A qualitative study of family members' perspectives. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 530-536.
- Berrios, G. (1996). *The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge University Press.
- Bhugra, D., Sartorius, N., Fiorillo, A., Evans-Lacko, S., Ventriglio, A., Hermans, M. y Ben-nemar, M. (2015). EPA guidance on how to improve the image of psychiatry and of the psychiatrist. *European Psychiatry*, 30(3), 423-430.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S. y Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, 10(1), 80.

- Burns, J., Jhazbhay, K. y Emsley, R. (2011). Causal attributions, pathway to care and clinical features of first-episode psychosis: A South African perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(5), 538-545.
- Campo, A., Oviedo, H. y Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-167.
- Corcoran, C., Gerson, R., Sills-Shahar, R., Nickou, C., McGlashan, T., Malaspina, D. y Davidson, L. (2007). Trajectory to a first episode of psychosis: a qualitative research study with families. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(4), 308-315.
- Czuchta, D. y McCay, E. (2001). Help-seeking for parents of individuals experiencing a first episode of schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(4), 159-170.
- De Haan, L., Welborn, K., Krikke, M. y Linszen, D. (2004). Opinions of mothers on the first psychotic episode and the start of treatment of their child. *European Psychiatry*, 19(4), 226-229.
- Egbe, C., Brooke-Sumner, C., Kathree, T., Selohilwe, O., Thornicroft, G. y Petersen, I. (2014). Psychiatric stigma and discrimination in South Africa: perspectives from key stakeholders. *BMC Psychiatry*, 14(1), 191.
- Franz, L., Carter, T., Leiner, A., Bergner, E., Thompson, N. y Compton, M. (2010). Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: a grounded theory study. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(1), 47-56.
- Funes, M. (2007). Mito y ritual: terapeutas religiosos en el contexto del catolicismo en el área metropolitana (Argentina). *Mitológicas*, 22, 55-68.
- Galeano, M. (2004a). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Fondo Editorial Universidad Eafit.
- Galeano, M. (2004b). *Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada*. La Carreta.
- García, I., Fresán, A., Medina-Mora, M. y Ruiz, G. (2008). Impacto de la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el curso y pronóstico de la esquizofrenia. *Salud Mental*, 31(6), 479-485.
- Gerson, R., Davidson, L., Booty, A., Wong, C., McGlashan, T., Malaspina, D., Pincus, H. y Corcoran, C. (2009). Families' experience with seeking treatment for recent-onset psychosis. *Psychiatric Services*, 60(6), 812-816.
- Gómez, E. (2010). *Introducción a la antropología social y cultural*. Universidad Católica de Cantabria.
- González, T. L. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(2), 19-26
- Hothersall, D. y Herrejón, J. (1997). *Historia de la psicología*. McGraw-Hill.
- Idoyaga, A. (1999). La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina). *Scripta Ethnológica*, 21, 7-33.
- Iglesia Católica. (1992). *Catecismo de la iglesia católica*. Librería Editrice vaticana.

- Kadri, N., Manoudi, F., Berrada, S. y Moussaoui, D. (2004). Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 625-629.
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P. y Nehra, R. (2012). Supernatural beliefs, aetiological models and help seeking behaviour in patients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 21(1), 49.
- Knapp, M., Mangalore, R. y Simon, J. (2004). The global costs of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 279.
- Kulhara, P., Banerjee, A. y Dutt, A. (2008). Early intervention in schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, 50(2), 128.
- Kurihara, T., Kato, M., Reverger, R. y Tirta, I. (2006). Pathway to psychiatric care in Bali. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(2), 204-210.
- Liddle, P., Carpenter, W. y Crow, T. (1994). Syndromes of Schizophrenia. The classic literature. *British Journal of Psychiatry*, 165, 721-727.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.
- Martin, G. (1986). Magia, religión y poder. Los cultos afroamericanos. *Nueva Sociedad*, 82, 157-170.
- Moreno, H. (2015). *Análisis coste-efectividad en el tratamiento de la psicosis en Colombia: modelos de intervención desde la psiquiatría biológica a la psicología psico-dinámica* (tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández, España
- Nkire, N., Sardinha, S., Nwosu, B., McDonough, C., De Coteau, P., Duffy, I. y Russell, V. (2015). Evaluation of knowledge and attitudes among primary care physicians in Cavan-Monaghan as “gatekeepers-in-waiting” for the introduction of Carepath for Overcoming Psychosis Early (COPE). *Early Intervention in Psychiatry*, 9(2), 141-150.
- Norman, R., Lewis, S. y Marshall, M. (2005). Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 187(48), 19-23.
- Offer, D. y Schonert-Reichl, K. (1992). Debunking the myths of adolescence: Findings from recent research. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1003-1014
- Overton, S. y Medina, S. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling and Development*, 86(2), 143-151.
- Personería de Medellín. (2014). *Informe sobre la situación de los derechos humanos en la ciudad de Medellín 2014*.
- Puyana, Y. (2007). El familismo: una crítica desde la perspectiva de género y el feminismo. En: *Familias, cambios y estrategias* (pp. 263-278). Alcaldía Mayor de Bogotá y Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia.

- Rascón, M., Valencia, M., Domínguez, T., Alcántara, H. y Casanova, L. (2014). Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud Mental*, 37(3), 239-246.
- Reddy, S., Thirthalli, J., Channaveerachari, N., Reddy, K., Ramareddy, R., Rawat, V. y Gangadhar, B. (2014). Factors influencing access to psychiatric treatment in persons with schizophrenia: A qualitative study in a rural community. *Indian Journal of Psychiatry*, 56(1), 54.
- Sánchez, L., Mercado, M. y Espinosa, I. (2011). Percepción familiar de la enfermedad crónica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 268.
- Szylit, R., De Souza, T. y Deguer, M. (2010). Historias de vida de familiares de niños con enfermedades graves: relación entre religión, enfermedad y muerte. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(2).
- Tejada, P., Jaramillo, L., Sánchez, R. y Sharma, V. (2014). Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(1), 101-110.
- Vera, B., Quirino, J. y Martin, D. (2006). Patients' relatives delayed help seeking after a first psychotic episode. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 104-110.
- Zafar, S. N., Syed, R., Tehseen, S., Gowani, S. A., Waqar, S., Zubair, A., Yousaf, W., Zubairi, A. & Naqvi, H. (2008). Perceptions about the cause of schizophrenia and the subsequent help seeking behavior in a Pakistani population—results of a cross-sectional survey. *BMC psychiatry*, 8(1), 56
- Zartaloudi, A. y Madianos, M. (2010). Stigma related to help-seeking from a mental health professional. *Health Science Journal*, 4(2), 77-83.

Capítulo 4. El lugar de la fratría: las relaciones entre hermanos en el proceso de terapia familiar

Isabel Álvarez Posada¹
Ledy Maryory Bedoya Cardona²

Resumen

Este texto es resultado de una investigación cualitativa de enfoque hermenéutico y modalidad documental-interactiva. Su objetivo es comprender las relaciones fraternas en el contexto terapéutico, al considerar la incidencia de las dimensiones estructurales y relacionales en las mismas, en aras de aportar a la reflexión sobre su importancia en la terapia familiar. El presente artículo retoma la información obtenida de siete entrevistas a terapeutas familiares procedentes de Colombia, Chile y España, con experiencia en la atención a hermanos. Se realizó análisis de contenido como método y se empleó el *software* Atlas. ti como unidad de registro. Los resultados posibilitan un acercamiento a las relaciones fraternas y el reconocimiento de su lugar como recurso, en ocasiones relegado. Se confirma la poca distinción que desde el lenguaje se les atribuye a los hermanos, de manera diferenciada a su rol como hijos. Igualmente, se comprueba que el espacio terapéutico representa para la fratría una oportunidad para el fortalecimiento del vínculo de la hermandad, un espacio sanador y liberador, que además puede ser potenciado por el terapeuta al validarlo como un sistema que

¹ Trabajadora social, especialista en Familia y magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Docente interna de la Facultad de Trabajo Social de la UPB. Correo electrónico: isabel.alvarez@upb.edu.co

² Trabajadora social de la Universidad de Antioquia. Especialista en Trabajo Social Familiar y Terapia Familiar Sistémica, y magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Docente de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de la Universidad Católica Luis Amigó. Correo electrónico: ledy.bedoyaca@amigo.edu.co

en la trama relacional contribuye de manera particular al afrontamiento de diversas situaciones familiares.

Palabras clave: familia, terapia familiar, relaciones fraternas, dimensiones relacionales, dimensiones estructurales.

Introducción

Este capítulo presenta los resultados del trabajo de grado realizado en el 2018, titulado: “Nos tenemos a nosotros: relaciones fraternas en el contexto de la terapia familiar”. Un estudio interactivo –con terapeutas de familia– y documental –con consultantes del Centro de Familia de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB) en la ciudad de Medellín–. El trabajo se orientó a comprender las relaciones fraternas en el contexto terapéutico, desde la percepción de terapeutas familiares y de familias que asistieron a terapia familiar en el Centro de Familia de la UPB durante el periodo 2016-2017. Como aporte a la reflexión sobre la importancia del subsistema fraterno en el abordaje terapéutico con familias, se presenta a continuación una contextualización con los principales antecedentes y referentes. A partir de estos referentes se buscó dar respuesta al objetivo general, en correspondencia con la pregunta por el lugar de las relaciones fraternas en el contexto terapéutico. El propósito es comprender las relaciones fraternas desde la percepción de terapeutas familiares, en relación con las categorías definidas: tipos de relaciones entre hermanos y dimensiones estructurales y relacionales que inciden en dicha relación.

La fratría en el contexto de la terapia familiar

La fratría es uno de los espejos familiares en el que no podemos dejar de mirarnos.
Ledo, López de Mendiguren y Vadillo, 2012

Entre sistemas y subsistemas, la terapia familiar ha proporcionado voz a múltiples protagonistas del escenario familiar. Las relaciones conyugales y

parentofiliales han estado en el foco de la trama relacional, y aunque no menos significativos, los hermanos han jugado un rol importante, pero no tan mencionado. La fratría, el holón fraterno, el subsistema fraterno, como generalmente se ha nombrado, no ha dejado la escena familiar, mas tampoco ha contado con mayor reconocimiento. En la actualidad, cuando las configuraciones familiares han variado entre el influjo de asuntos económicos, políticos, sociales y culturales, la diada conyugal con un solo hijo o sin hijos ha cobrado fuerza y cada vez más jóvenes deciden no ser padres/madres. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Vale la pena retomar la importancia que han ganado los hermanos, la presencia y el cuidado de las relaciones fraternas, tanto en la vida de los sujetos como en el contexto terapéutico. Algunos clínicos y teóricos que han estudiado el tema (Minuchin, 2003; Droeven, 2002; Manhey y Cáceres, 2007; Howe y Recchia, 2014; Arranz y Olabarrieta, 1998) coinciden en reconocer el aporte al desarrollo individual y relacional de los hermanos, cuando sus experiencias compartidas les posibilitan amplios aprendizajes, alcanzar los retos a los que el momento de vida compartido los invita y, más allá, las situaciones que como familia afrontan juntos. Esta mirada trasciende la idea generalizada de relaciones fraternas que se debaten entre amor, odio, rivalidad y celos, y plantea una concepción más polifacética de hermandad.

En el ejercicio de la terapia familiar la distinción y abordaje del subsistema fraterno ha parecido de menor relevancia (Minuchin y Fishman, 2010), lo que no significa que no se trabaje con los hermanos, sino más bien que se otorga poco reconocimiento a la fratría como sistema distintivo. Este subsistema está provisto de recursos particulares y puede constituir un soporte esencial y un sostén para el equilibrio de las relaciones familiares, además de la posibilidad de cumplir una función coterapéutica en algunos casos. Si bien es cierto que en la historia desde diversas perspectivas (antropológicas, bíblicas, literarias, novelescas y fantasiosas) los hermanos han sido reflejados en un debate antagónico de emociones intensas, también es verdad que presentan cualidades como amistad, apoyo, solidaridad, complicidad y afecto, que pueden ser muy útiles en la terapia (Kancyper, 2004).

Pertenecer a una misma generación aumenta la posibilidad de intereses y experiencias similares o compartidas, lo que como pares facilita la camaradería y la alianza. De acuerdo con Arranz y Olabarrieta (1998), ser hermano implica un rol particular en las interacciones intrasubistemas e intersubistemas; los padres participan en estas en la medida en que posicionan a

los hijos y establecen con cada uno de ellos diferentes formas de relación. Los hijos marcan las transiciones de la familia, configuran con los padres pautas relacionales y crean entre sí códigos propios. En efecto, la relación que tienen los padres puede configurarse como limitante o posibilitadora de armonía en la fratría, y favorecer o limitar alianzas, coaliciones y triangulaciones, como lo ha descrito Minuchin (2003).

El interés en este tema se ha visto principalmente reflejado en el siglo xx, en el cual autores como Howe y Recchia (2014) han hablado del importante rol de los hermanos en la dinámica familiar. Entre estos se establece un escenario temprano de vinculación y a la vez una de las relaciones más duraderas, que comparte, como lo plantean Arranz y Olabarrieta (citados en Rodríguez y Gutiérrez, 2015) crisis vitales y ritos de transición necesarios en la configuración de la identidad cultural.

Desde el campo de las ciencias sociales y humanas, en las intervenciones familiares y específicamente en el ejercicio de la terapia familiar, ha sido preponderante el lugar de los padres, la pareja como sistema y las relaciones parentofiliales, mientras que el sistema fraterno, aunque no relegado, no suele ser tan significativamente convocado o validado como recurso en dicho espacio terapéutico. Los terapeutas pueden incurrir en esto cuando su relación con los hermanos participantes en una sesión de terapia se establece desde su rol de hijos y no de hermanos, es decir, que el hecho de ser convocados y participar de la sesión no es necesariamente proporcional al reconocimiento del sistema fraterno potencial. Entre algunas explicaciones se pueden incluir los imaginarios y las experiencias personales del terapeuta frente a sus propios hermanos, o el énfasis que la literatura y especialmente la psicología ha puesto en la influencia de las relaciones parentofiliales en el desarrollo de los hijos, o la influencia de estos en el sistema parental.

Algunos autores como Rosenberg (1980) han expresado en sus textos la importancia de los hermanos como sistema de apoyo; también Gail (1986) ha escrito acerca de la terapia de hermanos con familias multiproblemáticas; Shapiro y Ginzberg (2001) exponen su implementación en la terapia de grupo; Gnaulati (2002) plantea la aplicabilidad de la terapia de hermanos con niños y adolescentes, y Nichols (1986) escribe sobre la terapia de hermanos en la reorganización del sistema familiar. También Neuburger (1997) se aproxima a la temática desde una lectura más psicodinámica y McGoldrick y Gerson (2000) desde un enfoque intergeneracional. Lo anterior

evidencia que las relaciones fraternas sí han sido abordadas; sin embargo, se encuentran pocos artículos recientes o publicaciones latinoamericanas acerca del lugar de la fraternía en la terapia de familia.

Al rastrear estudios más recientes, se encuentran los aportes de Droeven (2002; 2009), quien se enfoca en desarrollos sobre la hermandad, la desfraternización y el abordaje de las relaciones fraternas. Y la investigación de Ledo, López de Mendiguren y Vadillo (2012) en España, orientada a conocer los factores que influyen en el desarrollo de síntomas y diagnósticos atendidos desde la terapia familiar. Las autoras indagan acerca de la relación existente entre la posición que se ocupa en la fraternía y el desarrollo de síntomas, y señalan que tanto en los hijos mayores como en los menores pueden presentarse trastornos adaptativos, lo cual indica que se trata de tendencia y no de conclusiones homogeneizantes.

En una línea similar, Namysłowska y Siewierska (2010) en Polonia presentan un estudio que focaliza la importancia y el papel de los hermanos en la terapia familiar, los cuales pueden contribuir a que los procesos terapéuticos alcancen los objetivos en menor tiempo, sean más efectivos y ayuden a liberar tensiones y fortalecer vínculos. Es importante mencionar a Bréchon (2008) y Chaltiel y Romano (2004), quienes en sus investigaciones en Francia coinciden en destacar el sentido que cobran la historia familiar, los legados y las configuraciones de la identidad, desde una lectura de la fraternía en el espacio terapéutico, que más allá de vínculos consanguíneos, responde a una psiquis colectiva. Y finalmente los estudios de Manhey y Cáceres (2007) en Chile, quienes presentan reflexiones sobre su experiencia en el trabajo clínico con la fraternía, especialmente en casos de divorcio, e identifican características y particularidades que diferencian al sistema fraterno de las demás relaciones familiares.

En esta mirada se incluye el interés personal que ha suscitado el tema de los hermanos como recurso favorecedor en la experiencia de vida. El presente capítulo se desarrolla a partir de la pregunta por el lugar de las relaciones fraternas en el abordaje terapéutico con familias, y la influencia que dicha reflexión puede tener en el ejercicio terapéutico. Esta emerge de la hipótesis de que las relaciones entre hermanos son irremplazables, dejan una huella importante en la vida de las personas y pueden ser un recurso potente en terapia, mucho más si el terapeuta es consciente de ello. Si bien las relaciones fraternas se han comparado con amistad, o se ha hablado de los hermanos elegidos como compañeros de vida por opción, también existen

posturas que destacan la singularidad de la experiencia de compartir padres y familiares, de pertenecer y comprender el código particular de una familia. Eso sin considerar lo que puede llegar a significar en la vida de un sujeto crecer en compañía de otros, inmersos en una misma línea generacional que los provee de posibilidades.

Rodríguez y Gutiérrez (2015) plantean que el vínculo fraterno puede considerarse un recurso terapéutico de apoyo y regulación emocional con efectos en toda la familia. Al formar parte de un sistema que consulta por alguna situación que le preocupa o desborda, surgen las preguntas: ¿cómo participa el sistema fraterno en dicha situación?, ¿cómo se articulan desde el lugar de hermanos quienes son parte de él?, ¿cómo se visibilizan esas relaciones en el espacio de la terapia?, ¿qué emerge del sistema fraterno en el escenario terapéutico? Estas son algunas de las inquietudes que han participado en la consolidación de este interés.

Dos de los primeros autores que consideraron la influencia de este sistema en el contexto terapéutico fueron Bernard y Buralli (2006) al plantear que el trabajo con los hermanos contribuía a clarificar incomprensiones recíprocas, reconstruir la historia familiar y compensar carencias emocionales. Concebir a los hermanos en terapia como un sistema distinto, más allá de la particularidad de sus integrantes, puede ser una oportunidad para que el terapeuta y la familia comprendan otras dimensiones de la situación. Como afirma Neuburger (1997), pareja y fratría representan dos componentes esenciales en los que es posible evidenciar características comunicacionales y de la identidad familiar.

El holón fraterno cobra fuerza en el contexto familiar con los aportes de Minuchin (2003), quien al desarrollar una lectura estructural de la familia y retomar principios de la teoría sistémica, hace alusión a límites, jerarquías, roles y alianzas que entre subsistemas se establecen. Aunque se pone el énfasis en la pareja y las relaciones entre padres e hijos, el sistema fraterno es descrito como un contexto de interacción propicio para el aprendizaje mediado por la cooperación, la competencia, la rivalidad y el apoyo, entre otros elementos. Estos garantizan la pertenencia a un grupo singular de coetáneos, el cual provee un aprendizaje sin igual, útil para establecer otro tipo de relaciones y sortear situaciones. Incluso se considera que los roles asumidos de manera temprana cobran un sentido importante a lo largo de toda la vida. Ciertos autores como Howe y Recchia (2014) reconocen

la fratría como un laboratorio natural que también influye, además de lo mencionado, en la regulación emocional y la forma de afrontar el conflicto. Adler y Brett (2014) y Freud (1917) también habían señalado que desde el grupo familiar se busca y adquiere un sentido de pertenencia, el cual entra en conflicto al experimentar el desplazamiento que puede generar el nacimiento de un hermano. Los secretos, juegos y aventuras de la vida compartida inician por los padres y repercuten a lo largo de la experiencia de vida, como bien lo señala Pezo (2009), al decir que “el hermano como el otro-yo, que me es externo, sería aquel que me confronta con mis dificultades, con mis miedos y que por identificación cuestiona aquello que hasta entonces podía haber dejado de lado” (p. 2). Es así como la vida experimentada entre hermanos adquiere un sentido propio, que influye en el desarrollo individual y difícilmente puede generalizarse.

Características de la fratría

Tres aspectos resultan relevantes ante el interés por profundizar en las relaciones fraternas: las dimensiones estructurales, las dimensiones relacionales y los tipos de relaciones que se establecen entre los hermanos. Frente a la primera, los aportes de McGoldrick y Gerson (2000), Bowen (1991), entre otros, han permitido identificar en la estructura familiar el influjo del orden de nacimiento, el sexo y la diferencia de edad en la forma en que se establecen las relaciones y los roles asumidos, además de ciertas características que se hacen visibles en la personalidad y el estilo de vida.

Estas ideas resultan muy útiles en las intervenciones terapéuticas en las que se analizan las relaciones respecto a los lugares asumidos por una pareja en su familia de origen, lo cual permite hipotetizar frente a posibles tendencias en la forma de adaptarse a la convivencia, en torno a las posiciones simétricas o complementarias que se establezcan entre ellos. Ser hijo único, primogénito, hijo del medio, hermano menor o gemelo crea diferencias en cuanto a cómo es visto por la familia y las expectativas que en esta se generan. Además dichas expectativas corresponden no solo a la familia en pleno, sino a cada uno de sus subsistemas. Entre el mismo grupo de hermanos, pero en función de la dinámica familiar, se adquiere un estatus con mayores o menores posibilidades.

En cuanto a las dimensiones relacionales, los roles, al igual que los asuntos estructurales mencionados, tienen mucha influencia. Un descuido en la literatura puede notarse al considerar las relaciones entre hermanos como parte

de las relaciones parentofiliales, como si el hecho de *ser hijo* se significara de forma similar a *ser hermano*. Al respecto, Manhey y Cáceres (2007) ratifican la distinción entre lo filial y lo fraterno, en la cual el vínculo horizontal existente entre hermanos propicia vivencias distintas a las experimentadas en la relación vertical entre padres e hijos, sin desconocer la injerencia de estas últimas sobre la manera de relacionarse entre hermanos. Así, la rivalidad, la hostilidad o la compasión pueden surgir o incrementarse de acuerdo a la manera en que padre y madre se relacionan con cada uno de los hijos. Estos también responden a dinámicas más amplias y complejas. La posición fraterna o *sibling position*, el orden entre hermanos, el sexo y la edad pueden determinar cómo los hijos sortearán el proceso emocional en las distintas generaciones familiares (Ledo *et al.*, 2012).

En algunos casos los roles asumidos por los hermanos parecen alejarse de la lógica convencional cuando es el menor quien suele respaldar la autoridad de los padres o el mayor quien concentra las atenciones familiares. Sin embargo, el hecho de no responder a una lógica estructural predeterminada es precisamente parte de la complejidad de las dinámicas familiares. Como plantea Droeven (2002), el vínculo entre hermanos está regulado por normas flexibles que se adaptan al contexto y se ajustan a las necesidades personales y familiares del momento, y al mismo tiempo responden a una historia. Así, en las dimensiones relacionales de la fratría cobran fuerza el rol y el *self*, y en este último se integran la historia personal, los intereses, las creencias, las características y las diferencias que confirman el sentido de individualidad, el cual intensifica en mayor o menor medida las diferencias o similitudes entre los hermanos.

Los tipos de relaciones entre hermanos, el tercer aspecto relevante en el interés de este escrito, han sido retomados por autores como Castillo (2016), quien afirma que los hermanos forman entre ellos una unión particular en su relación, un *entre sí* referente a lo que reciben de sus padres, y que si bien la amistad es una elección que no tiene obligaciones recíprocas, puede surgir entre ellos al compartir características comunes de la amistad. Las relaciones conflictivas habían sido referidas en la rivalidad entre hermanos, que evidencian sufrimiento expresado en peleas, distanciamiento, antagonismo, celos, amenaza o desconexión emocional como parte de la trama fraterna (Freud, 1917).

De acuerdo con lo anterior, profundizar en el tema de las relaciones fraternas en terapia familiar constituye una apuesta más amplia e integradora, complementaria al abordaje encontrado en la psicología y el psicoanálisis.

Introduce otros elementos que trasladan el foco a la fuerza de lo relacional, ambos campos reconocen la fratría como recurso significativo en la terapia y posibilita mayor riqueza al momento de intentar comprender lo que sucede en el interior de las familias que consultan. También es una forma de resarcir un poco el rol olvidado de los hermanos en este contexto y visibilizar con ellos la hermandad, no solo como condición, sino como posibilidad que contribuye tanto al crecimiento personal como al familiar.

Metodología

La investigación de la cual se desprende este capítulo se desarrolló bajo la *metodología cualitativa con enfoque hermenéutico*, como se mencionó anteriormente, con el objetivo de comprender las relaciones fraternas en el contexto terapéutico. De esta manera, fue posible el acercamiento a las relaciones fraternas a través de cada terapeuta participante, para reconocer las múltiples formas de interpretar la hermandad. A esta multiplicidad se llega a partir de construcciones y vivencias manifestadas en discursos cargados de significado, los cuales precisan ser analizados desde diversas variables, y destacar así la relevancia del análisis reflexivo desde la perspectiva sistémica. La información retomada fue generada por siete terapeutas de familia, que, como se expresó al inicio, pertenecen a diferentes países.

La elección de los siete participantes se realizó basada en la experiencia mínima de quince años en el ejercicio de la terapia familiar y en el abordaje del subsistema fraterno (con un mínimo de dos hermanos, en algún caso en el que su principal motivo de consulta hubieran sido las relaciones fraternas) y el interés en profundizar en el tema a lo largo de su desempeño profesional. Es importante aclarar que no se discrimina en esta investigación el motivo de consulta ni la etapa del ciclo vital de los hermanos consultantes, y se considera como hermanos a todos aquellos que tengan en común el padre, la madre o uno de ellos. Así mismo, no fue un parámetro de selección que dicho vínculo se estableciera de manera biológica o adoptiva. Respecto a las fuentes documentales, se recurrió a investigaciones en el tema, artículos de revista especializada y libros (físicos y virtuales). Se aclara que este capítulo se centrará en dar respuesta al objetivo general a través de las narrativas obtenidas de los terapeutas.

La *modalidad* o estrategia de investigación empleada fue interactiva –posible mediante el diálogo establecido con los terapeutas familiares– y documental

—la cual, según Galeano y Vélez (2012), combina fuentes diversas, al ser su expresión más característica los trabajos basados en documentos recogidos en archivos oficiales o privados, que son su materia prima fundamental—. El *plan de análisis* posibilitó el ordenamiento de la información y su posterior comprensión a partir del diálogo entre datos, fuentes e interpretaciones. Se dividió en tres momentos.

En el primero, después de obtener la información de los participantes, el interés se centró en los contenidos y la posibilidad del diálogo entre subjetividades, por esto se realizaron transcripciones de las entrevistas de los terapeutas. Posteriormente se empleó el *software* Atlas. ti como unidad de registro y el *análisis de contenido como método* para clasificar la información en unidades de contexto y establecer correspondencias entre uno y otro. El análisis de contenido, de acuerdo con Galeano y Vélez (2012), se hace posible al valorar e interpretar la información, cruzándola y comparándola con los documentos, a partir de los elementos identificados de las categorías de análisis definidas, en correspondencia con la pregunta de investigación.

En un segundo momento se pasó a la codificación y categorización de los datos. Los códigos debían corresponder a las categorías y subcategorías exploradas en las entrevistas para tomar en cuenta significados similares y criterios temáticos. En la presente investigación se identificó como categoría central las *relaciones fraternas en el contexto terapéutico*, con tres categorías secundarias y nueve categorías de tercer orden: *tipos de relaciones fraternas* (amistad y conflictividad), *dimensiones estructurales* (orden de nacimiento, diferencia de edad entre hermanos, número de hermanos y sexo) y *dimensiones relacionales* (*self*, características de la relación con los padres y roles).

Como tercer momento y apoyado en matrices que facilitaron el proceso de análisis, se realizó el registro de los principales hallazgos, fundamentado en las unidades de significado proporcionadas por los participantes. Ello posibilitó el desarrollo de una discusión, como consecuencia de la contrastación y comparación de dichos aspectos teóricos y empíricos, mediados por la interpretación, como aporte final a los aspectos estudiados. Los resultados obtenidos surgen de una construcción colectiva, gracias a las experiencias, vivencias y significados que le atribuyen terapeutas y consultantes a las relaciones fraternas, las cuales están atravesadas e influenciadas por sus valores, creencias, percepciones y comprensiones, en relación con lo que implica ser hermano y la forma en que se establece la hermandad.

En coherencia con los principios éticos que guiaron la investigación, los participantes firmaron un consentimiento informado, donde se especificaron las características de la investigación y el cuidado de la información personal. Los resultados obtenidos se difundieron con el uso de códigos indicados así: *T-años-letra* (T significa terapeuta, y años de experiencia). Respecto a las fuentes bibliográficas y el material de apoyo registrado, se consideraron las respectivas citas susceptibles de verificación.

Hallazgos y discusión

Se presentarán a continuación los asuntos centrales identificados frente a los tipos de relaciones expresadas en el contexto terapéutico, la dimensión estructural-relacional y la importancia del abordaje fraterno en el contexto de la terapia con familias. Para tal fin, se expondrán algunos relatos ilustrativos, derivados de la experiencia de los participantes.

Tipos de relaciones entre los hermanos en el contexto terapéutico

Los tipos de relaciones que se evidencian con mayor frecuencia en el espacio terapéutico son *conflictivas* y *de amistad*. Como lo señala Freud (1917), los hermanos, así como suelen ser los primeros amigos, son a su vez los primeros rivales, quienes experimentan de manera frecuente sentimientos ambivalentes de amor y de odio. “Los papás tienen una idea sublime de la hermandad y sueñan unos hermanos súper armónicos, pero sabemos que los seres humanos somos Caín y Abel, somos ambivalentes, conflictivos, contradictorios y a veces nos cuesta trabajo la convivencia con otros” (T19E).

De acuerdo con Abelleira (2006) y con algunos terapeutas participantes en la investigación, el conflicto entre los hermanos surge como resultado de la rivalidad y los celos, como manifestación de la competencia en el deseo de sobresalir en la fratría, de obtener reconocimiento y aprobación, especialmente de los padres o adultos significativos. “A veces, esas relaciones se vuelven muy conflictivas por la competencia, los celos, la idea de que los papás tienen a unos favoritos y a otros más excluidos. Eso es un tema recurrente en las historias de los hermanos” (T19E).

Una de las formas como suele manifestarse el conflicto es por medio de la violencia física, verbal, psicológica y hasta sexual, como consecuencia de la violencia presentada en la familia, principalmente entre los padres, o de los padres hacia los hijos. Este comportamiento posteriormente es replicado en la fratría. Como lo manifiesta Gelles (1980), presenciar violencia intrafamiliar durante la infancia se constituye en un factor de riesgo para repetir esta pauta de conducta en la adultez y por fuera del hogar. A esta repetición la nombra como *ciclo de violencia* y se conoce como *transmisión intergeneracional*.

Así mismo, los participantes nombran el distanciamiento como una de las situaciones que emergen en el espacio terapéutico entre los hermanos, algunas veces como consecuencia del conflicto y otras veces por la poca cercanía durante la infancia y los límites establecidos por los padres durante la crianza. El distanciamiento también puede surgir por otros factores, como el hecho de no haber convivido juntos, lo cual se presenta principalmente cuando los hermanos no comparten uno de los padres, bien sea porque son hijos de uniones previas o fueron concebidos con parejas extramatrimoniales, lo que puede llevar a que se marque distanciamiento en su relación.

En cuanto a las relaciones de amistad entre los hermanos, la mayoría de los terapeutas entrevistados concuerdan en que los vínculos de amistad predominan a pesar de las diferencias o dificultades. “Hay más vínculos de amistad y complicidad más allá de cómo se expresen. Cuando no hay es cuando está la interferencia del conflicto parental y conyugal” (T23E).

De acuerdo con Droeven (2002), “la consanguinidad no es un requisito absoluto para pensar la hermandad en la contemporaneidad” (p. 38). Por consiguiente, la amistad que entre hermanos se puede tejer responde a una elección y construcción a partir de los acontecimientos y situaciones compartidas, que posibilitan resignificar dicha relación. Es así como:

El vínculo responde al *afecto* y a la *elección*, y no a la “fuerza de la sangre”. (...) El lazo sanguíneo se “eterniza” a través de los genes, pero el electivo hace que se ponga en juego un devenir que está ligado a la interacción, el afecto, y la creatividad vincular. (Droeven, 2002, p. 39)

Desde el sentido profundo de la amistad, podría expresarse que los hermanos pueden llegar a establecer relaciones de complicidad, apoyo, amor incondicional y confidencialidad; así como son los primeros pares, pueden

llegar a ser los mejores amigos. Los hermanos construyen en su fratría un *nosotros*, cargado de valor y significado, pues en efecto los hermanos son considerados como un sistema con identidad propia. De acuerdo con Minuchin y Fishman (2010), “los hermanos crean sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir” (p. 33). “El contar con el hermano para poder vivir eso de a dos, de a tres, de a cuatro, es algo que sin duda favorece esos procesos, y también como de la posibilidad de no estar tan solo, de apoyarse” (T20E).

En correspondencia con lo que relatan los terapeutas entrevistados, la amistad en el contexto terapéutico se puede evidenciar por medio de comportamientos empáticos: miradas, códigos secretos, expresiones, *palabras clave* que solo ellos comprenden, sonrisas, lágrimas y gestos, que dan cuenta de la complicidad y de la unión fortalecida a lo largo de su historia familiar. “Una conexión que tiene que ver con las experiencias compartidas. ¿Quién más puede acercarse a entender lo que has vivido? Somos los únicos que de verdad tenemos estos padres, tenemos esta historia, hemos vivido estos episodios” (T23E).

Visto de este modo, es entonces la fratría, más allá de un subsistema que forma parte de la familia, un sistema con vida propia y con una singularidad especial que favorece las alianzas en relación con el funcionamiento del sistema. Solo quienes comparten el lugar de hermanos pueden conferir un significado especial a ciertas vivencias. Y lo que resulta más interesante es la posibilidad de esta experiencia compartida, manifestada en relaciones intensas de conflicto y amistad, pero a la vez de cooperación y apoyo incondicional, irremplazables en momentos de crisis.

Estructura y relación

Uno de los principales hallazgos de la presente investigación es que si bien las dimensiones estructurales (como número de hermanos, *self*, orden de nacimiento, roles, sexo, diferencia de edad y tamaño de la fratría) inciden en el tipo de relaciones que se establecen entre los hermanos, no las determinan. Por tanto, se precisa analizar dichas dimensiones, para que cobren un sentido, al considerar otros elementos como la construcción familiar, social y cultural de los significados y del lugar que le es asignado a cada uno en la familia, en relación con las expectativas que los padres tienen de ellos, el grado de afinidad, las características de la personalidad y el momento particular en el que cada uno nace.

Ledo *et al.* (2012) afirman que en la personalidad de los hijos no solo influye la información que reciben de sus padres, sino también las pautas de crianza, las relaciones que han establecido con diferentes personas y adultos significativos, y todas aquellas experiencias que cada uno ha vivido de manera personal. Desde esta misma perspectiva, Moreno y Lebrero (2014) consideran fundamental en la diferenciación del *self* que cada hermano sea respetado desde su individualidad por sus padres y demás personas significativas, tanto en el espacio íntimo de la familia como en el espacio público (grupo de amigos, personas cercanas, instituciones educativas, empresas, entre otras).

Minuchin (2003) señala que los hermanos promueven el desarrollo de las dimensiones intrapsíquicas de la diferenciación del *self*. En efecto, la ambivalencia que caracteriza a las relaciones fraternas (que se debaten entre la amistad, la rivalidad, la cooperación y los celos) posibilita que desde pequeños los hermanos aprendan a sobrellevar la diferencia, la frustración y todo lo que connota el afecto negativo. Esto facilita el manejo de emociones, como la tristeza, el enojo y la frustración. “El rol que cumple cada uno es muy relevante para la relación que se arma, para la construcción de la propia identidad” (T20E).

En contraste con lo que plantean Freud (1917), McGoldrik y Gerson (2000), Sánchez (2003), Acevedo (2008) y Ledo, López de Mendiguren y Vadillo (2012) respecto a la determinación del orden de nacimiento en el papel emocional que cada hermano asumirá en la familia, los participantes señalan que más allá de los roles, se precisa hacer referencia a los lugares parentales, los cuales están delimitados por el espacio y el tiempo del sistema familiar. Por lo tanto, en el abordaje de las relaciones fraternas es imprescindible trascender el orden de nacimiento para darle lugar al posicionamiento fraterno, el cual no se genera por la naturaleza, sino que es adquirido, e indudablemente influye en el comportamiento que cada hermano asume en su familia.

En esta misma línea, los terapeutas entrevistados destacan que cada hermano llega en un momento particular de la familia, y dicha familia es cambiante y dinámica, y que se suman las experiencias particulares que cada uno de sus integrantes enfrenta. Efectivamente, se podría considerar que cada hermano encuentra a una familia o pareja diferente, lo que influencia de manera considerable el comportamiento de cada hijo y, por ende, las tareas que le sean encomendadas a cada uno, en correspondencia con sus

habilidades y capacidades personales. “En qué momento llega esa hermana o ese hermano a la casa. Si llega en el mejor momento de esa pareja o si llega en el momento más difícil” (T18E).

En cuanto a la variable sexo en los hermanos, por sí sola no cobra ningún sentido. Su significado se define a partir de la construcción social y cultural que se le atribuye a ser hombre y mujer en cierto contexto y momento histórico; en consecuencia, es preciso establecer una diferenciación conceptual entre *sexo* y *género*. En este sentido, Buitrago, Cabrera y Guevara (2009) señalan que de acuerdo con las creencias sobre lo femenino y lo masculino, los padres limitan o presionan a realizar determinadas tareas; no obstante, destacan que según el tipo de familia a la cual pertenecen, dichas distinciones son más marcadas. En efecto, los padres al momento de pensar en un nuevo hijo (por ende, en un nuevo hermano) contemplan la idea de tener un hombre o una mujer, tal vez como respuesta a ciertos vacíos propios, temores y anhelos, en correspondencia con los roles que desean que lleguen a asumir tanto en los ámbitos personal y familiar como social: alegrar, cuidar, transformar, proteger, acompañar, construir y proteger. “Podrá ser que los hombres tengan más incidencia para unas cosas, las mujeres para otras, pero luego vuelvo y pienso en las familias que atiendo y uno ve que esto es cambiante” (T26E).

McGoldrick y Gerson (2000) puntualizan que la diferencia de edad es una variable que tiene una importante influencia en el tipo de relación que se establece entre los hermanos: a menor diferencia de edad, mayor proximidad. Al compartir las mismas etapas del ciclo vital, se favorecen las historias juntos, las travesías y los sueños. Si bien se puede generar mayor rivalidad o conflicto, puesto que persiguen unos mismos intereses, así mismo se da el fortalecimiento de los lazos de amistad, en tanto es posible identificar a un hermano como par. “Todos son iguales por ser hermanos, pero a la vez diferentes, en tanto que si la diferencia de edad es apreciable, hay una jerarquía. Se puede dar complementariedad y simetría; depende de las diferencias de edad entre la fratría” (T27E).

Mientras mayor número de integrantes en la fratría, mayor diversidad en las relaciones, las cuales están condicionadas por las variables de edad, sexo, nivel de empatía o afinidad. Esto claramente se evidencia en el contexto terapéutico: no en todas las fratrías se percibe unión, no todos tienen conocimiento de lo que pasa con los hermanos y no todos muestran interés en querer participar en la terapia o en encontrar alternativas de solución a ciertos conflictos.

De acuerdo con la terapeuta (T20E), cuando las fratrías son más pequeñas, existe un mayor reto entre los hermanos para dar respuesta a los asuntos familiares, por lo que el tipo de relación que establezcan tendrá un mayor impacto emocional y familiar. En tanto para asumir ciertos roles, que no siempre corresponden con el deseo de cada hermano, las alternativas se reducen y se adjudican con cierto carácter de obligatoriedad.

Respecto a las características de las relaciones que crean los hermanos con los padres, en los relatos de los participantes se evidenció que, sin duda, el papel de los padres, aunque no determina la consolidación del vínculo fraterno, sí influye de manera considerable en las relaciones que se configuran entre los hermanos. Así lo expresa una de las terapeutas: “Yo diría que influyen mucho, porque pueden modular los excesos que esos hermanos puedan tener, o acrecentarlos. Además porque esos adultos significativos, o ese papá, o esa mamá, pueden también modelar maneras más estéticas de vivir la vida” (T18E).

Por ello se hace necesario reconocer que más allá de los factores estructurales, cada hermano nace en un momento específico del ciclo vital de la familia, lo que repercute en la manera como establece relación con los diferentes integrantes de la familia y en las expectativas que los padres tienen hacia él. De acuerdo con Bernard y Buralii (2006), cada progenitor, incluso antes de que nazca el niño, comienza a fantasear con ciertos ideales respecto a ese nuevo ser, y a anticiparse frente a la identidad y al rol que asumirá en la dinámica familiar, en aras de encontrar nuevas formas de funcionamiento dentro de la familia. Es así como indirectamente se comienzan a evidenciar ciertos favoritismos por algunos de los hermanos y una marcada diferenciación respecto a las tareas y roles que se le delegan.

Resulta significativo reconocer que cada uno de los hermanos, al contar con características únicas que lo definen y diferencian de los otros, llega a configurar también de manera determinada una relación con sus padres. En esta relación pueden ser vistos desde la polaridad: aceptación o rechazo, amor o sentimientos de culpa, identificación o reprobación. Esta última se puede dar de manera verbal o por acciones, cuando el hermano que identifican como preferido es rechazado y excluido de la fratría; si bien este hermano resulta ser el preferido por alguno de sus padres, o por ambos, pocas veces es el favorito para sus hermanos.

En correspondencia con la fraternidad, los padres tienen ideas muy concretas en relación con lo que significa ser y tener un hermano, de acuerdo con su propia experiencia. Para unos tiene una connotación positiva, cercana, afectuosa; para otros significa una experiencia difícil y hasta dolorosa. Estas ideas marcan unas pautas respecto al tipo de relación que los padres puedan fomentar en la fratría; tal vez repiten sus propias historias o desde el deseo propician ideales de hermandad con los que siempre soñaron y con los que lamentablemente no contaron. “Es importante hablarlo con los papás, o sea: ‘¿Ustedes qué esperaban de este chico?, [...] ¿cuál es la idea que tienen sobre ese lugar que él ocupa en la familia?’” (T19E).

Hermanos en terapia

Sin duda, el lugar que el terapeuta le atribuye a los hermanos y la diferenciación que establece entre lo fraterno y lo filial resultan ser clave al momento de pensar en las relaciones fraternas en el contexto terapéutico. A su vez, permiten hacer un ejercicio de introspección a su *self* de terapeuta, para conocer más de cerca sus propias motivaciones, intereses y, de manera especial, el significado que le atribuye a dichas relaciones, no solo desde su rol como hermano, sino también como acompañante en el proceso de fortalecimiento de la hermandad de sus hijos.

Los participantes destacaron la importancia que le otorgan a las relaciones fraternas como una de las principales motivaciones para invitar a este sistema a formar parte de la terapia, no obstante, así como Minuchin y Fishman (2010) reconocen los vacíos y el relegado valor que les han tenido los hermanos en el espacio terapéutico, la mayoría de los terapeutas han centrado su atención en el funcionamiento parental.

A veces caemos un poco en el juego de entrevistar a la mamá sola, o que la hija quiere que la escuchen sola, y se corre un riesgo. Minuchin decía que dónde estaba la familia, porque él citaba a toda la familia con los hijos. Sin caer en la idea que si no están todos, no estamos haciendo terapia familiar. (T35E)

Otro de los aspectos que resulta clave comprender en el abordaje de las relaciones fraternas es precisamente que desde diversos modelos terapéuticos no suele hacerse distinción entre hijos y hermanos. Si bien es importante tener presente que los hermanos asumen ambos roles, se requiere hacer la distinción de manera particular y relacionada. Como lo expresa

Droeven (2002), “sin hijos no hay hermanos en el sistema familiar (...). La condición del hijo condiciona la de hermano. La condición de hermano encuentra en la condición de hijo el obstáculo específico a partir del cual podrá constituirse” (p. 29).

Comprender las dimensiones nombradas denota una significativa distinción cuando los hermanos asisten a terapia familiar centrados desde su rol como hijos a cuando asisten focalizados en su rol como hermanos, para abordar diversas problemáticas propias de la fratría o para tratar otras situaciones familiares desde su apreciación como hermanos.

Manhey y Cáceres (2007) sustentan la importancia de diferenciar lo fraterno de lo filial y de lo conyugal. Desde una perspectiva terapéutica, esto se puede ejemplificar en el trabajo con familias que atraviesan un proceso destructivo de divorcio, en el que según lo expresan las autoras, dicha intervención debe estar dirigida a cada uno de los ejes relacionales de la familia.

Las diferencias existentes entre la relación que construyen los hermanos entre sí y la relación que deriva de su condición de hijos, son justamente las que le proporcionan a la fratría la posibilidad de funcionar como un eje relacional con cierta autonomía respecto a la influencia de otros ejes relacionales y que la convierten en un recurso terapéutico importante al momento de trabajar con estas familias. (Cáceres y Manhey, 2007, pp. 69-70)

Al momento de indagar por los motivos que conducen a los hermanos al contexto terapéutico, se destacan las peleas frecuentes, los celos y las diferencias propias de la infancia y de la adolescencia. Estas situaciones alertan a sus padres, quienes ven la necesidad de buscar estrategias que no acrecienten las riñas y rivalidades entre los hermanos. Según el participante (T27E),

Si bien en esta etapa quienes suelen consultar son los padres, el terapeuta podrá posibilitar que en el contexto terapéutico se propicie un giro, que lleve a trabajar exclusivamente con los hermanos, centrándose en lo que confiere a la fratría, y dando paso a abordar situaciones que tal vez la presencia de los padres pueda limitar o interferir.

El terapeuta (T35E), por su parte, opina que es un recurso importante “también apoyarse en el subsistema fraterno, para que, a través de preguntas, surjan situaciones que no han sido verbalizadas”.

Vale la pena señalar que algunos terapeutas identifican el temor de ciertos padres ante la idea de que sus hijos asistan solos a terapia desde su rol como hermanos, tal vez por la creencia de que puedan poner en evidencia algunas situaciones familiares o de la pareja. Para (T23E) cuando se dejan por fuera los hermanos, además de que “no responde a lo que es sinceramente la esencia de la terapia familiar, [...] se pierde la esencia de lo que es ese hermano, del recurso de estar con sus otros hermanos”.

Según señala Ledo *et al.* (2012), autores como Boszormenyi-Nagy y Framo (1988) y Bowen (1991) han recurrido al sistema fraterno como un recurso o complemento del proceso terapéutico de sus pacientes, ya sea en terapia de pareja o en terapia individual. De esta manera, no solo es posible que se fortalezcan los lazos de hermandad, sino que, al mismo tiempo, se propicien transformaciones personales, desde el reconocimiento y aceptación de la diferencia, de aquello del hermano que genera malestar y dolor. Lo anterior repercute en cambios significativos en la dinámica familiar, que potencian las capacidades de la fratría para asumir situaciones familiares de diversa índole. Además, se da paso a reafirmar que no están solos; que comparten sentimientos, emociones y percepciones; que se tienen los unos a los otros para afrontar las crisis y vicisitudes; que están juntos para reconstruir una nueva historia familiar.

Es muy frecuente la consideración más del subsistema filial que el fraterno. Aunque sean los mismos actores, la falta de diferenciación de ese subsistema y la intrusión de terceros puede generar disfunciones en las relaciones entre hermanos/as, no contemplándose adentro de este subsistema diferenciada e individuada. (T27E)

En definitiva, como lo proponen Manhey y Cáceres (2007), la terapia deberá posibilitar la transformación progresiva de la fratría en un espacio relacional que le permita explorar y potenciar sus propios recursos, al mismo tiempo que le brinde la oportunidad de construir un espacio protegido y confiable entre pares. Esta concepción posibilitadora del contexto terapéutico se articula con las funciones emocionales que desde el sistema fraterno pueden respaldar o subsanar dificultades presentadas en la historia de la relación parentofilial, potenciando así la utilidad del vínculo entre hermanos.

Conclusiones

Para comprender el lugar de la fraternidad en el espacio terapéutico es necesario reconocer que las relaciones entre los hermanos en dicho espacio suelen debatirse entre el amor y el odio, entre la amistad y la hostilidad. No se limitan a la rivalidad, los celos y la competencia; por el contrario, es posible identificar relaciones de camaradería, apoyo y confidencialidad, que pueden ser considerados factores protectores frente a las diversas situaciones tensionantes que se afrontan en el grupo familiar. Además, aquellas vivencias personales pueden ser mejor comprendidas por quienes pertenecen a la fraternidad, de acuerdo con los códigos que en su interior se crean. A través de este estudio se validan algunas ideas referidas en la literatura respecto a la influencia de los padres y adultos significativos en el tipo de relaciones que se establecen entre los hermanos, quienes responden a las mediaciones o regulaciones de los adultos. Y se demuestra así que lo que sucede en el subsistema fraterno representa una trama relacional más amplia.

Hacer referencia a las dimensiones estructurales y relacionales de la fraternidad implica necesariamente una comprensión más amplia de la dinámica familiar, y en ella los roles, las tareas parentales, la afinidad, el afecto, el momento y la manera en que cada hijo llega a la familia. Así mismo, implica reconocer que, dentro de un metacontexto, una dimensión estructural puede verse modificada en el transcurso de las transiciones familiares. Por ejemplo, se tiene la creencia de que el hijo mayor, por haber sido el primogénito, es quien asume una función cuidadora; sin embargo, a veces es asumida por el hijo menor, a quien debido a sus cualidades se le atribuye este rol, en un acuerdo implícito entre la fraternidad y la relación parentofilial.

Invitar a los hermanos al espacio terapéutico resulta ser un recurso de gran utilidad para ampliar el escenario de la conversación, reconocer nuevas posibilidades de significación, afrontar conflictos y crisis familiares, más aún si se reconoce como un sistema diferenciado, con una forma distinta de significar las experiencias como grupo. Ello puede contribuir al terapeuta y a la familia para encontrar diversas alternativas no exploradas. Este abordaje es potenciador; su inclusión en la terapia familiar puede representar oportunidades liberadoras no solo para la fraternidad, sino para el grupo familiar y el sistema terapéutico.

La noción de fraternidad que posee el terapeuta, basado en su experiencia de hermandad, puede aumentar las posibilidades de visibilizar la fraternidad

en el contexto terapéutico y dar lugar a su reconocimiento en este proceso como un valioso recurso que potencie, fortalezca, vincule o desmitifique asuntos vitales en un momento particular de la historia familiar. También puede advertirse que, en contraposición, algunos terapeutas de familia que se han acercado poco a las relaciones fraternas, desde lo personal o profesional, al abordar problemáticas familiares en las que no están involucrados directamente los hermanos, pueden no considerar pertinente, necesaria o importante su participación en la terapia, desconociendo la perspectiva sistémica de su intervención.

Referencias

- Abelleira, H. (2006). Divorcio y violencia en los vínculos familiares. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 9, 16-33.
- Acevedo, A. (2008). *La buena crianza*. Norma.
- Adler, A. y Brett, C. (2014). *Comprender la vida*. Paidós Ibérica.
- Arranz, E. y Olabarrieta F. (1998). Las relaciones entre hermanos. En J. Palacios y M. J. Rodrigo. *Familia y desarrollo humano* (pp. 245-260). Alianza Editorial.
- Bernard, R. y Buralli, B. (2006). Las raíces horizontales: los hermanos como recurso terapéutico. *Redes*, 16, 63-82.
- Ledo, I., López de Mendiguren, T. y Vadillo, S. (2012). *Diagnóstico y posición en la fratría*. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Framo, J. (1988). *Terapia familiar intensiva*. Trillas.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Paidós.
- Bréchon, G. (2008). Les liens fraternels en thérapie familiale. *Dialogue*, 1(179), 75-83. <https://doi.org/10.3917/dia.179.0075>
- Buitrago, M., Cabrera, K. y Guevara, M. (2009). Las representaciones sociales de género y castigo y su incidencia en la corrección de los hijos. *Educación y Educadores*, 12(3), 53-71.
- Castillo, M. (2016). Desde la complicidad entre los hermanos hacia la amistad: el “entre sí” de los hermanos. *Letra en Psicoanálisis*, 2(2), 1-11.
- Chaltiel, P. y Romano, E. (2004). Espace fraternel dans la thérapie familiale. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(32), 49-65.
- Droeven, J. (2002). *Sangre o elección, construcción fraterna*. Libros del Zorzal.
- Droeven, J. (2009). *Te acordás hermano*. Biblos.
- Freud, S. (1917). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Amorrortu.

- Gail, K. (1986). Sibling therapy with multiproblem families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(3), 291-300.
- Galeano, M. y Vélez, O. (2012). *Estado del arte sobre fuentes documentales en investigación cualitativa*. Universidad de Antioquia. Centro de Investigaciones Sociales y Humanas.
- Gelles, R. (1980). Violence in the family: a review of research in the seventies. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 873-885.
- Gnaulati, E. (2002). Extending the uses of sibling therapy with children and adolescents. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 76.
- Howe, N. y Recchia, H. (2014). Las relaciones entre hermanos y su impacto en el desarrollo de los niños. En: *Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia*. Concordia University.
- Kancyper, L. (2004). *El complejo fraterno*. Grupo Editorial Lumen.
- Manhey, C. y Cáceres, C. (2007). Terapia familiar con familias en proceso de separación/divorcio destructivo: el eje relacional fraterno. *De Familias y Terapias*, 15(24), 65-80.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (2000). *Genogramas en la evaluación familiar*. Gedisa.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Envejecimiento demográfico Colombia 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales*.
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (2010). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.
- Moreno, A. y Lebrero, A. (2014). Terapia transgeneracional. En: A. Moreno. *Manual de terapia sistémica: Principios y herramientas de intervención* (pp. 297-335). Desclee de Brouwer.
- Namysłowska, I. y Siewierska, A. (2010). The significance and role of siblings in family therapy. *Archivos de Psiquiatría y Psicología*, 1, 5-13.
- Neuburger, R. (1997). *La familia dolorosa*. Herder.
- Nichols, W. (1986). Sibling Subsystem Therapy in Family System Reorganization. *Journal of Divorce*, 9(3), 13-31. https://doi.org/10.1300/J279v09n03_02
- Pezo, M. (2009). El vínculo fraterno y la grupalidad. Área 3. *Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 13, 1-7.
- Rodríguez, M. y Gutiérrez, P. (2015). *Regulación emocional y relaciones fraternas: ¿Existe asociación?* Universidad Pontificia de Comillas.
- Rosenberg, E. (1980). Therapy with siblings in reorganizing families. *International Journal of Family Therapy*, 2(3), 139-150.
- Sánchez, L. (2003). *Aspectos históricos y enfoques de la terapia familiar*. Programa Editorial Facultad de Humanidades.
- Shapiro, E. y Ginzberg, R. (2001). The persistently neglected sibling relationship and its applicability to group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(3), 327-341.

Capítulo 5. El significado de ser/hacer hombre. Un asunto que se construye

César Augusto Villanueva Tabares¹

Resumen

Los cambios socioculturales repercuten en la construcción de la masculinidad y generan crisis en la identidad masculina por el continuo desafío de los hombres en demostrar su hombridad. Este capítulo presenta resultados de la investigación realizada entre los años 2012 y 2013 para obtener el título de magíster en Terapia Familiar de la UPB titulada “De las masculinidades y las paternidades, comprensión psicológica del machismo. Un análisis desde la perspectiva sistémica con los consultantes de la fundación Vínculo 2012-2013”, que tuvo como objetivo explorar el significado de ser/hacer hombres en la construcción de masculinidades y paternidades. Esta fue una investigación cualitativa, con estrategia de relato de vida, a través de entrevista a cuatro hombres en rol paterno distribuidos en cuatro rangos de edad.

El capítulo concluye que estos hombres construyen su ser/hacer a partir de las lógicas sociales y culturales. La familia como agenciadora de procesos de identidad e identificación remite a las imágenes de hombres que se posicionan desde los aprioris históricos reflejados en el imaginario de padre y madre, y en razón de dichas construcciones, configuran símbolos, significaciones e imaginarios que develan sus relatos.

Palabras clave: machismo, masculinidad hegemónica, psico/cultura, rol masculino, virilidad.

¹ Psicólogo de la Universidad San Buenaventura. Magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Docente en la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD). Correo electrónico: cesar.villanueva@unad.edu.co

Introducción

Me interesé por primera vez en el machismo cuando trabajaba en una fundación de niños en situación de calle y empecé a ver en el rostro de estos niños y estas niñas el abandono y sus efectos en la autoestima, en su identidad y en sus relaciones interpersonales. Una experiencia arrasadora que generó en mí un interrogante sobre la incidencia del machismo y su despliegue en la vida de los hombres.

En esta misma línea de indagación me encontré con el rostro del machismo. Se me presentó de cuerpo entero cuando empecé a ejercer como terapeuta familiar y pude reconocer en los hombres-padres las huellas del machismo que arrastraban silenciosamente como una condición imposible de superar, pues era la única forma aprendida de ser/hacer hombres, en el sentido que repetían la historia de sus padres en el momento de ejercer su rol, a pesar del dolor recibido.

De aquí surge la idea de un proyecto investigativo, cuyo objeto se circunscribe de la perspectiva sistémica al campo de los estudios sobre las masculinidades, una mirada psicológica del machismo y su incidencia en las relaciones familiares y afectivas. El tema ha sido objeto de estudio desde las ciencias sociales y humanas, en contextos locales, regionales, nacionales e internacionales. Esta condición atraviesa las vidas de los hombres sujetos de la investigación, quienes hicieron proceso de terapia en la fundación Vínculo.

El encuentro como psicólogo y terapeuta generó en mí una inquietud sobre el tema y la necesidad de comprender y analizar el machismo desde la perspectiva sistémica y los estudios de género. Cuando pensé en esta investigación sobre el machismo consideré la importancia de inscribirla en una perspectiva de género como lente para el estudio del machismo. Tomé como punto de partida, de un lado, que el origen del machismo y de las subordinaciones de las mujeres (tal como las conocemos hoy) hunden sus raíces en el proceso civilizatorio (entendido como cultura política típicamente citadina y patriarcal que surgió al compás de la revolución urbana) y, de otro lado, la comprensión de que los géneros se construyen en las interacciones sociales.

Estas construcciones sociales que conforman el machismo han estado presentes en nuestra cultura como una forma de interrelación entre hombres y mujeres (*e incluso entre los mismos hombres*). Lo preocupante del asunto es

que el machismo se ha transmitido de padres a hijos e hijas, de generación en generación hasta nuestros días. Sin embargo, estas formas de relación están interrogadas profundamente por las mujeres y algunos hombres que ya no las aceptan, aspecto que implica en su devenir hombre-mujer una crisis cuando se trata de establecer relaciones psicoafectivas más equitativas y armónicas.

Este capítulo forma parte del estudio “De las masculinidades y las paternidades, comprensión psicológica del machismo. Un análisis desde la perspectiva sistémica con los consultantes de la fundación Vínculo 2012-2013”. La pregunta que planteó esta investigación es: ¿hay una comprensión psicológica del machismo y cuál es su incidencia en las construcciones de cómo ser/hacer hombres, padres, esposos y amantes en el contexto sociofamiliar? Y es la misma que orientará este capítulo.

Se propuso que la respuesta a la pregunta fuera abordada desde el constructivismo social, a la luz de la experiencia de hombres que han sido padres, esposos y amantes, por medio de la entrevista en profundidad. Para ello planteo la siguiente hipótesis: el machismo refleja en la dimensión cultural una construcción que incide en la socialización de los hombres y mujeres. El interrogante se dirige a comprender cómo es asumido el machismo desde los hombres y cómo se refleja en su ser/hacer hombre. Se tienen en cuenta las siguientes subcategorías: ser/hacer hombre, un asunto que se construye; el padre como referente o figura de identificación en el ser/hacer hombre; el lugar de la madre en el ser/hacer hombre; la pregunta del hombre por su identidad de género en el ser/hacer hombre, y la homosocialización: congéneres y coetáneos en el ser/hacer hombre.

Metodología

Esta investigación fue de tipo cualitativo, que corresponde a un modo de encarar el mundo empírico. Intenta analizar los problemas sociales desde el punto de vista descriptivo, es decir, focaliza su interés en las palabras de las personas, habladas y escritas, y la conducta observable. Hacer referencia a la metodología aplicada desde la investigación cualitativa sustentó la mirada en el sujeto, en sus contextos particulares, con sus determinaciones

históricas, sus singularidades culturales, sus diferencias y las distintas maneras de vivir y pensar sobre los grandes y los pequeños acontecimientos y situaciones por los que han cruzado sus historias personales. El enfoque como ámbito de referencia se inscribió en el interaccionismo simbólico, el cual se complementó mediante la estrategia del relato de vida a través de la entrevista para generar la información necesaria con la cual se logró dar cuenta de los objetivos. Se usó como instrumento la guía de entrevista a profundidad.

Una vez construida la guía de entrevista, el paso siguiente fue contactar y convocar a los hombres potenciales participantes. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de selección:

- Cuatro rangos de edad distribuidos de la siguiente manera: 20-30 / 30-40 / 40-50 / 50-60.
- Padres con hijos mayores de cuatro años.

Se brindó información tanto en lo referido al contenido como a los objetivos de la investigación. Se comunicó al participante el interés por comprender el lugar que ha ocupado y el sentido que ha tenido un hecho en su historia de vida, la cual intentaríamos reconstruir con él. Y se informó el procedimiento de la entrevista y la importancia de grabarla. Después de socializar el consentimiento informado y las consideraciones éticas, la entrevista fue grabada y archivada bajo normas de seguridad. El nombre real y el de sus familiares fue omitido en todos los casos, de modo que se guardó confidencialidad y la información fue utilizada solo con fines investigativos; quien hizo uso de ella para su codificación y análisis fue el investigador responsable.

El procesamiento y análisis de la información se realizó a partir de una matriz construida con las subcategorías de análisis predeterminadas por el investigador, y se usó el *software* NUD*IST (Gil y Perera, 2001). Para el análisis de datos se diseñó un esquema a partir de la reducción de datos para categorización y codificación. A continuación se llevó a cabo la disposición y transformación de datos. Con el uso del *software* mencionado se hizo la separación de la información en unidades, teniendo en cuenta el criterio conversacional por el interés en la información aportada por cada participante.

Hallazgos y análisis

Ser/hacer hombre, un asunto que se construye

El significado de *ser/hacer hombre* desde la psicología parte de indagar por las maneras en que los individuos –determinados biológicamente por una corporeidad, definida a partir de unos genitales y un cromosoma, y unas características sociales y culturales– configuran unos roles y unos estereotipos (Badinter, 1993). Estos se construyen sobre condicionamientos desde las distintas instancias sociales y culturales para exteriorizar rasgos y actitudes de la personalidad masculina. Y para ello se plantea una pregunta central: ¿cuál es la verdadera condición masculina? Esta pregunta se va a resolver mediante los factores que influyen en el comportamiento.

Desde esta perspectiva, la conducta masculina, como cualquier conjunto de actitudes, está influida por tres grupos de factores: aquellos constitucionales, que caracterizan la gente en lo individual; es decir, hace referencia a lo constitutivo, a esos rasgos biológicos. Los factores de desarrollo, que traen consigo actitudes, pensamientos y sentimientos únicos, porque se dan en el ambiente e implican sentimientos que para el caso del ser/hacer hombres se inscriben en códigos como la virilidad, la responsabilidad, el coraje y el honor, y se legitiman en un contexto, en nuestro caso, el contexto familiar. Y, por último, los factores situacionales o ambientales, que son los que corresponden a la filosofía de la vida cotidiana; esto es, aquellas relaciones que se establecen en el contexto cultural y familiar, y que definen –para el caso de esta investigación– los lazos que se construyen y que configuran en muchos casos la personalidad (Fonagy, 2004).

Un hallazgo de cómo estos hombres de la investigación inscriben su ser/hacer hombre en disposiciones como la hombría, el valor y la reputación se puede evidenciar por medio de sus discursos. Ese devenir de ser hombre implicó pasar por algunas pruebas en el momento de enfrentar dicha situación, como una forma constante de demostrar su virilidad, su valentía, su ser/hacer de hombre, para ratificar a otros y a sí mismos no solo que eran hombres, sino también que no eran unas “mujercitas” ni, menos aún, unos homosexuales.

los demás, sabiendo que tenía muchos vacíos dentro de mí. No tenía un concepto claro de masculinidad y hombría. (Entrevista 2)

Era más el machismo que notábamos en la cultura y lo que nos enseñaban en la calle. La presión social me llevó a estar con una mujer y creo que a partir de ahí se supone que se definió mi masculinidad. (Entrevista 2)

Estos relatos coinciden con el siguiente concepto de Kimmel (1987):

La virilidad no es estática ni atemporal, es histórica; no es la manifestación de una esencia interior, es construida socialmente; no sube a la conciencia desde nuestros componentes biológicos; es creada en la cultura. La virilidad significa cosas diferentes en diferentes épocas para diferentes personas. (p. 49)

De otro lado, y en la misma línea de discusión, el lenguaje cotidiano deja ver que cuando se trata de la identidad de un hombre, las personas la refieren en términos como “este julano es todo un hombre hecho y derecho”, para referirse a que ha demostrado con sus hechos y permanencia en el tiempo aspectos que lo acreditan como todo un hombre y que ya no le falta nada. O en palabras de Badinter (1993),

Ser hombre es una expresión que se usa más en imperativo que en indicativo. La orden “Sé un hombre”, implica que no es algo que se dé por sentado y que la virilidad puede no ser tan natural como se pretende. (...) Desde el momento en que se le exige al hombre pruebas de virilidad es porque ni él mismo ni los que lo rodean están convencidos de su identidad sexual. (...) “Prueba que eres un hombre” es el reto permanente al que se enfrenta cualquier ser humano de género masculino. (pp. 15-16)

Ser hombre, el estereotipo masculino y la masculinidad están notoriamente conectados entre sí, aunque, en sentido estricto, dichas categorías no remitan exactamente a lo mismo. Cuando hablamos de hombres es oportuno hacerlo en plural, pues expresamos una variedad que no cabe en un único patrón de comportamiento. Al partir de esta pluralidad, se aprecian diferentes modelos culturales que han ido definiendo y definen lo que es y debe ser un hombre. Con relación a los estereotipos, Sau (2000) refiere los cuatro factores que pesan sobre los estereotipos masculinos: a) carencia

de rasgos feminoideos: la masculinidad supone evitar lo femenino; b) tener éxito y mucho dinero, y ser respetado; c) ser un roble. La masculinidad supone, además de fortaleza, una gran seguridad y confianza en sí mismo, independencia. Refiere la autora que la realidad es que el hombre no puede permitirse sentir miedo; d) ser agresivo. La persona masculina debe ser agresiva hasta la violencia, inclusive.

Aquí cabe comentar la investigación de Merlino (2011) sobre los comportamientos en las formas de conducir entre varones y mujeres. Se demostró que fundamentalmente la educación que un agente social recibe en el ámbito familiar orienta las prácticas y guía los comportamientos que tendrán los sujetos en la convivencia social y urbana.

Este análisis nos permite señalar la influencia tan poderosa de los estereotipos en el desarrollo de la identidad masculina al momento de definir su ser/hacer hombre. Se torna en una continua demostración de su masculinidad, para no crear ninguna “sospecha” de su identidad masculina con los demás hombres y mujeres.

En cuanto a los factores situacionales o ambientales, en el entorno familiar la relación con el padre y la madre se torna clave en el momento de definir la identidad masculina, cuando esta es impactada por la relación con un padre por su ausencia o por su presencia. Así lo demostró Viveros (2000) en su estudio sobre la paternidad como parte de la identidad masculina.

El padre como referente o figura de identificación en el ser/hacer hombre

Al analizar la familia como entorno de socialización, se encontró que la relación establecida con el padre como figura de identificación marca un referente; la figura del padre parece ser la que legitima la condición de ser/hacer hombre. También esta identificación deja una huella, que es como una impronta, en su construcción de una masculinidad hegemónica, la cual más adelante pone a prueba en los momentos críticos de su ser/hacer hombre (construcción masculina). Veamos lo referido por los hombres de la investigación.

He admirado toda la vida a mi padre, creo que es un hombre maravilloso y nunca pensé que fuera a parecerme a él. Y siendo un buen padre como lo creo que soy, veo muchas cosas de él en mí o más en

él, no sé; o sea, al revés; o sea, no te sabría explicar. Pero veo muchos comportamientos míos de él, entonces si él es un buen padre para mí y yo hago cosas parecidas a él, creo que me identifico. (Entrevista 2)

La figura a la que yo me puedo remitir que digamos que me enseñó algo de la masculinidad es la figura paterna: mi padre. Yo a él siempre lo vi como un hombre (Entrevista 4)

Una explicación de la incidencia de la figura paterna la ha planteado Capponi (2008), cuando señala que “la paternidad pasa a ser un elemento irremplazable en la constitución de la masculinidad del niño varón, y en la capacidad de sentirse atraída por los hombres, en la niña mujer” (p. 42).

Otra forma que permite dimensionar la figura paterna desde la percepción de los participantes es aquella que hace referencia al padre como añoranza o nostalgia de relación (el padre en falta). Estos hombres hablan de su falta de contacto (vínculo) con su padre, la cual influye poderosamente en su construcción de masculinidad y deja en ellos una impronta que llega a ser fantasmagórica; ni con la muerte del padre se pueden liberar. Es el caso del entrevistado 4 cuando se refiere a su padre en estos términos:

La relación con mi padre era... Yo lo amaba, porque lo amaba tremendamente, pero lo sentía lejano, siempre preguntándome: “Qué bueno sentirlo”. Y esa fue una lucha hasta que mi papá murió. Incluso en los meses antes de morir yo intenté acercármele más y más y más, conversar con él. A él le gustaba hablar de política y esos eran nuestros encuentros, y yo le hablaba, y yo aprendí de política por hablar con él, porque yo quería relación. Yo he peleado con eso, duro. Y no puedo decir que yo me siento libre de eso, eso es un fantasma que yo manejo, que yo peleo con eso. Y si yo ya no soy rígido con mi esposa ni con mis hijos tengo que luchar porque lo vació sobre mí mismo. (Entrevista 4)

En otras narrativas se observa cómo la música permite tramitar la nostalgia del padre cuando algunos hombres se identifican con la letra de canciones populares del género de rancheras y tangos que aluden a la pérdida o abandono del padre y la nostalgia que ello conlleva, como lo ilustra el siguiente relato:

Papá se murió lleno de rencor diciéndome que no, que no me volviera, [el entrevistado se había ido de la finca a la ciudad sin el permiso del

padre] que de todas maneras, que no sé qué. Y bueno, él no quiso, pero yo le dije... Yo respondí por mi juramento; me devolví pa' la finca, [el hijo se había jurado a sí mismo que volvería a la finca] me persuadí de todo lo que tenía que ver con papá [Al parecer la culpa de haber abandonado la casa, hizo volver al padre, a pesar de que no quería] hasta el 6 de agosto de ese mismo año 83 en que fatalmente falleció en la Clínica San Vicente de la ciudad de Medellín. En el momento que yo llegué [hace referencia a su llegada a la casa en uno de los días del novenario] colocaron *tumba sin dolientes*; [tema en la radio] yo no podía escuchar ese tema musical porque ese era el punto para yo sentarme a beber. (Entrevista 3)

A esto se refiere Rodríguez (2010) cuando plantea que la ausencia del padre genera un impacto en los hombres de la vivencia de abandono o ausencia del padre en las relaciones actuales. Se observa que el vacío de padre tiende a convertirse en una búsqueda constante del padre idealizado.

En este hallazgo del padre (abandonante) se refleja el afán de no parecerse al padre en su condición afectiva, el cual les suscitó una nostalgia de padre cercano y un referente de autoridad impositiva que les generó temor y no cercanía ni contacto. Converge en los relatos de los hombres no querer repetir la historia vivida con sus hijos, y de esta forma cambiar la pauta de relación y de comunicación que se trasmite a otras generaciones, cuestionar los aprendizajes de sus progenitores y crear otras posibilidades para sus hijos.

El lugar de la madre en el ser/hacer hombre

Con respecto al vínculo con la madre, un hallazgo muy significativo fue la influencia de la madre en la vinculación con lo femenino, la cual está relacionada con el padre abandonante en términos de lo que implica la dificultad de la madre para cumplir, a pesar de la ausencia del padre de sus hijos, las funciones propias de protección y límites que pudieran disminuir el dolor psíquico de la familia por esta carencia. Así lo ilustran los siguientes relatos: "Mi encuentro con las mujeres tiene que ver con mi madre, que es un desencuentro" (Entrevista 4). "Para mi mamá ninguna de las nueras ha sido buena (Entrevista 3). Según la explicación de Badinter (1993),

la identidad masculina –a diferencia de la femenina– requiere de una especie de diferenciación en relación con lo femenino materno, condición *sine qua non* del sentimiento de pertenencia al grupo de los

hombres. Su semejanza y solidaridad se construye sobre la base de un distanciamiento con las mujeres, empieza por la principal de ellas, la madre (p. 94).

Resulta significativo que algunos hombres del estudio asocien sus encuentros con las mujeres con el desencuentro con sus madres, como una lucha masculina para buscar la aprobación de ellas en el momento de elegir a sus esposas. Y entran en una condición emocional conflictuada que nombran como *desencuentro*, y se representa en que estas madres quieren percibir de sus hijos el afecto no recibido de unos esposos machistas, que solo buscaban ser atendidos por ellas, como si fueran la prolongación de sus madres. Estos desencuentros también dan cuenta de su relación con una madre que perciben como controladora: “Mi mamá con ninguno de los hijos podemos decir que haya tenido una bonita amistad. Mi mamá es una persona muy aparte, como muy llevada de sus propias ideas” (Entrevista 3).

En el caso de los hombres que forman parte de este análisis, se puede inferir, de acuerdo con Bowlby (1990), que la madre entra a competir por los afectos de su hijo hombre con las novias de este, como una forma de llenar el vacío afectivo que le dejó su relación con un esposo machista. Este solo la vio como la madre de sus hijos y no estableció un vínculo afectivo profundo por su incapacidad de intimar con lo femenino, asumió su lugar de poder en la relación y consideró amenazante la posibilidad de una relación equitativa con ella, por temor a perder el poder y el control sobre ella. Este tipo de vinculación afectiva que asumen algunos varones se puede explicar desde Bowlby (1990) cuando propone las pautas de apego, pues los hijos de madres así posiblemente desarrollan pautas de apego ansiosas resistentes o ansiosas elusivas transmitidas por sus madres, quienes no se sienten seguras del vínculo afectivo con sus esposos y hacen demandas afectivas al hijo. Como adulto, el hijo replicará estas pautas en su vinculación con lo femenino o lo masculino. Esta es una explicación a las relaciones y formas de vinculación de los entrevistados con sus madres, ya que muchas veces no fue posible con sus padres.

Al respecto, Bowlby (1990) refiere:

Aunque los padres no desempeñan un papel primordial en la socialización de los hijos o en la satisfacción de sus necesidades físicas, los padres revisten una importancia fundamental en el desarrollo psicológico del pequeño, (...) le proporcionan cierta sensación de seguridad

y amor que no reciben de ninguna otra fuente. Diríase que el vínculo de afecto que une a los pequeños con sus padres es más intenso que en nuestra sociedad. (p. 345)

Desde otra perspectiva, nuestra manera de ser, de situarnos y actuar en el mundo se hace a través de nuestro cuerpo, el cual reproduce, bajo la obligación de lo habitual, una construcción de relaciones, dominación, explotación y sumisión que se consolidan en la familia, se refuerzan en la sociedad y se institucionalizan en el Estado. Al respecto, Bourdieu (2000) refiere *la metáfora del cuchillo o del filo*, que sitúa el rol masculino del lado del corte, de la violencia, del asesinato, es decir, del lado de un orden cultural construido contra la fusión original con la naturaleza materna, para establecer lo que el autor llama el *poder masculino*.

Pregunta por la identidad de género en el ser/hacer hombre

Tener una mujer para no ser mujer. En los varones la necesidad de diferenciarse del otro sexo no es un producto del aprendizaje, sino que aparece como una necesidad básica para identificarse. En este análisis resulta interesante el hallazgo de cómo los hombres del estudio nos dejan ver ese afán por su identidad de género cuando buscan indagar en el cuerpo femenino para diferenciarse. De la siguiente manera lo ilustran los relatos de algunos participantes:

Y yo pienso que todo se superó cuando tuve mi primer encuentro, pues, como con una noviecita en el colegio. Ahí fue cuando me empezó a gustar de verdad una niña, que ahí fue como cuando dejé eso a un lado y dije: “A mí lo que me gustan son las mujeres, me siento identificado con las mujeres”. (Entrevista 1)

Yo recuerdo que en mi adolescencia se me despertó una obsesión, y la obsesión mía no era todo el cuerpo de la mujer, sino la vulva, el pubis; o sea, para mí era un misterio qué era todo lo que la mujer tenía allá. Sospechaba que tenía vello, pero yo quería saber qué era lo que tenía allá, incluso yo quería poner la mano allá. (Entrevista 4)

Este proceso de diferenciación que vivencian los participantes de la investigación concuerda con la sexualidad como una construcción social y psicobiológica, que va mucho más allá de la genitalidad y que incluye diversos

estados intersexuales, los cuales forman parte de su desarrollo psicosexual en el curso de vida, y que cada uno de ellos afronta para trascender esquemas tradicionales. Una explicación de esta forma de diferenciarse se hace más comprensible desde los aportes de Badinter (1993), cuando refiere que:

Los niños pueden distinguir entre niños y niñas mucho antes de conocer las diferencias genitales... Si bien es cierto que fue una de las peores armas del patriarcado en su enfrentamiento con las mujeres (dualismo sexual), hay que reconocerle su importancia en la formación de la conciencia de identidad del niño. Negarlo implica arriesgarse a caer en la confusión sexual, que nunca ha sido propicia para la paz entre hombres y mujeres. (p. 112)

El deseo masculino por el cuerpo ha generado un culto a la belleza femenina que en ocasiones se traduce en actitudes que lo único que hacen es enajenar una sexualidad masculina que integre todas las dimensiones de un ser humano. De aquí que el imaginario del cuerpo femenino que los participantes describieron está marcado por lo misterioso, lo oculto, lo culpígeno, la vergüenza, lo genital y lo disociado entre el placer y el amor. Así lo ilustran los relatos de algunos participantes:

Hay hombres que no miran la cara, sino el cuerpo, porque miran el placer y ya. Pero yo miro la cara, porque en la cara está la identidad de la persona. (...) El hombre va comenzar acariciándole es la cara, porque la cara es la parte atractiva. Pues entonces nos enamoraríamos de la misma mujer, porque todas las mujeres del pecho pa' abajo son iguales. (Entrevista 3)

Mi sexualidad, por decirlo así, se enloqueció, me metí con muchas mujeres. (Entrevista 2)

Esa pena, iclaro! Uno verse desnudo. ¡Ah!, yo me acuerdo que ella era como un año menor que yo. A ella le daba pena verse desnudo, desnuda conmigo. (Entrevista 1)

En este análisis lo misterioso y oculto deja ver una educación sexual desde el tabú y el silencio (de eso no se podía hablar) recibida por nuestros participantes, y lo culpígeno, indecente y genital reflejan la disociación entre el placer como un asunto del cuerpo (carne) y el amor como un asunto del

espíritu –dicotomía alma/cuerpo–. La religión ha distorsionado la sexualidad humana y no hace posible una sexualidad integrada con lo espiritual.

Lo anterior contrasta con la propuesta de Sierra (2009), para quien lo místico no es algo etéreo y necesariamente atraviesa lo corpóreo. En sus palabras:

Desear lo divino se concreta en el deseo de encontrarse con lo humano. La persona vive en y desde su ser sexual; sencillamente no puede existir de otro modo. Por eso la espiritualidad adquiere su fuerza a través de los sentidos con los cuales se apropia del mundo exterior, pero en forma congruente cultivar la interioridad permite apropiarse del entorno de una manera más densa y sensitiva, más unitiva y responsable. (p. 256)

Es significativo lo que expresaron algunos participantes de la investigación en relación con el interés por el cuerpo femenino y su acercamiento meramente genital y carente de compromiso psicoactivo, como una forma de buscar afirmación y validación de su identidad masculina para diferenciarse de las mujeres. Por ejemplo, esta situación se puede evidenciar en el siguiente relato:

Ella logra como quitar esos baches de inseguridad porque he... tenido la experiencia sexual, uno no es capaz de... de... pues, uno no sabe cómo actuar con una mujer. Porque a usted se le derrumban muchas cosas en su vida. (Entrevista 1)

Así, según Kimmel (1989), el hombre toma conciencia de su identidad y de su virilidad a través del sexo y de la actividad sexual. Motivo por el cual, una vez pasada la cópula y desaparecido el erotismo, siente una especie de ausencia, la muerte de su vida fálica. Esto da razón de la función frenética del machista, que no cesa de poner a prueba la muerte. Para alcanzar su virilidad, debe usar su cuerpo y considerarlo como una máquina que no sabe lo que es la angustia ni la fatiga, ni los estados de ánimo. Con respecto a esta posición, Barrios (2006) refiere lo siguiente: “muchos hombres piensan que eyacular pronto es un dato de sobreexcitación debida a su “mayor virilidad” (p. 9)

En síntesis, el hallazgo anterior deja ver que los participantes de este estudio están fuertemente influenciados por los estereotipos culturales mencionados en este aparte. Al momento de definir su identidad de género, lo hacen en gran medida diferenciándose de lo femenino y dándole gran relevancia a

su función viril frente a las mujeres, y, de otro lado, compitiendo con otros hombres como un imperativo para afirmarse en su hombría y para no generar sospecha alguna de una posible fragilidad que lo deje vulnerable ante ellos. Esto nos ayuda a entender que la identidad de género es un proceso complejo que se forma en la interacción entre lo biológico, lo social y lo psicológico, superando así la falaz disyuntiva entre naturaleza y cultura.

La homosocialización: congéneres y coetáneos en el ser/hacer hombre

La relación con sus congéneres y coetáneos es un asunto que también deja sus huellas en el hombre en los momentos cruciales de su travesía por la vida. Otros le interpelan por su condición de hombre y es aquí cuando se hace necesario demostrar su “virilidad” mediante “pruebas” –así le toque avasallar a otros– que lo validen y legitimen frente a sus iguales, para no generar “ninguna sospecha” de su hombría. Lo anterior se puede evidenciar en los relatos de nuestros participantes que demuestran su virilidad viendo a la mujer como una presa y a ellos como un gavilán que va por ella. Así lo revela el siguiente testimonio: “Mi madre nos enseñó que nunca fuéramos a aceptar una mujer que nos persiguiera, porque esa mujer era una cualquiera. Entonces yo me volví como un gavilán que iba por una pollita” (Entrevista 3). Esta demostración de su virilidad la explica Sau (2000) cuando refiere que “la virilidad es un mito terrorista. Una presión social constante que obliga a los hombres a dar pruebas sin cesar de una virilidad de la que no pueden nunca estar seguros: toda vida de hombre está colocada bajo el signo de la puja permanente” (p. 65).

Esta situación de puja es leída como una trampa por Bourdieu (2000) cuando menciona que la posición del “privilegio masculino no es más que una trampa, y la contraparte es la tensión de tener que afirmar en cualquier circunstancia su virilidad, para diferenciarse de las mujeres” (p. 39). Esta situación se evidencia en las narrativas de los participantes en su encuentro con las mujeres así:

En la juventud inicial me volví muy sin vergüencita en el sentido de que tomaba trago, tenía un grupito de amigos que cada ocho días tomábamos trago, coqueteándole a una muchacha y a la otra, pero yo no establecía nada en serio. (Entrevista 4)

Uno se vuelve hombre cuando se acuesta con una mujer. De pronto sin premeditarlo, cuando tuve la primera experiencia con una mujer, sentí que era hombre. Sí, sentí que era un hombre que ya había pasado a otra etapa de mi vida. (Entrevista 2)

De acuerdo con Sau (2000), tanto en los espacios institucionales como en otros ambientes masculinos es posible que los hombres sientan persecución y seguimiento de esas reglas impuestas al comportamiento, de ahí que la misoginia y la homofobia suelen ser los referentes más marcados frente a las actitudes de los otros. Aunque se respire un aire de complicidad y de amistad fraternal, las charlas y comentarios grotescos fundamentan la cotidianidad de los varones; cualquier muestra de sentimentalismo o emotividad deja una idea de debilidad y feminidad que no concuerda con los parámetros estructurados de comportamiento masculino. En contraste con esta posición, lo viril y lo duro no generan sospecha de su hombría, sino que la afirman.

Escuchar las distintas narraciones permite comprender esa interacción en un medio un tanto hostil, que refuerza en sí un carácter de formación aprendido durante la niñez, pero que confronta indudablemente ante tanta rudeza. Se trata de una ambivalencia que provee ese comportamiento masculino entre la casa y la cotidianidad circundante con la disciplina y persecución ideológica de un comportamiento rígido y obligante. La relación con lo materno con el encuentro de un contexto severo y estricto, propio de lo masculino, es casi como un ritual de paso, que trasciende la vida de los hombres e incorpora un nuevo elemento a la estructura y tránsito de adolescente a hombre adulto.

De acuerdo con Shapiro (1994), una de las experiencias que los hombres aprenden a bloquear es su intimidad con otros hombres por temor a la homosexualidad. Según el autor, cualquier aspecto relacionado con las emociones es femenina. Igualmente, el deseo de proximidad también lo es. He aquí una paradoja muy interesante: por un lado, los hombres se necesitan mutuamente para sentirse bien consigo mismos y reconocerse en el otro (hombre); por otro lado, se supone que no deben tener ningún sentimiento real, ni siquiera hacia sus propios compañeros

De hecho, aduce el autor citado que el miedo a la homosexualidad está presente en todos los hombres, ya que creen que si sienten preocupación por un individuo masculino o si uno de los compañeros es demasiado importante para ellos, especialmente en el aspecto físico, han perdido su propia masculi-

nidad. Muchos hombres equiparan estos sentimientos con la homosexualidad, creyendo que la homosexualidad es una pérdida de masculinidad.

Los resultados de este estudio mostraron que en la pregunta por la condición homosexual, los varones instauran un límite imaginario entre lo femenino y lo masculino para ubicar la “homosexualidad” como lo que se acerca o desdibuja en los senderos de la feminidad, y la dimensión de lo masculino. Es decir, la homosexualidad pone en cuestión el mayor tesoro, el máspreciado valor heterosexual: la virilidad. Veamos el siguiente relato:

Motivo de burla, motivo de desprecio. No tuve contacto directo, no tuve amigos que fueran homosexuales o por lo menos que yo supiera. Los poquitos que veíamos cerca los discriminábamos y los molestábamos. Con el pasar de los años noté que no tenía nada contra ellos; de hecho, hoy en día no tengo nada contra ellos. (Entrevista 2)

Entonces nosotros quedamos como ¿qué?, ¿qué es esto tan raro?, pues no entendíamos. Y entonces eso fue como un lapsus de unos siete años que no entendía, pues uno trataba de que las niñas le gustaran a uno, pero uno en el fondo no sabía si es que le gustaban los niños o le gustaban las niñas. (Entrevista 1)

Las narrativas de los participantes convergen con lo que Badinter (1993) plantea: “Ser hombre significa no ser femenino, no ser homosexual, no ser dócil, dependiente, sumiso; no ser afeminado en la apariencia física o en los modales” (p. 192). En esta línea de pensamiento se evidencia que los hombres continuamente están bajo la presión social de mantener esta diferenciación con las mujeres para afirmarse cada vez más en su masculinidad. Así también lo afirman autores como Montesinos (2002) cuando refieren que los hombres construyen su identidad sexual haciendo una negación de los rasgos femeninos o cualquiera que se le parezca.

En contraste con lo expuesto anteriormente, parece ser que los hombres en la actualidad están haciendo tránsito hacia la superación de estas construcciones sociales que los agobiaban y generaban cierta angustia por estar continuamente demostrando que no tienen nada de femenino. Y más bien se están abriendo espacios de permisión emocional, donde pueden expresar sus emociones sin ser rechazados por otros hombres. Téllez (2011, citando a Palao, 2004) lo contempla de la siguiente manera:

Hay un nuevo hombre en la ciudad: urbano, culto, delicado, femenino, sensual y hetero. Ha llegado el metrosexual. El nuevo hombre del siglo XXI es un profesional independiente, liberal, adinerado y joven que vive en las grandes urbes. Se ama por encima de todas las cosas. Cuida su imagen y es capaz de distinguir con los ojos cerrados la diferencia entre One, de Calvin Klein, y Envy, de Gucci. (p. 97)

En cuanto a la homosocialización y su relación con congéneres y coetáneos en el ser/hacer hombre, podríamos concluir que es un proceso que culturalmente apunta a desmitificar la virilidad como uno de tantos referentes masculinos. Asistimos a cambios mínimos en la actitud del hombre con otros hombres que asumen actitudes que en otro momento histórico no serían permitidas y menos aceptadas como masculinas.

Como refiere Téllez (2011), el desafío para muchos de los hombres de hoy, que se da por los conceptos cambiantes de la masculinidad, es la imposición de nuevas demandas y expectativas sociales, para construir su identidad masculina en su ser/hacer hombre.

Encuentro con la espiritualidad

El encuentro con la espiritualidad es la categoría emergente o novedosa de la investigación. Para los participantes de este estudio la experiencia espiritual cambió su cosmovisión de la vida. Desde esta perspectiva de análisis, es el verdadero ritual para la iniciación masculina, el paso de la psicología del adolescente a la psicología del hombre. Es la reconciliación del arquetipo del niño divino al arquetipo del rey (padre). Es decir, desde la perspectiva cristiana, hacernos como niños para entrar al reino de los cielos y a una relación con el Padre Celestial. Esta transición se convierte en una experiencia espiritual como dimensión que trae un nuevo orden en la construcción de masculinidad, en tanto que se interroga por su condición de hombre frente a esta nueva cosmovisión o dimensión trascendente, como aquella que define el sentido y la orientación del ser humano. De la siguiente manera lo relatan los participantes:

Creo que mi vida dio un giro completamente cuando conocí la vida en Cristo. Me ha ayudado el conocer a Dios, conocer personas, conocer una iglesia, el cambiar mi vida ciento por ciento me ha ayudado. (Entrevista 2)

¡Ah! Este ya entendió que la autoridad no solamente soy yo, que la autoridad primero está en la familia, después está en la escuela y la más grande de todas es Dios. (Entrevista 1)

La reconciliación con el Dios-Padre (conversión) se podría equiparar al ritual de iniciación (Moore y Gillette, 1993) desde la reconciliación del arquetipo del rey, pues un buen rey es un buen guerrero, un buen amante y un buen sabio, empoderado en estos participantes el arquetipo del guerrero útil en su rol de padre, y el del amante y sabio en su rol de esposo. Dichos participantes abren un espacio propicio en cuanto a las posibilidades de cambio a sus paradigmas machistas y la cosmovisión de la vida, y asumen otros valores que permiten una relación con lo femenino desde la igualdad, el aprecio y la armonía que tanto necesitamos en la relación entre los hombres y las mujeres y en el sistema familiar. Así, construyen una familia integral y un mundo más humano y en armonía con la creación y el creador del universo.

Según Pizarro (2006), esta dimensión espiritual es trabajada desde el movimiento mito-poético. Para los hombres que participan en este movimiento es prioritario realizar estudios sobre los mitos, los ritos de iniciación masculina y la figura del tutor. Gran parte de sus actividades se encaminan a propiciar un trabajo introspectivo o de conocimiento de sí mismos para reencontrar, según sus postulados, la energía masculina en estos tiempos de ausencia del padre, o de la madre y la feminización de los varones. Comparten ciertas ideas con la perspectiva feminista; sin embargo, no se ocupan de los problemas de la desigualdad, avalan muchos aspectos de los papeles tradicionales.

Finalmente, en el análisis de este hallazgo emergente caben los aportes de Eldredge (2006), quien afirma que toda iniciación masculina es en definitiva espiritual; las pruebas y desafíos, los gozos y aventuras están todos diseñados para despertar el alma de un hombre, llevarlo al contacto con lo masculino de su interior, del interior de otros, del mundo y de Dios como padre. El autor hace referencia a que un hombre está preparado para convertirse en rey solo cuando su corazón está en el lugar correcto, es decir, rendido a Dios.

Conclusiones

Podríamos decir que desde la categoría de ser/hacer hombre y en la génesis de su identidad existe un elemento psicosocial que interpreta la producción de la alteridad –no ser para ser– presente en el machismo como proceso relacional e imaginario. Este análisis nos deja ver la relación entre lo social y lo simbólico, debido a que el no ser sigue siendo referente simbólico en lo que llamamos *machismo*, y que los hombres sujetos de este análisis confirmaron en las entrevistas.

Comprendida la relación entre la subjetividad y la cultura, ¿qué y quién determina que no es así la identidad sexual? Cuando un hombre o una mujer habla es de vital importancia definir quién habla y desde dónde, lo que hace la diferencia entre el esencialista y el sustancialista. Si se trata de definir la identidad sexual, estas preguntas resultan contundentes, pues cuando un hombre o una mujer hablan no lo hacen solamente desde su sexo, lo hacen marcados por una cultura, una clase social, una pertenencia étnica, una religión, en fin, por una historia.

Lo anterior motiva a seguir el camino de la comprensión psicológica del machismo como una forma de descifrar las identidades y de la relación entre hombres y mujeres. Pues unas preguntas surgen frente a estos hallazgos: ¿será que también las mujeres definen su identidad en este no ser para ser, que es lo que muchas mujeres tratan de hacer para librarse del machismo? ¿O será que también es un proceso que ellas tienen que hacer?

Desde los resultados de esta investigación, el ser/hacer hombre inicia con una vinculación con la madre, luego hay una desvinculación de la madre con la participación del padre, y después se construye la identidad desde la subjetividad, que se refleja en distintas expresiones de la masculinidad. Esta definición pasa por la máxima aristotélica *es el hombre quien engendra al hombre*, que significa que es el hombre, el macho, quien le trasmite a su hijo el principio de humanidad. En este proceso el machismo juega un papel importante, bien sea por ausencia del padre (abandono) o por la imposición que ejerce desde su lugar de poder (patriarca), el cual imposibilita un desarrollo de la masculinidad desde las propias decisiones.

Como hallazgo emergente, el papel de la experiencia espiritual en estos hombres de la investigación dejó una impronta que influyó su identidad de ser/hacer hombres como una verdadera iniciación de su masculinidad. De

ahí que podría decirse que la iniciación masculina es en definitiva espiritual. Las pruebas y desafíos, los gozos y aventuras están todos diseñados para despertar el alma de un hombre y llevarlo al contacto con lo masculino de su interior, del interior de otros, del mundo y de Dios como padre.

Finalmente, desde los hallazgos, los autores y las categorías de análisis se concluye que el ser/hacer hombre es una construcción cultural influenciada por el *a priori* histórico del poder masculino y las relaciones primigenias con el padre –que influye en su identidad– y con la madre –que le facilita o le obstaculiza dicho proceso de identificación– y con el género –que posteriormente ratifica con sus congéneres en el proceso de homosocialización–. En las narrativas de los participantes se hicieron evidentes sus luchas continuas por demostrar a otros su virilidad para afirmar su masculinidad; en palabras de Bourdieu (2000), el supuesto privilegio masculino no es más que una trampa, y la contraparte es la tensión de tener que afirmar en cualquier circunstancia su virilidad, para diferenciarse de las mujeres.

El estudio concluye que la identidad masculina puede estar influenciada por tres factores que se conjugan para la construcción de la masculinidad. Los factores biológicos, que caracterizan la gente en lo individual; los factores de crecimiento, que traen consigo actitudes, pensamientos y sentimientos únicos, porque se generan en determinado ambiente, y los factores socioculturales, que son los que corresponden al curso de vida y a aquellas relaciones que se establecen en el contexto y que definen los lazos que se entablan y que dan cuenta del significado de ser/hacer hombres en la construcción de sus masculinidades, y en razón de dichas construcciones, los símbolos, significaciones e imaginarios que develan sus relatos.

Referencias

- Badinter, E. (1993). *XY la identidad masculina*. Grupo Editorial Norma.
- Barrios, D. (2006). *En las alas del placer. Cómo aumentar nuestro goce sexual*. Editorial Pax.
- Bowlby, J. (1990). *El vínculo afectivo*. Paidós.
- Bourdieu, P. (2000) La dominación masculina. Barcelona: Anagrama
- Capponi, R. (2008). La importancia del padre para el hombre. *Mensaje*, 57(571), 40-42.
- Eldredge, J. (2006). *La travesía del corazón salvaje*. Betania.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Editorial Espax.

- Gil, J. y Perera, V. (2001). *Análisis informatizado de datos cualitativos. Introducción al uso del programa NUD.IST-5*. Kronos.
- Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. Fondo de Cultura Económica.
- Gutiérrez de Pineda, V. (1975). *Familia y cultura en Colombia*. Norma.
- Kimmel, M. S. (1987). Rethinking 'masculinity': new direction in research. In Kimmel, M. S. (Ed.). *Changing men: new directions in research on men and masculinity* (pp. 9-24). Sage Publications, Inc.
- Kimmel, M. S. (1989). *Men's Lives*, Macmillan.
- Lagarde, M. (1990). *La identidad femenina*. UAM-A.
- Lamas, M. (1995). *Género e identidad. La familia nuclear, origen de las identidades*. Fondo de Cultura Económica.
- Lipovetsky, G. (2006). *La tercera mujer: permanencia y revolución de lo femenino*. Anagrama.
- Merlino, A. (2011). Representaciones sociales de la masculinidad y agresividad en el tránsito. La ira al conducir en Argentina. *Barbarói*, 35, 199-217.
- Montesinos, R. (2002). *Las rutas de la masculinidad. Ensayos sobre el cambio cultural y el mundo moderno*. Gedisa.
- Moore, D. & Gillette, D. (1993). *La nueva masculinidad*. Paidós.
- Palao, P. (2004). *Del macho ibérico al metrosexual*. Editorial Robinbook.
- Pizarro, H. (2006). *Por qué soy hombre, visión a la nueva masculinidad*. ovsyg.ujed.mx/docs/biblioteca-virtual/Porque_soy_hombre.pdf
- Rodríguez, N. (2010). *Los efectos de la ausencia paterna en el vínculo con la madre y la pareja* [tesis de grado]. Pontificia Universidad Javeriana.
- Sau, V. (2000). *Nuevas masculinidades*. Icaria.
- Shapiro, J. (1994). *Hombres. Una traducción para mujeres*. Paidós.
- Sierra, A. (2009). Placer, deseo y seducción, fuentes de espiritualidad: de la intimidad a la trascendencia. *Revista de las Ciencias del Espíritu*, 51(151), 241-260.
- Viveros, M. (2000) *Identidades masculinas en Colombia: Una lectura relacional*

Capítulo 6. Terapeutas familiares hombres: masculinidad, paternidad, self y autorreferencia

Luz Natalia Ocampo Mejía¹
Johanna Jazmín Zapata Posada²

Resumen

En la terapia familiar sistémica, el *self* del terapeuta es fundamental para la construcción de la relación profesional. El acompañamiento a hombres en ejercicio de la paternidad por parte de terapeutas en la misma condición requiere de una mirada a su propia simbolización de la masculinidad y la paternidad. A partir de las experiencias de terapeutas familiares sistémicos se buscó identificar elementos de intervención que fortalecieran la relación terapéutica con hombres en condición de papás. Para alcanzar este objetivo se realizó una investigación cualitativa con un método hermenéutico. Los resultados apuntan a que las vivencias de la paternidad en los participantes se constituyen como herramientas posibilitadoras de la relación terapéutica. En conclusión, esta investigación devela la relevancia que los terapeutas le dan a las narraciones de historias propias puestas al servicio del consultante y el tránsito que han realizado hacia la vivencia de una paternidad activa, amorosa y de cuidado.

Palabras clave: masculinidad, paternidad, terapia familiar sistémica, terapeuta.

¹ Psicóloga de la Universidad San Buenaventura. Magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Docente orientadora de la Secretaría de Educación y Cultura de Envigado. Correo electrónico: luz.naty@gmail.com

² Trabajadora social y especialista en Trabajo Social Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Doctora en Desarrollo y Ciudadanía: Derechos Humanos, Igualdad, Educación e Intervención Social de la Universidad Pablo de Olavide (UPO) en Sevilla, España. Docente investigadora y titular de la UPB. Integrante del Grupo de Investigación en Familia (GIF). Correo electrónico: johanna.zapata@upb.edu.co

Introducción

En este capítulo se presentan resultados del trabajo de grado titulado “Atención terapéutica a hombres que ejercen la paternidad: Aportes de terapeutas familiares sistémicos de Medellín. Un estudio documental” de la Maestría en Terapia Familiar, el cual se desarrolló en el año 2018. El objetivo que orientó dicho trabajo fue analizar los aportes de la terapia familiar sistémica a la atención a hombres que ejercen la paternidad desde las voces de terapeutas familiares sistémicos de Medellín. Se definieron tres propósitos: a) identificar referentes teóricos desde terapeutas familiares sistémicos sobre la atención a hombres que ejercen la paternidad; b) describir elementos metodológicos utilizados por terapeutas familiares sistémicos en la atención a hombres que ejercen la paternidad, y c) explorar las nociones de terapeutas familiares sistémicos sobre la paternidad, sus transformaciones y necesidades.

Este trabajo de grado se inscribió en un proyecto liderado por el Grupo de Investigación en Familia (GIF) de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB) denominado “Aportes interdisciplinarios para la intervención con papás en la ciudad de Medellín: Aproximaciones desde los contextos educativo, jurídico y terapéutico”. Por tanto, las reflexiones que aquí se presentan responden al *contexto terapéutico* y a los aportes que se generan desde las categorías *self* del terapeuta y autorreferencia, principalmente.

El término *terapia* tiene su origen etimológico en la palabra griega *θεραπεία*, *therapeia*, cuya traducción directa sería “tratamiento”. Según la Real Academia Española, se define como “tratamiento de una enfermedad o de cualquier otra disfunción”. Lo anterior ubica al término desde una perspectiva médica que supone la presencia de afecciones y posibles curas.

Con la Segunda Guerra Mundial y el surgimiento de situaciones inexplicables desde lo orgánico, nacieron las psicoterapias o tratamientos para los asuntos de la mente. En palabras de Fernández-Álvarez y Opazo (2004), se trataba de “comprender la génesis de los desajustes psicológicos y (...) predecir cómo esos desajustes pueden ser modificados” (p. 13). La preocupación ante el mundo cambiante y las crecientes angustias del individuo y la sociedad impulsó el desarrollo de la terapia centrada en la persona. Como lo expresa Bowen ([1976] 2016),

La teoría individual se erigió sobre un modelo médico con sus conceptos sobre la etiología, el diagnóstico de la patología del paciente y el tratamiento de la enfermedad individual. Inherentes al modelo se hallan las sutiles implicaciones de que el paciente es la víctima indefensa de una enfermedad o de fuerzas malévolas que escapan a su control. (p. 159)

La postura del autor coincide con la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (2002) acerca de la actividad terapéutica, entendida como “la prevención, el diagnóstico y el tratamiento satisfactorios de enfermedades físicas y mentales, el alivio de los síntomas de las enfermedades y la modificación o regulación beneficiosa del estado físico y mental del organismo” (p. 4).

El tránsito de una mirada de la terapia centrada en el organismo y la individualidad a una en la que se incluye el entorno, la familia y el contexto inició según Moreno (2014) en los años cincuenta y tardó décadas en lograr que las ciencias del comportamiento se permeabilizaran y cambiaran de paradigma, “iluminadas por el nacimiento de la cibernética y de la teoría general de los sistemas, la teoría de la información, la teoría de la comunicación y, desde Europa, la semiología y los modelos estructurales” (p. 12). El contexto de la posguerra motivó la exploración de posibilidades de atención que desplazaron el énfasis del individuo a la familia. De esta forma, se fundaron centros clínicos que ofrecían un servicio al que denominaron *terapia familiar* (Moreno, 2014).

Este nacimiento de la terapia familiar proviene de distintas vertientes: una desde clínicos formados en psicoanálisis y psiquiatría, y otra desde teóricos de la antropología, la biología, la lingüística, la comunicación y la cibernética (Marín, Ramírez y Valderrama, 2016; Sánchez, 2003). Como lo expresan Villarreal-Zegarra y Paz-Jesús (2015), fue en Estados Unidos —específicamente en Palo Alto, California— donde se agruparon estos últimos investigadores y le dieron forma a lo que hoy se conoce como *terapia familiar sistémica* (TFS).

Así, la TFS ha tenido distintos representantes y de ella han surgido diversos enfoques según la conceptualización de la interacción humana y la comprensión de cada uno del problema, del síntoma, del cambio y de las técnicas implementadas (Cade y O’Hanlon, 1995; Garibay, 2013). Algunos de estos enfoques son: la terapia breve del Mental Research Institute, el enfoque estructuralista (Minuchin, [1974] 2004), el enfoque estratégico

(Haley, 1980; Madanes, [1984] 2007), la escuela de Milán (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, [1986] 1991) y los postmodernos basados en las teorías del lenguaje y en el construccionismo social, tales como el enfoque narrativo (White y Epston, [1980] 1993), el equipo reflexivo (Andersen, 1991) y el enfoque colaborativo (Anderson, 1999).

Estos enfoques tienen en común la comprensión de la familia como un sistema abierto integrado por subsistemas relacionados entre sí y con otros sistemas. Esta manera de entender a la familia implica reconocerla en su totalidad, con sus integrantes como parte fundamental, donde cada persona representa esa unidad a la que pertenece y, a la vez, ese sistema da cuenta de quienes la componen, lo que convierte a la familia en un compuesto más complejo que la sumatoria de sus partes (Garibay, 2013; Ochoa, 1995).

Inicialmente, para la TFS, ese sistema familiar era visto como ajeno al terapéutico, pero con la cibernética de segundo orden (Von Foerster, 1991) y el constructivismo, la concepción cambia al reconocerse que “todo lo que se dice es dicho por un observador a otro observador; además, el observador siempre puede ser recursivamente un observador de su observación” (Maturana, 1996, p. 241). De esta manera, el sistema terapéutico –observante– se incluye como parte del sistema consultante –observado– en esa interacción que desde el construccionismo social solo es posible a través del lenguaje, es decir, desde un acto comunicativo.

De la relación terapéutica al self del terapeuta

Toda terapia implica una relación, alianza, vínculo o relación terapéutica (Escudero, 2009; Safran y Muran, 2005; Szmulewicz, 2013). Independientemente de la variedad nominal, todas hacen referencia al ambiente que se genera en el sistema consultante-terapeuta que supera las técnicas y la teoría, y le da fuerza a lo afectivo –calidez– y a la creación de un entorno de confianza, de seguridad –apoyo–, caracterizado por el respeto y el compromiso con el proceso, que se conoce como *empatía*. Desde la TFS se consolida una postura colaborativa, de reciprocidad, en la que terapeuta y consultante tienen un saber por compartir (Agudelo y Estrada, 2013; Bermúdez y Navia, 2013; Relvas y Sotero, 2014).

Esta relación terapéutica se coconstruye a través del lenguaje, “generando nuevas perspectivas, reflexiones, posibilidades que se espera produzcan transformaciones en la vida de las personas” (Agudelo y Estrada, 2013, p. 35). Se torna en una experiencia de vida o *Living Experience* (Aponte y Kissil, 2016) en la que participan consultantes y terapeutas con sus diálogos internos, externos y con esas voces que traen, producto de la interacción con otros, en contextos distintos y en otras temporalidades, y que se ponen de manifiesto en ese presente que es la terapia (Alvear, Jerez y Chenevard, 2012; Sánchez, 2013, Fried, 2015; Sánchez-Jiménez, 2017; Szmulewicz, 2013). Así, cada uno ingresa a la conversación terapéutica con su *self*.

Bajo esta premisa, algunos planteamientos sistémicos presentan al terapeuta como una persona con su proceso formativo, su mundo interno, su historia, sus reflexiones, su subjetividad y sus interacciones (Agudelo y Estrada, 2013; Alvear *et al.*, 2012; Aponte, 1985; Canevaro, Abeliuk, Condeza, Escala, García y Montes, 2016; Chazenbalk, 2003; Packman, citado en Von Foerster, 1991). Además, se le entiende como copártcipe en el proceso terapéutico al asumir una postura colaborativa, curiosa, de inteligibilidad terapéutica (Gergen y Warhus, 2001), distante de la propuesta positivista de aquel profesional en búsqueda de la objetividad y quien ocupa el lugar autoritario del saber.

Para el terapeuta, las intervenciones están atravesadas tanto por su *self* personal como por su *self* profesional (Canevaro, 2012; Canevaro *et al.*, 2016). El primero está asociado a sus vivencias cotidianas, su conformación familiar y sus experiencias relacionales de vida, las cuales construyen su personalidad. El segundo corresponde al bagaje académico y la interacción con colegas y consultantes en un entorno profesional y terapéutico.

Inicialmente se pensaba que el mundo personal del terapeuta debía ser reservado y oculto en el escenario terapéutico para que no interfiriera en el proceso del paciente (Aponte y Kissil, 2016). En contraste, los últimos planteamientos de Minuchin (citado en Aponte y Kissil, 2016) indican que el terapeuta es en sí mismo la herramienta del cambio. Este viraje lleva al reconocimiento de la persona del terapeuta con su *self* personal y profesional presente al momento de la terapia, es decir, que en ese escenario se despliegan tanto los aspectos positivos y negativos propios de su ser como su bagaje teórico. Al respecto, autores como Canevaro (2012), Canevaro *et al.* (2016) y Ortega y Lema (2017) manifiestan la necesidad de recordar que el foco en el encuentro terapéutico es el cambio en el sistema consultante, aun cuando el terapeuta también se transforma en esa interacción. Por con-

siguiente, este último está llamado a la constante metaobservación, a estar atento a sus voces internas de forma reflexiva y a trabajar sobre su *self*, para diferenciar qué de sí mismo puede poner al servicio de la terapia y qué no. Autorreferencialidad y paternidad en el contexto terapéutico

El terapeuta en el proceso de determinar los aspectos de sí que puede develar estratégicamente en la consulta realiza un reconocimiento de su participación como observador que percibe su entorno desde sus experiencias; este interjuego da lugar a la autorreferencia (Elkaim, 1998). En palabras de Alvear *et al.* (2012), “la autorreferencialidad marca el hecho de que los sistemas no pueden dejar de referirse a sí mismos en cada una de sus operaciones; por ello, toda heterorreferencia es solo posible como construcción del observador” (p. 187). Szmulewicz (2015) la propone como un proceso de autodevelación y la define como una forma legítima del terapeuta para sostener “un diálogo consigo mismo en presencia del paciente, generando así la posibilidad de reflexionar sobre el proceso y sobre la relación entre ambos” (p. 105). Y agrega que la información que el terapeuta revela de sí en terapia solo es posible si se contextualiza con las narraciones del consultante; en palabras de Elkaim ([1989] 2005), “el sentido y la función de esta experiencia vivida se vuelven herramientas de análisis y de intervención al servicio mismo del sistema terapéutico” (p. 14).

En este aspecto desde el cual el terapeuta requiere un análisis de sí y autoconocimiento profundo, al estar acompañando a hombres en ejercicio de la paternidad, está llamado a identificarse como constructor de identidad, con experiencias situadas en un contexto socio-histórico-cultural consistente en “hacer visible el género para los hombres considerando que son producto y productores de género” (Hernández, 2008, p. 231). Y a reconocer la paternidad como construcción simbólica (Ramírez y Barrios-Acosta, 2016) que alberga múltiples posibilidades de relación consigo mismo y con quienes le rodean, abriéndose paso a nuevas masculinidades, a nuevas formas de paternar coherentes con el contexto que les circunda.

De los antecedentes que provocaron estas reflexiones

Se rastrearon investigaciones relacionadas con el tema de terapia familiar y paternidad, tanto en los ámbitos nacional como internacional; sin embargo, la búsqueda arrojó que los estudios presentaban de forma desligada ambos

aspectos. Razón por la cual se reseñaron como antecedentes aquellos que incluían el componente terapéutico y de la paternidad, aun cuando fueran ajenos a la TFS. En esta oportunidad se presentarán los más recientes por cada ámbito.

En el ámbito internacional se encuentra la propuesta de Cerda (2017) en un artículo titulado “La psicoterapia en la adaptación del rol masculino en la familia monoparental”, el cual se produjo en Yucatán, México, a partir de una investigación cualitativa. Su objetivo consistió en conocer los cambios que se generaban en el rol parental masculino en familias monoparentales; para ello efectuaron treinta sesiones con tres familias de esta configuración en procesos psicoterapéuticos de orientación psicodinámica. Si bien los hallazgos reportados en este estudio perfilan la aparición de transformaciones en el ejercicio de la paternidad y cambios en los estereotipos tradicionales de la figura masculina, los autores no se centran en el hacer del psicoterapeuta y por ello se abre la oportunidad para otras exploraciones investigativas, tanto por el lugar de quien realiza la terapia como por los aportes en relación con las paternidades y el hacer terapéutico.

En este mismo ámbito internacional aparecen los planteamientos de Macias-Esparza y Laso (2017) en el trabajo titulado “Una propuesta para abordar la doble ceguera: La terapia familiar crítica sensible al género”, producto de una investigación cualitativa que presenta un recorrido por la perspectiva de género en correlación con los desempeños de terapeutas familiares. Los autores identifican los riesgos de desarrollar prácticas terapéuticas ajenas a la perspectiva incluyente y proponen la realización de psicoterapias sensibles al género. El artículo presenta aportes significativos relacionados con la importancia de asumir una terapia que se cuestione sobre la influencia del género del terapeuta en su hacer y brinda estrategias para minimizar estos riesgos.

En el ámbito nacional, los estudios más actuales que se tomaron como referentes fueron de egresados de la Maestría en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana en Medellín, quienes desde sus investigaciones han aportado al tema de paternidad y TFS. Villanueva (2015) publicó un artículo, derivado de su trabajo de grado, titulado “Las paternidades contemporáneas como espacios de transformación relacional y permisión emocional”, en el cual presenta el panorama de transformaciones tanto en la paternidad como en la masculinidad, a partir de las vivencias de hombres entrevistados, quienes refieren que es a través de la conexión consigo

mismos y la resignificación de la relación con sus propios padres como han logrado reconstruir la experiencia con sus hijos. El autor encuentra que los participantes desean superar los estereotipos y de esta forma construir estilos paternales en los que prime el afecto.

Por su parte, Preciado (2017) llevó a cabo un estudio cualitativo y documental que tuvo como objetivo general develar las experiencias de padres que asumen la crianza de sus hijos y de terapeutas familiares que atienden casos de familias monoparentales masculinas, que posibilitaran el avance en la comprensión de las paternidades y el enriquecimiento de los procesos terapéuticos. En los hallazgos, la autora plantea la modificación del estilo de vida de los padres a raíz de su conformación familiar, porque esta les implica realizar arreglos en los espacios laborales y sociofamiliares que les permitan atender a las necesidades físicas y emocionales de sus hijos e hijas. La autora también resalta el esfuerzo de los padres por replantear sus prácticas de crianza y el ejercicio de su paternidad de una forma más reflexiva, y concluye que cuando el hombre está a cargo del cuidado, crece como persona, se compromete y expande su capacidad para expresar sus emociones y para acompañar de forma afectuosa a sus hijos e hijas.

Metodología

La investigación tuvo un enfoque cualitativo (Morse, 2006), con una estrategia de investigación documental e interactiva (Galeano, 2004). Se incluyó, de un lado, la revisión de textos sobre estudios de masculinidades, paternidades y TFS, y del otro, entrevistas a expertos. Para la comprensión de estos contenidos y sus sentidos se contó con un enfoque hermenéutico (Barbosa *et al.*, 2013).

Se entrevistaron a tres profesionales hombres con postgrado finalizado en terapia familiar, que se reconocían a sí mismos como sistémicos y con más de dos años en la atención a hombres en ejercicio de la paternidad. Para asegurar que cada una de las personas entrevistadas contara con estos criterios, se realizó un primer contacto telefónico o por correo electrónico; los mismos medios se utilizaron para acordar el día, la hora y el lugar de la entrevista.

Se utilizó el sistema de grabación de audio para almacenar la información. Al iniciar el proceso se contó con un consentimiento otorgado por cada uno de los participantes para registrar el encuentro y hacer la codificación y la transcripción de las entrevistas. Se asignó un código a los entrevistados para resguardar su identidad, el cual tuvo la siguiente lógica: el orden en el que fueron entrevistados, el rol (T= terapeuta) y el sexo (H= hombre); ejemplo: 1TH, 2TH y 3TH.

Posteriormente, se ingresó la información en matrices de análisis, lo que permitió decantar lo que era de relevancia para la investigación y permitió el análisis intertextual e intratextual a partir de las categorías principales –*terapia familiar sistémica* y *paternidad*–, y las subcategorías determinadas para cada una de las anteriores –para la primera, *aportes teóricos* y *aportes metodológicos*, y, para la segunda, *concepto*, *transformaciones* y *necesidades*–. Además de estas, se construyó la categoría emergente *self* del terapeuta y *autorreferencia* –asociada a la vivencia de la propia paternidad en los terapeutas y a la posibilidad de acompañamiento a hombres en esta misma condición–.

Hallazgos y discusión

Definición de masculinidad desde la mirada de los terapeutas: de asignación cultural a elección

Ante la pregunta por la masculinidad, los tres terapeutas familiares sistémicos participantes en el estudio coinciden en definirla como una construcción social que si bien al inicio de la vida está determinada por lo biológico, transita por la asignación cultural y finalmente se asume desde una elección consciente.

¿La masculinidad? Yo pienso que es básicamente una asignación cultural, que uno nace hombre y que la cultura, el entorno en el que uno nace, crece, le va asignando unos roles. “Usted que es hombre haga esto, haga lo otro”. Me parece que la masculinidad es una asignación cultural inicialmente y después se convierte en una elección. (3TH)

Esta afirmación es una resonancia de aquello planteado por Botello (2005), quien expresa que “la masculinidad es un territorio simbólico dentro de un sistema social de género. Establece sentido relacional para los sujetos ‘hombre’ y ‘mujer’, con efectos en la organización social a la que pertenecen” (p. 153). El mismo autor retoma las palabras de Simón de Beauvoir, Badinter y Kimmel, y concluye que la masculinidad se fabrica; no nace, se construye.

Así mismo, los entrevistados comprenden la masculinidad como una forma de relación que varía en el tiempo, desde un lugar hegemónico hasta uno conocido como las *nuevas masculinidades*, en el que es clave la manifestación de afecto y el cuidado (Aguayo *et al.*, 2016; Maskalan, 2016; Viveros, 2002). Al respecto, 3TH dice: “La masculinidad que exponían quienes [siendo papás] no participaban en los roles de crianza era como un mandato que se tenía que repetir, no era algo sobre lo que ellos habían tomado acciones ni reflexionaban”. Esta idea está igualmente presente en el siguiente relato:

Los significados que tenían de masculinidad antes eran limitados a unas funciones que no daban paso a lo que hoy se puede abiertamente incluir dentro de la masculinidad, como es precisamente el cariño, el cuidado. La función del cuidado, por ejemplo, es una función que anteriormente no se atribuía a la masculinidad. Afortunadamente ha cambiado la manera en que se asume la masculinidad y también la manera en que se promueve y se forman las nuevas generaciones. (1TH)

En la literatura académica y los testimonios de los participantes aparece como una constante la interrelación entre masculinidad y paternidad. Un ejemplo son las palabras de 2TH cuando afirma que “la paternidad es un rasgo muy central de la identidad masculina”. Así mismo, Maskalan (2016), refiriéndose a los planteamientos de Puyana y Mosquera (2005) y de Burín y Meler, concuerda en que la construcción identitaria de la masculinidad se asocia a la representación que poseen los hombres acerca de ser padres, lo que implica que los cambios en la paternidad llevan a movimientos en la masculinidad y viceversa. Sin embargo, también se encuentran estudios que expresan una separación entre la idea de la masculinidad y la participación en la paternidad.

Puede parecer obvio afirmar que los puntos de vista de los hombres acerca de los roles de género y la sexualidad están relacionados con cómo ven y participan como padres, pero (...) algunas investigaciones de los EE.UU. han demostrado que las ideas de los hombres sobre la masculinidad no están relacionadas con su participación como padres. (Barker y Verani, 2008, p. 40)

O como lo referencia Laguna-Maqueda (2016), quien al retomar las ideas de Badinter invita a la reflexión y ruptura con lo heteronormativo, lugar donde la paternidad es comprendida como una característica única de los varones heterosexuales, y hace un llamado a comprenderla como una acción de cuidado independiente del género del cuidador. Frente a esta disyuntiva –de si la paternidad y la masculinidad están entrelazadas– esta investigación encontró que tanto los participantes como los textos consultados apuntan a conectar estos dos términos.

La paternidad en palabras de los terapeutas: un ejercicio cercano y amoroso

Cuando los participantes dan su punto de vista sobre la paternidad, concuerdan en definirla como “una condición que tiene una persona cuando engendra un hijo o lo adopta. (...) La paternidad es una condición que se adquiere; es decir, no se nace siendo padre” (2TH). La perciben como un ejercicio en el que “uno va desarrollando la sensibilidad, el tacto, la ternura, el oído, incluso en la noche cuando el niño llora, (...) es como una dimensión o una disposición que uno empieza a activar” (1TH). Lo anterior está en coherencia con lo que proponen los teóricos sobre la paternidad, comprendida desde a) el parentesco, la consanguineidad, lo legal y lo social (Hincapié *et al.*, 2012; Maskalan, 2016; Salvo, 2016) y desde b) la función y el rol determinados por el contexto (Aguayo y Romero, 2006; Cerda, 2017; Puyana y Mosquera, 2005).

Una revisión de reportes etnográficos de 156 culturas concluyó que en sólo el 20 por ciento de las culturas tenían los hombres una relación cercana con las criaturas y sólo el cinco por ciento con los niños chicos. En la vasta mayoría de las culturas, los padres son vistos como proveedores de disciplina y como transmisores de habilidades para los niños, pero no como cuidadores. (Barker y Verani, 2008, p. 32)

Contrario a la cita anterior, otros autores y los entrevistados encuentran la participación activa de los hombres y las acciones de cuidado de sus hijos como características comunes de la paternidad (Aguayo *et al.*, 2016; Aguayo y Kimelman, 2012; Aguayo y Romero, 2006). Así mismo, la nombran como un ejercicio de amor que implica “ocuparse de los hijos reconociendo el sentimiento natural que hay hacia ellos” (3TH), y la relacionan con la formación y la protección, “un lugar donde los hijos pueden sentirse plenos

y donde pueden sentir que van a encontrar el respaldo para enfrentar lo que es la vida” (1TH).

Esta postura de los entrevistados da cuenta de vivir el ser padre desde una tendencia de ruptura (Puyana, 2003; Puyana y Mosquera 2005) también conocida como *paternidad involucrada –paternal involvement–* (Norman, 2017), *relacional-comunicativa* (Barbeta-Viñas y Cano, 2017), *comprometida-implicada* (Abril et al., 2015) o como *relación parental equitativa –equal parental partnership–* (Maskalan, 2016). Esta hace referencia a la cooperación entre los cuidadores, en la cual indistintamente del género se brinda afecto y protección, y se construyen proyectos de vida alternativos a los dictados por la heteronormatividad y el patriarcado.

Las experiencias afectuosas, cercanas, que los participantes recuerdan como gratas con sus padres permearon su comprensión de la paternidad. Así también lo indican Barker y Verani (2008) al referirse a investigaciones realizadas en Europa Occidental y Estados Unidos, en las que los hallazgos apuntan a que los hombres en ejercicio de la paternidad retoman pautas de la relación que establecieron tanto con sus padres como con las figuras de cuidado para replicarlas con sus hijos. El entrevistado 1TH recuerda que esta fue una razón para interesarse en el trabajo con papás: “la motivación principal fue con la presencia de mi papá en mi vida, porque mi papá tuvo una figura muy fuerte en la crianza de nosotros, tuvo un papel muy protagónico”. Y 3TH enfatiza:

A mí este tema me llama mucho la atención y me parece muy bonito es por la experiencia que yo tuve como hijo, como nieto, tener un abuelo y un papá cercanos a mí. Me parece que todos los niños y todas las niñas, todas las personas, todos los seres humanos que nacen deberían tener esa misma experiencia con esos adultos cuidadores. (3TH)

En estos hombres participantes del estudio es evidente un cambio en la mirada tradicional de las funciones del padre, posiblemente porque desde su lugar como terapeutas han transitado “por una autocrítica hacia la propia masculinidad, partiendo de un análisis de la socialización vivida y de sus consecuencias” (Monderjar, 2015, p. 324). La autocrítica puede favorecer el reconocimiento de sus propias capacidades como cuidadores y dadores de afecto, en coherencia con la representación que ellos tienen de su masculinidad y la relación con la historia que traen como hijos.

Self del terapeuta y autorreferencia: cómo uno puede traer anécdotas

El *self* del terapeuta es esencial para el desarrollo de la terapia, en tanto esta se comprende como una conversación coconstruida en medio de una relación social entre consultante y terapeuta (Tarragona, 2006). Este último, en el ejercicio de su oficio, está llamado a estar en constante metaobservación, en aras de reconocer aspectos en sí mismo que puedan constituirse en obstáculos o posibilidades en el contexto terapéutico (Aponte, 1985; Bernal *et al.*, 2018; Elkaim, 1998; White, 2002).

En relación con lo anterior, de un lado 1TH expresa cómo sus emociones y su historia, en ocasiones, interfieren en su hacer, asunto que es posible visibilizarlo a través del análisis de sí mismo: “a veces siento que también puede ser un obstáculo que me lleva a hablarlo con un colega porque tiendo, a veces, a establecer alianzas con los hombres cuando están en mi situación personal, en la situación del cuidador principal”. Este testimonio se encuentra en coherencia con la necesidad de realizar ejercicios de supervisión en la formación de terapeutas familiares sistémicos para identificar aquellos aspectos del consultante que resuenan en el *self* personal del terapeuta y que aún son conflictivos para él (Bernal *et al.*, 2018). De otro lado, en la lógica de los planteamientos de Elkaim ([1989] 2005), la construcción del mundo del terapeuta llega a un punto de convergencia con el mundo de los consultantes, lo que realza el *self* del terapeuta como una herramienta al servicio de la terapia. Así lo expresa una de las narrativas:

Deja de ser un mito el asunto que cuando uno es profesional y habla de estrategias y estilos de crianza humanizada y amorosa los padres piensan que uno está diciendo algo que no puede hacer. Cuando yo ya he hecho el ejercicio como padre, tengo mucha más certeza y firmeza al hablar de esos temas. (3TH)

La autorreferencia surge como técnica válida y útil para la terapia familiar (Alvear *et al.*, 2012), al reconocerse al terapeuta como parte de las conversaciones terapéuticas (Sánchez, 2013), en las cuales se valora su rol desde el lugar de observador y también de organizador del encuentro conversacional (Anderson, 1999). Desde las teorías posmodernas de la TFS basadas en un paradigma construccionista, el terapeuta también forma parte del sistema y puede disponer sus vivencias al servicio de la conversación (Agudelo y Estrada, 2013; Von Foerster, 1991), aspecto que no es posible

desde otras psicoterapias ubicadas en los planteamientos científicos positivistas y tradicionales, que buscan mantener una postura neutral, objetiva e imparcial del profesional (Elkaim, [1989] 2005; Escudero, 2009). Al respecto, 2TH enuncia:

El hecho de que yo sea padre [y hablar de ello] es un permiso que yo no tenía como psicoanalista: el permitirme hablar de mi historia. [En la consulta] traigo episodios de mi historia con mis hijos, traigo anécdotas con ellos como padre, como esposo; eso también, creo yo, tiene un impacto muy poderoso, lo que desde la sistémica hablamos del *self* del terapeuta. Eso indiscutiblemente es una realidad en la terapia sistémica, cómo uno puede traer anécdotas.

Esta disposición de la persona del terapeuta ha sido para la TFS motivo de estudio. Se encuentra como punto común la necesidad de formar terapeutas reflexivos sobre sus propias experiencias para determinar la pertinencia de comunicarlas en el espacio terapéutico (Alvear *et al.*, 2012; Szmulewicz, 2013; Canevaro, 2012; Ortega y Lema, 2017). En palabras de 3TH:

A veces les agrego o les quito algunas cosas con la intención de que sea útil para la persona. En ese caso yo cuento mi experiencia para que ellos reflexionen sobre lo significativo que puede ser la presencia de ellos en la vida de sus hijos.

Según Aguayo y Romero (2006), es precisamente en esas narraciones que se fundamenta la terapia. Indican que “la labor terapéutica consiste en desestabilizar narrativas, a la vez que favorecer o sembrar alternativas. La identidad de cualquier padre entendida como narrativa, supone que el *self* pueda ser construido a través de historias” (p. 5), en este caso, historias contadas desde la autorreferencia y la develación de aspectos del *self* del terapeuta, lo que se constituye en herramienta posibilitadora de la conexión empática y de la relación con el consultante.

Conclusiones

La masculinidad y la paternidad son construcciones sociales que varían y se transforman con el tiempo, en respuesta a las necesidades sociales, políticas, económicas y del contexto. Por ese motivo se hallan diversas

formas de ejercerlas, que dan cuenta de la pauta relacional entre hombres y mujeres, y entre cuidadores.

La paternidad se vivencia según la construcción simbólica de masculinidad. En este sentido, es usual que quien se visualice desde una masculinidad hegemónica, ejerza una paternidad heteronormativa, y quien se identifique desde las nuevas masculinidades como dador de afecto y cuidado, ejerza una paternidad involucrada.

Con el aumento de los estudios sobre masculinidades de los movimientos feministas, la inserción de las mujeres en el mundo laboral y las nuevas perspectivas de equidad, el ejercicio de la paternidad y del cuidado en general se transforma hacia prácticas de participación activa de los hombres en responsabilidades domésticas y de crianza, y en manifestaciones de afecto. Igualmente, sea hace notoria la asociación de los términos *masculinidad* y *paternidad*.

El ejercicio de la paternidad está marcado por las experiencias que se tuvieron como hijos, y la relación que se establezca como padre depende del trabajo terapéutico personal y familiar que se haya realizado con dicha historia. Así mismo, las vivencias que el terapeuta experimenta respecto a sus creencias y prácticas de paternidad influyen directamente en su ejercicio terapéutico, razón por la cual está llamado a un constante proceso de metaobservación y supervisión, que le permita delimitar cuál información puede ser útil para compartir con el consultante y cuál ha de reservar para sí mismo.

El *self* del terapeuta y la autorreferencia son herramientas con las cuales cuentan los terapeutas familiares sistémicos para su hacer, y requieren de la capacidad para identificarlas, hacer un análisis de ellas, seleccionar la información que sea pertinente y de esta forma ponerlas al servicio de la conversación terapéutica. De allí la invitación a profundizar en ambas herramientas y realizar ejercicios de supervisión en la formación de estos profesionales.

La comunidad académica necesita fomentar estudios en temas de masculinidad, paternidad y TFS de forma conjunta para triangular información y construir un sustento teórico que oriente la práctica terapéutica. En esta misma línea, se hace una invitación a generar otras investigaciones en las que se incluyan terapeutas familiares sistémicos que no ejerzan la paternidad, con el fin de estimar si su experiencia concuerda con la aquí presentada.

Referencias

- Abril, P., Jurado, T. y Monferrer, J. M. (2015). Paternidades en construcción. En M. J. González y T. Jurado (Eds.). *Padres y madres corresponsables: Una utopía real* (pp. 100-143). Libros de la Catarata.
- Aguayo, F., Barker, G. y Kimelman, E. (2016). Paternidad y cuidado en América Latina: Ausencias, presencias y transformaciones. *Masculinities and Social Change*, 5(2), 98-106. <https://doi.org/10.17583/MCS.2016.2140>
- Aguayo, F. y Kimelman, E. (2012). Paternidad activa. Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y la crianza de niños y niñas. Material de apoyo para profesionales del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/2012-11-27%20Guía%20Paternidad%20Activa%20alta.pdf>
- Aguayo, F. y Romero, S. (2006). Paternidades y terapia: Elementos conceptuales y prácticos que permiten abordar el tema de la paternidad en el trabajo terapéutico. En A. Roizblatt (Ed.). *Terapia familiar y de pareja* (pp. 152-165). Mediterráneo.
- Agudelo, M. E. y Estrada, P. (2013). Terapias narrativa y colaborativa: Una mirada con el lente del construccionismo social. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, 29, 15-48. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/trabajosocial/article/view/2325/2069>
- Alvear, M. L., Jerez, R. M. y Chenevard, C. L. (2012). Formación de terapeutas en un programa de especialización en terapia familiar sistémica. *Psicología em Estudo*, 17(2), 183-193. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722012000200002>
- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Gedisa.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Amorrorrtu.
- Aponte, H. (1985). La persona del terapeuta: Piedra angular de la terapia. *Revista Sistemas Familiares*, 1(1), 3-15.
- Aponte, H. J. y Kissil, K. (Eds.). (2016). *The person of the therapist: Training model*. Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/e/9781317514787>
- Barbeta-Viñas, M. y Cano, T. (2017). ¿Hacia un nuevo modelo de paternidad? Discursos sobre el proceso de implicación paterna en la España urbana. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 159, 13-30. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.159.13>
- Barbosa, J. W., Barbosa, J. C. y Rodríguez, M. (2013). Revisión y análisis documental para estado del arte: Una propuesta metodológica desde el contexto de la sistematización de experiencias educativas. *Investigación Bibliotecológica*, 27(61), 83-105.
- Barker, G. y Verani, F. (2008). *La participación del hombre como padre en la región de Latinoamérica y el Caribe: Una revisión de literatura crítica con consideraciones para políticas*. Save the Children.

- Bermúdez, C. y Navia, C. E. (2013). Factores que favorecen y se interponen en el establecimiento de la alianza terapéutica en terapia de familia y pareja. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 333-343. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v22n2/v22n2a08.pdf>
- Bernal, I. C., Estrada, P. y Zapata, B. (2018). Reflexiones derivadas de la experiencia de supervisión en terapia familiar sistémica. *Sistemas Familiares y Otros Sistemas Humanos*, 34(1), 49-71. <https://asiba.org/index.php/asiba/article/view/34>
- Botello, L. (2005). *Identidad, masculinidad y violencia de género* (tesis de doctorado). Universidad Complutense de Madrid.
- Bowen, M. ([1978] 2016). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Georgetown Family Center. <https://bit.ly/3opHOk7>
- Cade, B. y O'Hanlon, W. H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Paidós Ibérica.
- Canevaro, A. (2012). *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos*. Morata.
- Canevaro, A., Abeliuk, Y., Condeza, M., Escala, M. A., García, G. y Montes, J. (2016). El nacimiento del terapeuta sistémico: El trabajo directo con las familias de origen de los terapeutas en formación. *Revista Redes*, 34, 127-144. <http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/189>
- Cerda, R. I. (2017). La psicoterapia en la adaptación del rol masculino en la familia monoparental. *Revista de Estudios Clínicos e Investigación Psicológica*, 7(3), 12-20. <http://revistacecip.com/index.php/recvip/article/view/119>
- Chazenbalk, L. (2003). La incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 107-116. <https://doi.org/10.18682/pd.v3i0.505>
- Elkaim, M. (1998). *La terapia familiar en transformación*. Paidós.
- Elkaim, M. ([1989] 2005). *Si me amas, no me ames: Psicoterapia con enfoque sistémico*. Gedisa.
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la terapia familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 247-259. <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/145>
- Fernández, J. (2006). *En busca de resultados: Una introducción a las terapias sistémicas*. Universidad del Aconcagua.
- Fernández-Álvarez, H. y Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia*. Paidós.
- Fried, D. (2015). *Diálogos para la transformación: Experiencias en terapia y otras intervenciones psicosociales en Iberoamérica*. Taos Institute Publications. https://www.clasco.org.ar/libreria-latinoamericana/pais_autor_libro_resultado.php?campo=autor&texto=5355&pais=1
- Galeano, M. E. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa: El giro en la mirada*. La Carreta Editores.
- Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico: Una introducción a la psicoterapia familiar*. Manual Moderno.

- Gergen, K. J. y Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social, dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Sistemas Familiares*, 17(1), 11-27. <http://www.dialogos-productivos.net/img/descargas/27/15042009113127.pdf>
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Amorrortu.
- Hernández, O. M. (2008). Debates y aportes en los estudios sobre masculinidades en México. *Estudios de Historia y Sociedad*, 29(116), 231-253. <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=13711161008>
- Hincapié, A., Piñeres, J. D. y Bedoya, M. (2012). Paternidad y diferencia cultural: Reflexiones histórico-antropológicas para el debate. *Revista Virtual Universitaria Católica del Norte*, 37, 266-290. <http://revistavirtual.ucn.edu.co/>
- Laguna-Maqueda, O. E. (2016). Arreglos parentales de varones gay en la ciudad de México: De la paternidad negada a la transformación inadvertida del cuidado. *Masculinities and Social Change*, 5(2), 182-204. <https://doi.org/10.17583/MCS.2016.2033>
- Macias-Esparza, L.K., y Laso, E. (2017). Una propuesta para abordar la doble ceguera: La terapia familiar crítica sensible al género. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 129-148. <http://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/143>
- Madanes, C. ([1984] 2007). *Terapia familiar estratégica*. Amorrortu.
- Marín, R. A., Ramírez, N. M. y Valderrama, K. (2016). Aproximación a la noción de posmodernidad en terapia familiar sistémica. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 3(1), 51-67. <https://doi.org/10.21501/23823410.1894>
- Maskalan, A. (2016). In the Name of the Father: A Discussion on (New) Fatherhood, Its Assumptions and Obstacles. *Revija za Socijalnu Politiku*, 23(3), 383-398. <https://doi.org/10.3935/rsp.v23i3.1295>
- Maturana, H. (1996). *La realidad: ¿Objetiva o construida?* Anthropos. https://www.researchgate.net/publication/44415070_La_realidad_objetiva_o_construida_Humberto_Maturana_R
- Minuchin, S. ([1974] 2004). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Monderjar, E. (2015). Masculinidades y ciudadanía: Los hombres también tenemos género. *Masculinities and Social Change*, 4(3), 323-324. <https://doi.org/10.17583/MCS.2015.1511>
- Moreno, A. (2014). *Manual de terapia sistémica: Principios y herramientas de intervención*. Desclee de Brouwer. <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433027375.pdf>
- Morse, J. M. (2006). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Norman, H. (2017). Paternal involvement in childcare: How can it be classified and what are the key influences. *Families, Relationships and Societies*, 6(1), 89-105. <https://doi.org/10.1332/204674315X14364575729186>
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Herder.

- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4930s/s4930s.pdf>
- Ortega, F. J. y Lema, R. J. (2017). Estrategias y técnicas para aumentar la intensidad terapéutica. *Redes*, 36, 151-170. <http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/download/222/162>
- Preciado, M. Y. (2017). *Padres a cargo de sus hijos: Experiencias de hombres en la crianza y contribuciones a terapeutas sistémicos con casos de familias monoparentales masculinas* (tesis de maestría). Universidad Pontificia Bolivariana.
- Puyana, Y. (2003). *Padres y madres en cinco ciudades de colombianas: Cambios y permanencias*. Almudena Editores.
- Puyana, Y. y Mosquera, C. (2005). Traer "hijos o hijas al mundo": Significados culturales de la paternidad y la maternidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(2), (1-21). <http://www.scielo.org.co/pdf/rllcs/v3n2/v3n2a05.pdf>
- Ramírez, M. H. y Barrios-Acosta, M. (2016). *Maternidades y paternidades: Discusiones contemporáneas*. Universidad Nacional de Colombia.
- Relvas, A. P. y Sotero, L. (2014). *Familias obligadas, terapeutas forzosos: La alianza terapéutica en contextos coercitivos*. Ediciones Morata. <https://ebookcentral.proquest.com>
- Safran, J. y Muran, C. (2005). *La alianza terapéutica: Una guía para el tratamiento relacional*. Editorial Desclée.
- Salvo, I. (2016). Masculinidades y paternidades en la adopción. Un lugar por construir. *Masculinities and Social Change*, 5(2), 157-181. <https://doi.org/10.17583/MCS.2016.2082>
- Sánchez, L. M. (2003). Aspectos históricos y enfoques de la terapia familiar. Universidad del Valle. <https://bit.ly/3bshkte>
- Sánchez, M. H. (2013). Conversaciones terapéuticas que acompañan las transformaciones sociolingüísticas en las relaciones sociofamiliares. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 5, 160-185. http://200.21.104.25/revlatinofamilia/downloads/Rlef5_9.pdf
- Sánchez-Jiménez, M. H. (2017). Prácticas dialógicas y códigos sociolingüísticos: Crisis y cambios familiares en contextos dialógicos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(2), 1179-1190. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1522615122016>
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. ([1986] 1991). *Paradoja y contraparadoja: Un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica*. Paidós.
- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: Eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 51(1), 61-69. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272013000100008>
- Szmulewicz, T. (2015). Terapia de pareja: Un espacio intersubjetivo con arreglo triangular. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 101-110. <http://www.redalyc.org/html/2819/281946783002/>

- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: Una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en las soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 511-532. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/10.Tarragona_14-3oa.pdf
- Villanueva, C. (2015). Las paternidades contemporáneas como espacios de transformación relacional y permisión emocional. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, 31, 109-129.
- Villarreal-Zegarra, D. y Paz-Jesús, A. (2015). Terapia familiar sistémica: Una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Interacciones. Revista de Avances en Psicología*, 1(1), 45-55. <https://doi.org/10.24016/2015.v1n1.3>
- Viveros, M. (2002). *De quebradores y cumplidores: Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia.
- Von Foerster, H. (1991). *Semillas de la cibernética: Obras escogidas*. Gedisa.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Gedisa.
- White, M. y Epston, D. ([1980] 1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.

Capítulo 7. El cuidado de sí. Una postura ética presente en la terapia narrativa de Michael White y David Epston

David Santiago Ossa Posada¹
Isabel Cristina Bernal Vélez²

Resumen

La intervención terapéutica es un reto ético para el cuidado de los propios terapeutas, a razón de que su ser forma parte integral del proceso de atención y del sistema consultante. Esta investigación indagó por los argumentos hallados en la propuesta del enfoque narrativo por medio de una ética del cuidado sobre la persona del terapeuta. Aquí se presentan algunos hallazgos encontrados en los escritos de White y Epston sobre las cuestiones que los terapeutas deben afrontar para cuidar de sí. Las narraciones dieron cuenta de cómo las vivencias personales moldearon las actitudes de los profesionales en terapia hacia el otro y se convirtieron en recursos efectivos frente al agotamiento de su labor terapéutica. Este es un estudio documental de tipo hermenéutico, enmarcado en el enfoque cualitativo, que buscó en la terapia narrativa

¹ Psicólogo de la Fundación Universitaria María Cano. Filósofo y magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Terapeuta del Centro de Familia UPB. Coordinador de la interventoría psicosocial en la institución educativa Casa Mamá Margarita. Correo electrónico: david.ossap@upb.edu.co

² Licenciada en Educación de la Universidad de la Salle. Especialista en Familia y Terapia Familiar Sistémica y magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Coordinadora del área clínica del Centro de Familia de la UPB. Docente titular e investigadora del Grupo de Investigación en Familia. Directora del Semillero de Investigación en Familia de la Universidad Pontificia Bolivariana. Correo electrónico: isabel.bernal@upb.edu.co

evidencias del cuidado de sí. La información hallada fue registrada en matrices categoriales, para ser analizadas mediante el árbol de argumentos y generar un diálogo con otras fuentes, como la filosofía. En este análisis surgieron tendencias temáticas, como la necesidad de una construcción identitaria de los terapeutas como cuidadores. En conclusión, el cuidado de sí facilita el vínculo entre el sistema consultante y el terapeuta, mediante la reflexión sobre las múltiples historias que este último vive.

Palabras clave: cuidado de sí, enfoque narrativo, reflexividad, ética del terapeuta, persona del terapeuta, terapia familiar.

Introducción

El presente capítulo surge de los hallazgos de la categoría *cuidado de sí* en la investigación “Hacia una comprensión del cuidado desde el enfoque narrativo de White y Epston en la terapia familiar. Un estudio documental”, la cual fue realizada entre los años 2018 y 2019 como trabajo de grado para optar al título de magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. La pregunta principal se dirigió hacia los aportes del enfoque de White y Epston a la comprensión del cuidado en la terapia narrativa, diálogo que aportó al desarrollo de tres categorías: *el cuidado de sí*, *el cuidado del otro* y *el cuidado de lo otro* como vínculo permanente en la terapia. Este capítulo aborda la primera de las tres categorías anteriormente señaladas mediante un interrogante sobre cómo las vivencias personales moldearon las actitudes de los profesionales hacia el otro en terapia y se convirtieron en recursos efectivos frente al agotamiento de su labor terapéutica.

El cuidado es un tema vigente, como lo demuestran estudios recientes sobre la familia, el género y el trabajo doméstico. Hirata (2018), Micolta (2018), entre otros, han suscitado una reflexión en el ámbito de la terapia familiar en Colombia en torno a la intervención terapéutica como un reto ético en el cuidado de los terapeutas, porque su propio ser se integra en el proceso de atención. A partir de una sencilla exploración, se evidenció que la perspectiva narrativa fue influenciada por el discurso de la ética del cuidado, mas se han hallado pocos estudios que hagan referencia al cuidado de sí como una postura ética en los procesos adelantados por los terapeutas en la función profesional.

De acuerdo con Micolta (2014), el cuidado es una habilidad trascendental necesaria en el mantenimiento de la vida humana, portadora de un doble sentido. Por una parte, está enmarcada en la inmanencia de las acciones,

los protocolos y las prácticas apropiadas para el mantenimiento de la vida, y, por otra, está presente en la transcendencia de las acciones y en el significado que se conserva en la memoria, la reflexividad, el lenguaje y la narración de las historias personales. Según esta perspectiva trascendental, el cuidado es una praxis permanente en ejercicio ético del terapeuta, quien en sus esfuerzos por atender al consultante afronta el reto de cuidar de sí mientras se preocupa por otro. Esta práctica de pre-ocuparse³ de sí está impregnada de significados en las narraciones sobre las vivencias, que gracias a su formación ha reunido el terapeuta. Son recursos a su alcance para ofrecer esperanza a las personas que traen distintas peticiones de ayuda por el dolor que desean afrontar. Más allá todavía, las habilidades frente al cuidado generan motivos de esperanza para la relación con el otro. El enfoque narrativo se interesa por aquellas posturas en las cuales los terapeutas generan una relación vinculante con los consultantes a través de sus propias historias. En este sentido, la atención de sí es una postura terapéutica, es un llamado a conocer, discernir, reflexionar y examinar su propia vida, como un acto de cuidado con aquellas historias que le son compartidas.

Esta perspectiva está presente en el corazón de la terapia narrativa con una pregunta formulada por Epston (1994): ¿cómo hacen los terapeutas para revelar en su actuar el carácter ético de sus prácticas hacia el otro por medio del servicio respetuoso? Él mismo responde que este interrogante exige una respuesta simultánea en la vida del terapeuta y su ejercicio profesional. El enfoque narrativo es una práctica de observación mutua y constante sobre la propia vida, una manera de buscar la responsabilidad al asumir la tarea del cuidado del otro mediante la responsabilidad del cuidado de sí.

Cabe decir que todos los enfoques en la terapia emplean conceptos teóricos y prácticos que dan cuenta de la presencia de acciones para el autocuidado, es decir, aquellas que se realizan para atender al bienestar del profesional dentro del proceso terapéutico. Por una parte, de acuerdo con Triviño (citado en Rodríguez *et al.*, 2018), el concepto de autocuidado hace alusión a las actividades que se desarrollan para mantener o preservar la vida biológica, con un sentido de autoprotección. Por otra parte, el cuidado de sí está en relación con categorías como *reflexividad*, *mismidad* y *conversación* en un intercambio recíproco mediante el lenguaje, que sirven a la transformación

³ Heidegger (1997) concibe el ocuparse como una descripción del cuidado. Esto significa que pre-ocuparse es una dimensión metafísica de la tarea de cuidado del Ser-ahí, una tarea ontológica sobre el propio ser.

personal. Por consiguiente, la comprensión del cuidado de sí desde el enfoque narrativo no busca crear diferencias tangenciales entre los modelos de intervención, sino que procura puntos de encuentro afortunados que cooperen en la solución de problemáticas en la disciplina profesional de la terapia.

El cuidado: un concepto filosófico

La filosofía ha hecho del cuidado un concepto existencial y reflexivo, lo que ha influido notablemente en el discurso sobre este como ética de tipo social (Carmona, 2008). Un ejemplo de la trascendencia de este concepto se encuentra en el llamado primer Heidegger,⁴ quien visualiza el cuidado en la narración mitológica de Higinio. En esta narración se halla una explicación acerca del origen del hombre y su íntima relación con el cuidado; esta forma de presentar la historia es un testimonio preontológico (Heidegger, 1997) de la creación del hombre, que antecede a cualquier acto humano. Por decirlo así, el cuidado hace presencia al inicio, durante y al final de la vida para darle sentido.

Se destaca también el pensamiento de Foucault (1990), quien dice que el cuidado de sí forma parte de las tecnologías del yo; es una actividad que el sujeto ejerce sobre su propia identidad. Así, las tecnologías del yo son desarrolladas por los individuos para lograr bienestar, felicidad, sabiduría y equilibrio; es por este motivo que el cuidado de sí corresponde a una serie de acciones que ejerce el sujeto “sobre su cuerpo y su alma” (Foucault, 1990, p. 48). En concordancia con lo anterior, la inquietud de sí o cuidado de sí es una vivencia ontológica que implica tanto el *soma* (cuerpo) como la *psique* (alma), por medio de acciones de responsabilidad hacia sí mismo. Lo anterior explica por qué el cuidado es un trabajo que requiere esfuerzo real (Micolta, 2018), y para la atención de sí o del otro exige una postura meditativa y activa que lleve al sistema consultante completo al cambio.

El trabajo del terapeuta se alimenta de experiencias vitales, como la dimensión social y cultural que dan significado y orientación al conocimiento de teorías y técnicas que usa, es decir que son las expresiones de su historia

⁴ De acuerdo con estudios que profundizan en la evolución del pensamiento y los argumentos de Heidegger, es posible hablar de tres etapas en el desarrollo de su filosofía sobre el ser. En este artículo se dialoga con algunas ideas del primer Heidegger sobre el cuidado como narración y existencialio.

personal y social el principal componente de su trabajo. Dice White (2002b) que la experiencia del terapeuta y la conexión con las historias familiares se convierten en un elemento de cuidado y protección contra el agotamiento profesional, denominado como Burnout, una respuesta ansiosa frente a las demandas laborales (Méndez, 2004). Así las cosas, los recursos personales se convierten en acciones que previenen este desgaste (Benevides *et al.*, 2010), de modo que, dice White (2002a), las experiencias del cuidado familiar dan sentido al *self* personal y renuevan el ejercicio profesional.

En armonía con lo dicho hasta ahora, algunos discursos sobre la persona del terapeuta han cuestionado las formas tradicionales de terapia que asumen el beneficio del proceso en sentido unidireccional, dirigido hacia el solicitante de la ayuda y no como un encuentro de coayuda, el cual es útil para el establecimiento del vínculo. A la par, los estudios sobre la ética del cuidado han propuesto una mirada justa y política, equitativa e igualitaria de la terapia entre las posturas del consultante y del terapeuta. Al respecto, Foucault (2010) expresa que la filosofía antigua concluyó que la inquietud de sí es una actividad que ayuda al gobierno social y a la organización de la ciudad, en cuya perspectiva el cuidado permite acceder a una comprensión distinta sobre la terapia, a través de prácticas reflexivas y de una acción relacional que propenda por nuevas alternativas para la prevención y el afrontamiento de situaciones adversas a la terapia.

Memoria metodológica

Esta investigación fue de tipo cualitativo, por la capacidad de apreciación multifacética, por las características particulares de versatilidad y dinamismo del enfoque (Galeano, 2004). En palabras de Denzin y Lincoln (citados por Flick, 2007), el enfoque cualitativo “consiste en un conjunto de prácticas materiales interpretativas que hacen visible el mundo” (p. 37). Por esta razón, se planteó hacer visibles las características del cuidado desde el enfoque narrativo. Esta investigación fue documental de tipo hermenéutico, ya que no solo analizó los contenidos documentales, sino que los puso en discusión con otras perspectivas del conocimiento; el resultado fue una interpretación al fenómeno en cuestión. En otras palabras, este estudio supera el esfuerzo meramente descriptivo y la intención explicativa del texto, y deja ver las huellas del cuidado en las experiencias personales y familiares de los terapeutas, descritas por White y Epston en su quehacer cotidiano como acompañantes de terapeutas.

En este orden de ideas, se contó con un corpus bibliográfico que incluyó una revisión de los textos de White (1994; 2002a; 2002b; 2016), White y Epston (1993) y Epston (1994), de acuerdo con criterios como el valor ético para la práctica autobservadora y su reconocimiento como obras de carácter reflexivo y experiencial en los terapeutas narrativos. Seguidamente, la información encontrada fue registrada en matrices que luego se analizaron por medio del árbol de argumentos. Esta es una estrategia que facilita el paralelismo de argumentos mediante la correlación de las evidencias en los textos de los autores con las categorías de estudio (Cardona y Osorio, 2016), teniendo en cuenta la perspectiva filosófica de la obra foucaultiana.

Voces precedentes

La investigación realizó un acercamiento a distintas construcciones que han atendido al fenómeno del cuidado y se constituyen en voces que aportan claridad a la discusión. Inicialmente, la mirada a las habilidades internas de los terapeutas se basa en las observaciones de Freud (1992) en el ámbito de la formación psicoanalítica, que le llevaron a interesarse en la lucha interna que vivían los terapeutas al recibir las dificultades psíquicas que les traían sus pacientes. Si bien Freud no realiza un estudio sobre lo que sucede en la organización psíquica del terapeuta y cómo afecta el vínculo con el consultante, sí enfatiza en los protocolos que buscan preparar al psicoanalista mediante el camino del análisis personal.

Según Aponte y Winter (1988), la terapia familiar presenta diferencias particulares con el resto de los enfoques terapéuticos; su diferencia principal radica en el reconocimiento de la propia historia familiar, de modo que “requiere el uso del Self. Un terapeuta no puede observar y provocar desde afuera. Debe ser una parte del sistema de personas interdependiente” (Aponte y Winter, 1988, p. 12). Por este motivo, la *mutualidad* es una habilidad que se ubica en la terapia familiar como un paradigma novedoso frente a los modelos tradicionales, con lo cual el cuidado de sí es una propuesta ética que se aprende en la formación terapéutica. No basta con los conocimientos establecidos por la disciplina terapéutica, sino que además cada terapeuta se encuentra inserto en una cultura, un tiempo y un lugar específico, desde donde habla y escucha, de forma que el terapeuta debe tratar con la inestabilidad permanente de la cultura para acceder a la multiplicidad de la interioridad individual.

Dicen Bertrando y Arcelloni (2006) que esta postura de cuestionamiento continuo ha puesto al terapeuta en una duda que necesita encarar; los autores consideran que la construcción social es un lente de observación cuidadosa de los significados relacionales. En el discurso construccionista se encuentra consignado *el sí mismo*, que se desarrolla dentro de los intercambios sociales; en otras palabras, la identidad forma parte de una comunidad. Así, la conversación terapéutica suscita un encuentro inevitable entre el cuidado del otro y el cuidado de sí; es un intercambio recíproco mediante la palabra y la reflexión, es un paradigma íntimamente relacional y abierto que entrelaza la cultura, el lenguaje y la significación. Por tanto, el significado de las experiencias posee un lugar privilegiado en la terapia y en la totalidad de la narración, fundamental para establecer conversaciones con el sistema consultante sobre sus acciones y el significado.

La historia es igual a lo narrado, cada persona puede dar cuenta de los acontecimientos vividos que se entrelazan con otras historias, convirtiéndose en un instrumento de significación para la propia vida. La novedad del enfoque narrativo radica en el encuentro con las *historias dominantes*, que se construyen en la comunidad y forman parte de la identidad individual, a partir de los significados construidos. La tarea de la terapia es reconocer en las narraciones el lugar que les corresponde en el territorio de las vidas de los consultantes. Al respecto de las historias construidas de manera conjunta en la comunidad, Gergen (2006) dice que la realidad se teje mediante las relaciones y no fuera de ellas, y que tales construcciones son posibles en el lenguaje; para ello, el mencionado autor invita a la reflexión sobre la postura discursiva de la terapia tradicional. En contraste con esta última, Gergen (2006) introduce la epistemología construccionista social, en la que aboga por encontrar formas auténticas de relación terapéutica que permitan generar sentido. Es claro que la atención terapéutica no es una iniciativa del “experto”; “cuando las personas recurren a la psicoterapia es porque tienen una historia que contar” (Gergen, 2006, p. 117). Esa historia atraviesa la existencia del terapeuta, la interpela y le da significado, en la medida que el terapeuta familiar se permite reconocer la inquietud que ella le genera. De esta forma, los enfoques postmodernos de la terapia han puesto su atención en la construcción de las narraciones, como instrumentos por medio de los cuales se comprende y se construye la realidad; es decir, la terapia con enfoque narrativo ha posibilitado el desarrollo de alternativas de significación.

Arias (2007) enmarca el cuidado en la reflexión ética junto con la acción política, como una forma de promover diversos programas, orientados al

bienestar social y al desarrollo del potencial humano; entre estos programas se encuentra la salud mental. Por tanto, el reto que se desprende en la perspectiva social es el reconocimiento de la condición interior del ser humano. Para los griegos, el cuidado representaba no solo una práctica interior, sino la base de las emociones; así, el cuidado inicia como un proceso interno de aprecio y donación de sí, el cual se encuentra ligado a las estructuras profundas de la personalidad de los individuos e “interroga por la responsabilidad moral frente a los otros y no necesariamente con quien tenemos relaciones personales de manera directa” (Arias, 2007, p. 29). Por este motivo, la indagación de los diálogos internos tiene que ver con conversaciones que modifican o limitan las distintas formas de ser y de pensar.

A su vez, dicen Oliviera *et al.* (2018) que la ética del cuidado supone dos caminos de interpretación: el primero es aquel que ve en la autonomía y la subjetividad de las relaciones una posibilidad para generar el bienestar, y el segundo corresponde al paradigma tradicional, en cuanto que las tareas tradicionales del cuidado están explicitadas por las relaciones de justicia que existen entre unos y otros. Según esta propuesta, la atención de sí es una acción enmarcada en el contexto de la otredad, formulada por Levinas (2002). La otredad es un neologismo construido a partir del concepto del otro; el otro es un concepto filosófico que “se presenta en una relación asimétrica/disimétrica” (Balcarce, 2014, p. 197).

En este orden de ideas, el cuidado de sí en la persona del terapeuta es un aspecto poco explorado en la terapia familiar de tipo narrativo; sin embargo, la reflexión compromete distintas áreas del saber, respecto a la construcción de su identidad como terapeuta-cuidador. Se parte de sus experiencias en favor de otros, una perspectiva ética en el ejercicio de acciones y reflexiones sobre su propia historia, que pone a la vista la forma en que se construyen significados en la terapia por medio de prácticas narrativas.

Un acercamiento a la inquietud de sí de Foucault

Uno de los pensadores más influyentes en la postmodernidad es Foucault, por su capacidad para argumentar la deconstrucción conceptual. De ahí que su legado y reflexión haya llegado hasta los precursores del enfoque narrativo. La contribución de Foucault (1990; 2010) no se limita a la deconstrucción

de la Modernidad, ya que realiza un tránsito de términos, experiencias y formas de vida desde la Antigüedad, desde donde toma conceptos fundamentales para formar una arquitectura ampliada de la perspectiva de la inquietud de sí, interpretada como cuidado de sí. De manera acertada examina las concepciones y experiencias acerca de la categoría en la Antigüedad y cómo se inicia un interés reflexivo por la propia identidad, además de las prácticas allí incluidas; así, el cuidado se encuentra ligado desde la filosofía socrática a la actividad curativa del ser. En su trabajo sobre la *inquietud de sí* de Foucault (2010) dice que la filosofía contemporánea inaugura una pregunta por la cual pueden ser pensados temas relacionados con las prácticas de cuidado, en la medida en que influye en la vida cotidiana. Y al hacer referencia a la cultura grecorromana de finales del siglo IV (Foucault, 1990) comprende cómo el género, la familia, los hábitos, la salud mental y la existencia son conceptos asociados al cuidado.

Para el primer Foucault,⁵ el interés en los discursos de dominio significa ir en búsqueda del levantamiento de prácticas normalizantes, usadas en los hospitales psiquiátricos de la época. Dice Foucault (1990) que el cuidado fue progresivamente descentrado de la persona y se marginó a un corto espacio atendido por lo femenino, en momentos de enfermedad o convalecencia, mediante prácticas privadas del cuidado del otro. En su crítica histórica, el pensador francés deconstruye el concepto del cuidado de sí; para este fin recurre a la filosofía antigua y amplía la conceptualización hacia una postura reflexiva en la historia, las experiencias y las narraciones de la propia vida.

Foucault (1990) dice que el cuidado de sí implica “un conjunto de prácticas mediante las cuales uno puede admitir, asimilar y transformar la ‘verdad’ en un principio de acción” (p. 74) sobre la propia vida. Desde esta perspectiva, la inquietud de sí se traduce en una acción política que promueve el gobierno personal como un modo de ser en la historia; en consecuencia, una búsqueda del *ethos*. El *ethos* grecorromano, entendido como cuidado de sí, consistía en el perfeccionamiento del alma por medio de la razón (Foucault, 2010); aún más, para la filosofía helenista el uso de la razón no es solo una actividad exclusiva de los sabios, es un llamado (*vocare, vocación*) de todos, “a los viejos y a los jóvenes” (Epicúreo, citado en Carmona,

⁵ Periodo conocido como la etapa arqueológica (1961-1969). Foucault se enfoca durante este tiempo en las prácticas discursivas con las cuales se definen tradicionalmente los límites del sujeto; en esta etapa del pensamiento del autor deconstruye la idea de saber que ha influido en el modo de interpretar la verdad (Amezcuca, 2009).

2008), a hombres como a mujeres; el resultado es que el cuidado de sí es una manera de ser y de responsabilizarse de su relación con el mundo y con los demás.

Ahora, al desagregar la expresión *cuidado de sí* para efectos de su comprensión, se observa que hay dos elementos que la integran. En primer lugar, un pronombre reflexivo que señala una identidad sobre la cual recae la acción, es decir, el sujeto. Esta construcción ha sido un punto de partida de Foucault (1999) para desarrollar su discurso sobre el sujeto. De modo crítico, dice Foucault (1988) que el sujeto ha sido objetivado mediante prácticas divisorias al descentrarlo de experimentar sus propias vivencias. El despojo del sujeto de su mismidad lo alejó de su capacidad para subjetivarse, de manera que el cuidado de sí se limitó a las acciones por el otro, con un olvido sobre las acciones que promueven el bienestar del propio sujeto; en otras palabras, el olvido de sí. El *ethos* del cuidado, como cuidado de sí, supone una atención a las narraciones sobre sí mismo, que atribuye poder a sus acciones, las cuales recaen en el propio sujeto que ejerce la acción, en orden al bienestar de su identidad.

En segundo lugar, el concepto de cuidado es la inquietud sobre el trabajo que se efectúa para mantener la vida, en una búsqueda constante y permanente de bienestar, como única fuente de poder/conocimiento. *La historia de la sexualidad: Inquietud de sí* de Foucault (2010) aborda algunos conceptos útiles para referenciar la importancia de atender a las propias necesidades, desde los orígenes de la filosofía griega. Según el autor, “lo que se señala en los textos de los primeros siglos, más que nuevas prohibiciones sobre los actos, es la insistencia en la atención que conviene conceder a uno mismo” (Foucault, 2010, p. 52). La *Cura sui* (cuidado de sí) está relacionada, por una parte, con aquellas maneras como el sujeto se encuentra con la verdad, y, por otra, con aquellas prácticas que le permiten cuidar su vida, al reconocerse necesitado de conocimiento y cultivar la humanidad (Nussbaum, 2005) con la ayuda de la razón.

Foucault (2010) llama la atención sobre una mejor manera de ser y de pensarse, correspondiente a una actividad psíquica voluntaria capaz de transformar realidades; esta mejor manera de vivir está relacionada con el conocimiento y el perfeccionamiento personal. Por este motivo, la filosofía como capacidad reflexiva es una cura de la ignorancia, la cual está en pos de la curación del otro. Otra expresión que recoge Foucault (1990) es *Heaitou epimelestai*; ella simboliza los esfuerzos de cuidado físico y mental, a través de las prácticas que permiten inspirar, enseñar, satisfacer, aprender

y aconsejar, incluyendo las técnicas como la escritura de cartas y el servicio a los demás. En otras palabras, la práctica del cuidado de sí es una postura ética para el terapeuta; así, las elecciones que hacen los terapeutas para organizar, escuchar o dar significados a las historias subyugadas⁶ de los consultantes son las elecciones que realizan con base en sus experiencias previas, sobre las cuales han reflexionado.

El enfoque narrativo, apertura para el cuidado de sí

El enfoque narrativo interpreta el cuidado de sí como un proceso reflexivo del terapeuta sobre la historia personal, el cual da continuidad a las ideas foucaultianas; la reescritura de las experiencias permite “socavar la mistificación del conocimiento terapéutico, para asegurar la participación en los conocimientos y para poner en cuestión la posición privilegiada del terapeuta en el sistema terapéutico” (White, 1994, p. 57). Lo anterior quiere decir que el cuidado de sí es una categoría vinculada con los postulados de la terapia narrativa, dada su capacidad de favorecer procesos terapéuticos igualitarios mediante procesos conversacionales sobre las historias de vida, para cuidar de sí y del otro.

En consecuencia, White (2002b) dice que “las prácticas de relación de la terapia y las prácticas del yo del terapeuta [están] asociadas con estas concepciones alternativas que ofrecerán antídotos parciales contra el desaliento” (p. 10). A este propósito, la reautoría posibilita hablar de prácticas preventivas frente al agotamiento; más aún, es una postura ética frente a la persona del terapeuta, que incorpora a su ejercicio profesional aspectos de su historia personal y familiar, para ayudar a quienes buscan su mediación. White (2002b) expresa que las experiencias personales del terapeuta lo unen a su familia y lo instan a no dejarse someter del agotamiento; de manera que al exteriorizar sus dificultades, contribuye a asumir la responsabilidad de cambio y transformación personal, por medio del reconocimiento de sus experiencias de vida y las capacidades que le han permitido cuidarse del abatimiento que generan los problemas.

⁶ El concepto de *historias subyugadas* (Foucault, 2010) se presenta por medio del enfoque narrativo al cuestionar las declaraciones que someten la vida a formas de ser y de pensar de manera inauténtica. “Estas declaraciones y propuestas encuentran eco en todas partes: en las revistas populares, en el auge de la literatura de autoayuda, en la venta de productos de consumo, en la publicidad de los medios, en las promociones de la industria de la superación, etcétera” (White, 2002b, p. 266).

El cuidado de sí es una responsabilidad sobre la identidad. La noción de *responsabilidad* va en consonancia con la autoobservación de segundo orden, que consiste en la habilidad del sistema para autodescribirse; una manera de vivir en búsqueda del conocimiento de sí, como dice Foucault (2010). El cuidado de sí es una invitación a procurar que la práctica de la observación de sí se convierta en una búsqueda de la “verdad” sobre la propia identidad. Es por este motivo que una significativa parte de la obra de White y Epston presenta una intensa reflexión en la búsqueda del sentido sobre la participación de la vida del terapeuta en las historias de sus consultantes, por medio del reconocimiento de su propia experiencia personal; testimonio de ello es que en sus obras se consignan no solo diálogos con otros terapeutas, sino aspectos personales sobre la responsabilidad y la atención a las vivencias de los autores mismos, donde constantemente hacen alusión a los *logros aislados*⁷ que estos tienen al reflexionar y reescribir las historias sobre su propio proceso vital.

Las prácticas narrativas y el cuidado de sí

A través del habla se narran experiencias con las cuales los individuos de una cultura generan significados diversos y locales sobre su vida; es decir, tanto los significados como la experiencia están inscritos en contextos específicos del lenguaje. Unido a esto, la terapia con enfoque narrativo hace uso de la palabra y los símbolos para penetrar en la vida de quienes participan en el sistema terapéutico; de manera semejante, el terapeuta convierte su experiencia en material de consulta y aporta al cuidado de sí con prácticas que opera para su beneficio y el de los demás. Al respecto, dice White (2016):

Como terapeutas, estamos especialmente preparados para el uso de las palabras. Pero para nosotros, como para muchos otros, practicar el lenguaje de las conversaciones externalizadoras no es tanto una cuestión de aprender una técnica como de desarrollar una forma particular de ver las cosas. (p. 32)

La primera de las prácticas en la terapia ha sido la externalización, usada para ayudar a los consultantes a diferenciarse de los problemas; en efecto, el reconocimiento de la propia identidad conlleva la diferenciación de las

⁷ Este concepto descrito y usado por David Epston (1994) hace alusión a las historias en las cuales el empoderamiento del consultante sobre su identidad es superior al manejo del problema.

historias subyugantes, de las circunstancias problemáticas que rodean la persona. Es así como el terapeuta hace uso de la externalización para diferenciar el conocimiento tradicional que le viene de su profesión, a partir de las contribuciones adquiridas de su experiencia. La experiencia personal se constituye, por una parte, en conocimiento que tiene el terapeuta de la cultura y la sociedad, y el modo en el cual participa de ella; y, por otra parte, de los procesos formativos que hacen al terapeuta competente en un nivel profesional. Aun así, el enfoque narrativo es más que una técnica de abordaje, es *Ser-En-El-Mundo* (Heidegger, 1997); una manera de representar los hechos, las historias y el lenguaje, para unirlos en argumentos ordenados que dan sentido a la experiencia. El enfoque narrativo y el cuidado de sí están identificados en su interés por las palabras, los significados y las experiencias, con la finalidad de crear realidades alternativas.

Con el fin de visibilizar estas alternativas de manera autónoma, el terapeuta adopta la postura de ayuda desde atrás, para que el consultante pueda recobrar su capacidad de agencia. De esta manera, el consultante, al visualizar su pasado, presente y futuro sin la obstrucción de su visión impuesta por el terapeuta, reconoce la dirección acertada de sus decisiones; así, la metáfora de la postura de atrás permite el reconocimiento de los campos de acción del consultante. Por tanto, la responsabilidad de las decisiones no recae solo en las acciones del terapeuta, sino en el compromiso del consultante en explorar otros territorios de su identidad. Por esta razón, también es una práctica relacionada con atención de sí, de acuerdo con las dos posibilidades que desarrollan los terapeutas. Por un lado, la libertad del terapeuta, asociada al reconocimiento de patrones en su historia, al incursionar en la vida del sistema consultante; por otro lado, también le permite apreciar el panorama de la acción y la identidad en su propia vida y valorar estas experiencias al servicio de su persona. Al respecto, se halla un diálogo entre White y una terapeuta en formación. Para la terapeuta tiene sentido el reconocimiento de sus experiencias de cuidado en la infancia, alrededor de su familia de origen; así desarrolló algunos recursos éticos que favorecen el ejercicio de su profesión.

Desde mi entrevista [con White], me he entregado a las sesiones con las personas que me consultan con mucha más confianza en que tengo algo que ofrecerles. Cuando me siento junto a ellos tengo la sensación de estar compartiendo la sala con mis abuelos y las historias maravillosas que asocio con ellos. Siento una riqueza en mi propia vida que puedo ayudar a las personas que me consultan a descubrir y describir en la suya. (White, 2002b, p. 99)

Lo anterior es efecto de los lenguajes que establece el terapeuta sobre su historia y el reconocimiento que hace de los mismos en su proceso formativo, en el que reconoce las narraciones de su historia familiar y de su cultura. Las elaboraciones del terapeuta sobre el contexto familiar pueden generar a largo plazo cansancio y sensación de desconcierto si no han sido tratadas con anticipación y no han develado su poder/conocimiento en la vida del terapeuta.

Por consiguiente, el cultivo del lenguaje es también un recurso para el proceso de adaptación a técnicas que promuevan cambios en los consultantes, y para la comprensión de las historias que surgen durante el proceso terapéutico. Relacionado con el interés de White y Epston en el lenguaje con que se expresan las historias de vida, es posible afirmar que existe una influencia mutua en el intercambio de narraciones, metáforas y escritos (Epston, 1994) que moldean y amplían los territorios de los participantes en el sistema terapéutico. “La narración de toda historia es poderosamente moldeada por la respuesta del oyente. Y esto especialmente es así cuando el oyente es también el protagonista de la historia” (White, 2002b, p. 23). De modo que la responsabilidad de todo el sistema terapéutico está en la participación de sus miembros mediante la cocreación de relatos. Según lo anterior, el protagonismo y la autoría de las experiencias de vida que son narradas en el espacio terapéutico son tanto del consultante como del terapeuta; esto quiere decir que los modos de vida adquieren un sentido y un significado para la cultura, con los cuales se logra construir la identidad.

En el material biográfico se hallan dos dimensiones usadas por White (2016) como una metodología para adentrarse en las historias de sus consultantes. Estas dos dimensiones son el paisaje de la acción y el paisaje de la identidad. El primero es una construcción biohistórica en la cual se organizan los acontecimientos, y el segundo es una construcción de significación a través de comprensiones distintas que dan lugar al cambio en el discurso, lo cual permite una reautoría (White y Epston, 1993). Cabe señalar lo que dice Polanco (2010) sobre la reautoría: esta es una práctica narrativa asociada al modo de vida local en la que se evidencia la cocreación de historias; tanto las narraciones como la experiencia son interpretadas según el prisma de la cultura.

En la propuesta de White (2002b), el terapeuta adquiere un destacado compromiso en el arte de conocerse a sí mismo por medio del relato y una responsabilidad con el significado y autoría de las narrativas propias, de cara a sus consultantes. Precisamente, el encargo del cuidado del otro es

un llamado a cuidar de sí, mediante la elaboración de una narración personal que incluye datos de la experiencia familiar, la reflexión y el encuentro con la identidad en el significado de las acciones. El conocimiento de sí se reconoce como parte de la identidad; sin embargo, dada la amplitud de las experiencias vitales que son coconstruidas con los demás, la identidad goza de alternativas múltiples de ser y de pensarse. En palabras de White (1994),

Por ejemplo, nuestra identidad personal está constituida por lo que “sabemos” de nosotros mismos y por cómo nos describimos como personas. Pero lo que sabemos de nosotros mismos está constituido en su mayor parte por las prácticas culturales (que incluyen a la descripción, el etiquetado, la clasificación, la evaluación, la segregación, la exclusión, etc.) en las que nos movemos. (p. 10)

En relación con lo anterior, Polanco (2010) plantea que la identidad es “un acto intencional, siempre inconcluso y sujeto a edición” (p. 7), tanto por parte propia como por la participación en una comunidad; la identidad del terapeuta no escapa a sus experiencias personales y las vidas de quienes llegan en busca de ayuda. Así las cosas, la atención de sí en la terapia narrativa significa recordar y revivir las historias personales que dan fuerza a la identidad del terapeuta y se conjugan con los conocimientos adquiridos en el proceso formativo del terapeuta.

La comunidad como origen de práctica por la inquietud de sí

La identidad es una construcción social (Gergen, 2006); con esto se entiende que la identidad forma parte de las acciones y significados adquiridos en la comunidad. Por esta razón, la práctica narrativa insiste en el reconocimiento de las prácticas sociales como elemento de la reescritura de la identidad. Con respecto a lo anterior, dice White (2002a):

Al reflexionar con más profundidad sobre la historia de las ideas y prácticas que aquí presento, me encontré recordando, y luego reviviendo, algunas de las experiencias que han estado reforzando fuertemente estas ideas y prácticas (experiencias que también han contribuido significativamente, de manera más general, a dar forma a mi trabajo y a mi vida). (p. 20)

White y Epston (1993) concibieron el enfoque narrativo como un modo de vivir de manera curativa la existencia, por ello el proceso terapéutico es una actividad social, al igual que la práctica del cuidado; ambas se originan en la comunidad, lugar donde los participantes observan su historia y asignan significados a las acciones. Para este fin, la remembranza, como práctica narrativa, hace uso de la memoria colectiva, al ayudar en la organización de los acontecimientos y al convertirlos en propiedad de la comunidad terapéutica. Vale aclarar que *rememorar* significa evocar, traer otra vez a la memoria, convocar en el presente lo aprendido como conmemoración, o lo que es lo mismo, como celebración pública en el sistema consultante. White (2016) justamente celebra los conocimientos adquiridos al decir que las experiencias personales que guarda en su memoria han permitido fortalecer sus ideas teóricas y han aportado riqueza a los lenguajes que comparte con sus consultantes.

El cuidado representado en el lenguaje terapéutico

Al llegar a este punto, se hace necesario decir que existe una estrecha relación entre el lenguaje y la memoria. El lenguaje es la vía como se procesan las acciones y las experiencias vitales; por medio de él se deconstruyen los recuerdos que configuran. También es cierto que la significación del lenguaje es un acto de libertad humana; el significado libera y aporta a la construcción social de cada individuo. Con referencia a esto, las incursiones en el campo de la escritura han permitido diversas significaciones en sus consultantes, en modos distintos de usar el lenguaje; dicen White y Epston (1993) que “hemos aceptado la proposición de que el lenguaje hablado y el escrito tienen diferentes dominios en la existencia” (p. 18). Es verdad que la terapia narrativa encuentra en el lenguaje escrito una significación y representación para la existencia, con el cual se hace un reconocimiento y se posibilita la reautoría de los acontecimientos, como lo dice Foucault (1990).

El lenguaje escrito se ha constituido en una práctica de cuidado de sí desde la Antigüedad; Cicerón, Marco Aurelio y otros filósofos antiguos ya usaban las cartas como forma de examinar sus vidas y los acontecimientos que les rodeaban, y recomendaban el ejercicio durante el proceso de aprendizaje para quienes habían optado por vivir sabiamente (Foucault, 2010). En este sentido, el enfoque narrativo usa la escritura como medio para resaltar matices en las narraciones de cada persona; es decir, el terapeuta usa sus

habilidades en el lenguaje con “*finés terapéuticos*” (White y Epston, 1993) que susciten la construcción conjunta de realidades, no para resguardar una información solo para él, con el peso jurídico que esto implica; el ejercicio de escribir en la terapia narrativa comprende la anamnesis o la historia clínica con fines informativos y como forma de cuidado.

A modo de conversación

El cuidado está representado en la cultura como el trabajo cotidiano que propende por el bienestar del individuo, mediante acciones tangibles. Sin embargo, es innegable, como se ha evidenciado hasta aquí, que las prácticas trascienden las acciones y se ubican en el espacio de la reflexión y la toma de conciencia, lo que contribuye con la construcción de la identidad. El cuidado de sí representa la *ocupación* sobre el *Ser-ahí* (Heidegger, 1997). El primer Heidegger traza un camino para la conciencia del cuidado como una vía de acceso del ser. Este argumento alude a la capacidad que tiene el hombre para interrogarse a sí mismo sobre su historia y sus relaciones como representación del *Ser-ahí*. Por tanto, una de las prácticas de cuidado de sí presentes en la terapia narrativa es una propuesta ética para la toma de conciencia sobre la historia personal del terapeuta.

Siguiendo a Bronfenbrenner (1979) y a Bandura (1987), el proceso de desarrollo humano está claramente influenciado por el entorno social. El *Ser-ahí* de Heidegger podría aludir a lo social, presente en la identidad individual de cada persona; de ahí la necesidad de que el terapeuta, al introducirse en los discursos dominantes y subyugados, reconozca estos patrones de poder en su historia personal y familiar. La identidad terapéutica conlleva una postura ética reflexiva sobre la historia y el compromiso de desarrollar una actitud crítica de tipo social, que permita recurrir a la experiencia del terapeuta para desafiar las formas culturales dominantes. El desafío a los discursos dominantes en el ejercicio profesional de la terapia implica deconstruir las creencias personales para no repetir o considerarse juez de aquellos que han aprendido una única forma de ser y de pensar; el reconocimiento de la influencia de los discursos culturales es una manera no solo de cuidar del propio ser, sino también del otro. La acción del terapeuta incluye lo que sucede en el espacio de terapia y además aquello que sucede en los contextos histórico, social y biológico circundantes. En este sentido, salir al encuentro con el otro implica el encuentro con la mismidad, que escapa a la inmanencia de las acciones.

Conclusiones

Hasta aquí el cuidado ha sido el resultado de un desarrollo complejo de la identidad, la historia, el lenguaje y el contexto familiar y personal del terapeuta, que sirven para que él opere acciones sobre sí mismo y sobre las personas que recurren en su ayuda; esto facilita el vínculo entre el terapeuta y el sistema consultante, por medio del acercamiento a múltiples realidades compartidas en la cultura.

Las experiencias personales y familiares de los terapeutas se convierten en narraciones y recursos sobre sí mismos contra el agotamiento en orden al servicio social prestado, más que en un esfuerzo por posicionar su entrenamiento profesional en un nivel superior con respecto al conocimiento del consultante. El reconocimiento de las historias personales es producto de una postura ética basada en la reflexividad para la deconstrucción de las historias en el encuentro de interacciones de los sistemas consultantes. Lo anterior quiere decir que el terapeuta tiene un trabajo personal por realizar a lo largo de su formación y ejercicio profesional, con el fin de adoptar una identidad que aporte a su cuidado y al cuidado del otro, más allá de los protocolos de autocuidado de la salud física y emocional en los cuales se encuentra adscrita su práctica.

En líneas generales, el cuidado de sí es una tarea que asume el cuidado del otro como una responsabilidad con el propio ser. Las prácticas narrativas de White (2002b) y White y Epston (1993) insisten en el reconocimiento de las experiencias de vida familiar o personal de los terapeutas, porque allí se localizan los significados necesarios para asumir la vocación terapéutica, que no es otra distinta a *cuidar de...*, una manera ética de ser y de pensar en el terapeuta. Las ideas sobre el cuidado de sí expuestas por Foucault a lo largo de sus escritos son coherentes con la invitación a deconstruir el quehacer del terapeuta para encontrar nuevas formas de posicionarse frente a los discursos dominantes que generan agotamiento.

Es de aclarar que otras investigaciones profundizan en las diferencias entre cuidado de sí y autocuidado. Por lo pronto, el autocuidado es un nivel básico de preservación de la vida y el cuidado de sí es un desarrollo que requiere la capacidad para comprensión de sí y del otro. Aunque el objeto principal de esta investigación no fue hacer una apología sobre el significado del cuidado. Es oportuno decir que las investigaciones sobre el cuidado están asociadas a la responsabilidad social en contextos culturales y comunitarios particu-

lares. Estos estudios han sentado una posición acerca del valor superior del cuidado en la cultura colombiana frente a otros valores como la exactitud, la economía y la producción; de modo que los terapeutas en su práctica profesional ejercen acciones sociales de cuidado en el ejercicio de su profesión, una propuesta que también tiene coste significativo en la transformación social. No es suficiente la aprobación de quien recibe los beneficios de ser cuidado; al final, debe adquirir el compromiso como cuidador, es decir, el propagador de una ética que promueve la reflexión, la construcción y la estética de las relaciones. En síntesis, el cuidado es una práctica que define el modo de ser y de actuar del *therapeutēs* (terapeuta en griego), aquel que pone su práctica al servicio de los demás para trascender su oficio; es un ser humano que comprende que su cuidado está integrado a las dimensiones dentro de sí, pero para salir de sí. Gracias al cuidado, el terapeuta logra integrar su práctica profesional con su historia personal para reclamar la autoría de su existencia.

Referencias

- Amezcuca, M. (2009). Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. *Index de Enferm*, 18(2), 77-79. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200001&lng=es&tlng=es
- Aponte, H. y Winter, J. (1988). La persona y la práctica del terapeuta. Tratamiento y entrenamiento. *Revista Sistemas Familiares*, 4(2), 2-15.
- Arias, R. (2007). Aportaciones de una lectura en relación con la ética del cuidado y los derechos humanos para la intervención social en el siglo XXI. *Trabajo Social*, (9), 25-36. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8510>
- Balcarce, G. (2014). Hospitalidad y tolerancia como modos de pensar el encuentro con el otro. Una lectura derrideana. *Estudios de Filosofía*, (50), 195-213. <http://search.ebscohost.com/consultaremot/upb.edu.co/login.aspx?direct=true&db=hlh&AN=100226840&lang=es&site=ehost-liv>
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Espasa.
- Benevides-Pereira, A. M., Porto-Martins, P. C. y Basso, P. G. (febrero-marzo, 2010). *Síndrome de Burnout en psicólogos clínicos* [conferencia]. CCXI Congreso Virtual de Psiquiatría: Interpsiquis. <http://psiqu.com/1-1010>
- Bertrando, P. y Arcelloni, T. (2006). Venenos, rabia y aburrimiento en la terapia sistémica. *Revista Journal of Family Therapy*, (28), 2-22.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.

- Cardona, I. y Osorio, Y. (2016). *Terapia viva: Narración y metáfora en la intervención familiar*. Fondo Editorial ITM.
- Carmona, I. (2008). *Séneca: Conciencia y drama*. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Epston, D. (1994). *Obras seleccionadas*. Gedissa
- Flick, U. (2007). *Diseño de la investigación cualitativa*. Moratas.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3-20.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo*. Paidós.
- Foucault, M. (1999). *El orden del discurso*. Tusquets Editores.
- Foucault, M. (2010). *Historia de la sexualidad: la inquietud de sí*. Siglo XXI.
- Freud, S. (1992). Psicoanálisis. En J. Strachey y A. Freud (Eds.), *Obras completas* (vol. 20, pp. 245-257). Amorrortu Editores.
- Galeano, M. (2004). *Diseño de proyectos de la investigación cualitativa*. Fondo Editorial Universidad Eafit.
- Gergen, K. (2006). *Construir la realidad*. Paidós.
- Heidegger, M. (1997). *Ser y tiempo*. Editorial Universitaria.
- Hirata, H. (2018). Centralidad del trabajo de cuidado de las mujeres y nueva división sexual e internacional del trabajo. En L. Arango, A. Amaya, T. Pérez, y J. Pineda (Eds.), *Género y cuidado: teorías, escenarios y políticas* (pp. 138-153). Universidad Nacional de Colombia.
- Levinas, E. (2002). *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*. Sígueme.
- Méndez, J. (2004). Estrés laboral o síndrome de "Burnout". *Acta Pediátrica de México*, 5(25), 229-302. <http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/1814>
- Micolta, A. (2014). *La migración internacional y el cuidado de los hijos en Colombia* (tesis de doctorado). Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/34130/1/T36632.pdf>
- Micolta, A. (2018). El cuidado de los hijos e hijas de migrantes en el país de salida. Construcciones de sentido y valoraciones. En L. Arango, A. Amaya, T. Pérez, y J. Pineda (Eds.), *Género y cuidado: teorías, escenarios y políticas* (pp. 154-171). Universidad Nacional de Colombia.
- Nussbaum, M. (2005). *El cultivo de la humanidad: Una defensa clásica de la reforma en la educación liberal*. Paidós.
- Oliviera, E., Paquiela, L., y Abrahao, A. (2018). A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde. *Comunicação Saúde Educação*, 22(64), 67-76. <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160643.pdf>
- Polanco, M. (2010). Una mirada investigativa desde la terapia narrativa: La reautoría de la migración colombiana. *Procesos psicológicos y sociales*, 6(1-2), 1-23. <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Una-mirada-investigativa-desde-la-terapia-narrativa.pdf>
- Rodríguez, M., Trespacios, V., Gutiérrez, M., Villamizar, M. y Torres, C. (2018). Agencia de autocuidado, conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo biológico en estudiantes de enfermería. *Revista Cuidarte*, 10(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.622>
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Gedisa.

White, M. (2002a). *Reescribir la vida*. Gedisa.

White, M. (2002b). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Gedisa.

White, M. (2016). *Mapas de la práctica narrativa*. Pranas.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.

Capítulo 8. La indagación en terapia como creación artística conjunta que cura

Margarita Rosa Moreno Roldán¹
María Victoria Builes Correa²
Johanna Jazmín Zapata Posada³

Resumen

Este capítulo presenta resultados de categorías emergentes de la investigación denominada “El arte de preguntar, un proceso de creación en terapia familiar”, realizada entre 2015 y 2016 para obtener el título como magíster en Terapia Familiar de la UPB. La investigación se centró en analizar la pregunta como generadora de reflexividad y resignificación. Dicho estudio fue cualitativo, con enfoque hermenéutico y con una estrategia de investigación documental, mediante la que se revisaron casos videograbados de tres familias atendidas en el Centro de Familia de la UPB. El interés investigativo por profundizar en la pregunta como arte suscitó nuevas lecturas de los resultados con base en este interrogante: ¿cuáles aspectos contribuyen a que la indagación terapéutica se constituya en una creación artística que cura?

¹ Trabajadora social de la Universidad de Antioquia. Magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Docente, investigadora e integrante del Grupo de Investigación en Familia (GIF). Coordinadora académica de los Postgrados en Familia de la UPB. Correo: margaritarosa.moreno@upb.edu.co

² Médica de la Universidad de Antioquia. Especialista en Terapia Familiar de la Universidad de Antioquia. Magíster en Educación y Desarrollo Humano del CINDE - Universidad de Manizales. Docente titular e integrante del Grupo de Investigación en Psiquiatría (GIPSI) de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: maria.builes@udea.edu.co

³ Trabajadora social y especialista en Trabajo Social Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Doctora en Desarrollo y Ciudadanía: Derechos Humanos, Igualdad, Educación e Intervención Social de la Universidad Pablo de Olavide (UPO) en Sevilla, España. Docente investigadora y titular de la UPB. Integrante del Grupo de Investigación en Familia (GIF). Correo electrónico: johanna.zapata@upb.edu.co

Los hallazgos ubican como aspectos ligados al preguntar como arte: la inclusión de voces, los indicios, las metáforas, la escucha y el silencio, la pauta que conecta y la pregunta por los tiempos y la empatía. La indagación en terapia como creación estética conjunta privilegia el reconocimiento de sí y de los demás. El sujeto que se narra y renarra se recrea con formas más bellas e introduce círculos virtuosos que hacen más llevadera la propia vida y la vida de relación.

Palabras clave: indagación, creación, arte, curación, terapia familiar.

Introducción

Preguntar proviene del latín “*percontari* [que significa] ‘someter a interrogatorio’ (...) [originalmente percibido como] ‘tantear, sondear, buscar en el fondo del mar o río’, (...) [se deriva] de *contus* [que equivale a] ‘bichero, percha’, alterado vulgarmente en **praecuntare* (por influjo de *cuntari* ‘dudar, vacilar’)” (Corominas, 1961, p. 462). *Contus* traduce “remo” o “palo para remar”, por lo que *percontare* se entiende como indagar “en el fondo del mar con un palo o un remo”, y la noción de *preguntar por* o *interrogar* hace referencia a “averiguar una solución o aclarar una inquietud” y se relaciona con *profundizar* o llegar hasta el fondo de aquello que se consulta. La pregunta es considerada como una característica de lo humano y como el origen de la filosofía, definida por algunos autores como un “eterno interrogar”. De acuerdo con Ferrater (1994), la “idea de la filosofía como ‘un preguntar’ está unida a la idea de abrir un ‘horizonte’ por medio de la pregunta; por tanto, preguntar es un resultado de la admiración filosófica, pero también un intento de ‘regresar’ a cuestiones cada vez más fundamentales” (p. 2887).

La filosofía entonces aporta elementos para la comprensión de la pregunta; a su vez, permite entender el concepto de arte. Para los griegos, este era diferente a la belleza, pues lo concebían como parte del intelecto. Por ejemplo, Platón se refería a hacer algo o pensar algo “con arte”; Aristóteles creía que lo que distinguía al hombre de los animales era el arte y la razón. No obstante, posterior a estos pensadores aparecieron connotaciones que articulaban el arte con la belleza, hacían énfasis en su característica intelectual y lo distanciaron de la concepción técnica, por lo que en la actualidad es común oír la diferencia entre “las artes” y “el arte”; una cosa es “hacer una obra de arte” y otra “hacer algo con arte” (González, 2010). De acuerdo con el autor, integrar las concepciones construidas históricamente acerca del arte implica definirlo como:

Conocimiento, formación y expresión. En primer lugar, el arte participaría de la contemplación, (...) presentes en la inspiración artística. Después se entiende también el arte como un hacer, un poiein, un proceso formativo (...) se integrarían en el quehacer artístico el conocer, el sentir, el saber hacer y el mismo hacer. El arte sería no sólo “una intuición lírica”, sino también una sabia técnica. (González, 2010, p. 111)

De ahí que hacer referencia al potencial creativo o artístico de preguntar implica reconocer los elementos que lo componen: la inspiración, las capacidades, las habilidades y el “saber hacer”, *por lo que supone conectar en las preguntas* los conocimientos y los sentires. Por ello el terapeuta va más allá de la intuición y la pregunta se convierte en esa “sabia técnica” encaminada, de acuerdo con su definición etimológica, a profundizar (Moreno-Roldán y Agudelo Bedoya, 2018).

Por otro lado, hablar de la pregunta en terapia convoca a adentrarse en el reconocimiento. Según Ricoeur (2006), este tiene dos caminos: el reconocimiento de sí y el reconocimiento mutuo. El primero deja ver las capacidades del sujeto, en tanto puede: a) decir –y esto implica acción, significar, entrar a conversar con la otra persona y establecer vínculos con los demás–; b) hacer –lo cual introduce la capacidad de que ocurran cosas en la vida propia y en la vida en relación, e incluye también elegir qué hacer que acontezca–; c) contar –captarse como el protagonista de una trama y contarse y recontarse para tejer una identidad alterna–; d) imputar –la capacidad de reconocerse responsable de los actos que se llevan a cabo y de las consecuencias que tienen estos–.

De acuerdo con lo anterior, un sujeto capaz, en tanto se reconoce a sí mismo, puede comprometerse a mesurar sus excesos, escuchar, conversar y expresar de formas alternas sus emociones. Estas nuevas maneras que se tornan más estéticas pueden suscitar círculos de virtud en lugar de círculos viciosos de dolor y de temor. El reconocimiento de sí favorece la emergencia del reconocimiento mutuo y del otro, mantiene la trama social y legitima la inclusión. El ágape, tradición antigua, es evidencia de esta lucha por el reconocimiento (Ricoeur, 2006). En resonancia con el autor, se da un proceso de configuración y reconfiguración narrativa de nuevas identidades que hacen posible el reconocimiento propio y el de las otras personas. Por tanto, pensar el espacio terapéutico de este modo significa verlo como un ámbito para la cura y la recreación estética de sí, como:

vida, actitud, manera de verse a sí mismo, en fin como preocupación por los propios procesos de subjetivación, lo cual se constituye en condición de posibilidad para hacer de la propia vida, en todos sus campos de actuación, una obra de arte, una experiencia de composición y creación permanente. (Builes, 2015, p. 164)

Esta creación en el espacio terapéutico da cuenta del lugar de la palabra, la cual ha sido utilizada desde la Antigüedad como terapia (Laín-Entralgo, 1987), dado que puede recrear el ánimo y encantar el alma del enfermo en tanto sugestivo deleite, y en la conversación terapéutica juega un lugar fundamental en lo que hace referencia a la cura.

Los planteamientos anteriores forman parte de los referentes conceptuales del estudio, que exigió la búsqueda de antecedentes investigativos basados en las categorías centrales –preguntas, resignificación y terapia familiar–. Fueron pocos los estudios que asociaron las tres o que se centraron en la pregunta en la terapia familiar y su lugar en la transformación subjetiva. De lo hallado en el ámbito internacional, son de relevancia las investigaciones desarrolladas en Estados Unidos entre 1998 y 2002 (Dermot y Carr, 2001; Scheel y Conoley, 1998; Lobatto, 2002), las cuales exploraron el tema de la pregunta y lo orientaron principalmente a la comprobación de hipótesis y a la corroboración del impacto que estas producían en el escenario terapéutico.

En el ámbito nacional, se registraron varias investigaciones, en su mayoría locales y regionales, que se relacionaban de forma indirecta con el tema, al estudiar las técnicas y los procesos terapéuticos como la metáfora, la paradoja, la resignificación de los síntomas, la comunicación, el diálogo, las narrativas y el *self* (Arbeláez-Tejada, González-García, Madrid, Ramírez-Agudelo y Viveros-Chavarría, 2016; Arango-Arango, Rodríguez, Benavides y Ubaque, 2016; Arcila, Arroyave, Gallego, Garnica, Gómez, Maldonado y Serna, 2003; Bernal y Henao, 2000; Duque y Álvarez, 2005; Cardona y Osorio, 2016; Garcíandía y Samper, 2010; Gil-Lujan, Montoya-Velilla, Ocampo-Mejía, Orozco-Orozco y Pineda-González, 2016; López, Arias y Monsalve, 2020; Pérez, 2013; Sánchez, 2014; Zapata, 2008). Particularmente, se encontró una investigación que analizaba la función de la pregunta desde la terapia familiar (Varela, Restrepo, Montoya, Múnera y Marulanda, 2014).

Los planteamientos de los autores mostraron la relevancia de profundizar en las preguntas de las conversaciones terapéuticas, y a la vez motivaron el siguiente interrogante: ¿cuáles preguntas generan reflexividad y resigni-

ficación en los espacios terapéuticos?, el cual convocó a que entre 2015 y 2016 se llevara a cabo la investigación titulada “El arte de preguntar, un proceso de creación en terapia familiar”. La continua preocupación por la pregunta como un arte implicó revisar las categorías emergentes del estudio y suscitó los siguientes nuevos interrogantes: ¿es la pregunta solo una técnica en terapia familiar?, ¿puede la pregunta considerarse un arte en los procesos terapéuticos?, ¿cuáles aspectos contribuyen a que la indagación terapéutica se constituya en una creación artística que cura?

Este capítulo presenta los resultados orientados por el último interrogante y socializa cómo la pregunta –nombrada como indagación– usa palabras que pueden ser fuente de cura desde diversos usos. Para ello retoma los relatos de tres casos videograbados revisados en la investigación y los planteamientos de algunos autores. El apartado de metodología describe las elecciones en cuanto al tipo y al enfoque de investigación; la modalidad; las técnicas de generación, procesamiento y análisis de la información; los criterios para la selección de los casos revisados, y las consideraciones éticas del estudio. El apartado de hallazgos y análisis presenta los aspectos que en esta investigación se encontraron articulados a la indagación en terapia como creación artística; a saber: a) indagación compartida; b) indagación indiciaria; c) indagación a partir de metáforas; d) indagación que privilegia la escucha y el silencio; e) indagación por la pauta que conecta; f) indagación por los tiempos del tiempo; g) indagación empática. De modo que la indagación conjunta entre los consultantes y las terapeutas adquiere formas estéticas que se entretajan en el proceso de conversar, e inspira a los sujetos para que se narren en modos alternos al dolor y relaten a sus familiares en horizontes diferentes al que en un inicio los llevó a la terapia. Finalmente, se ubican las conclusiones y las referencias bibliográficas.

Metodología

Este estudio fue de tipo cualitativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), con enfoque hermenéutico (Taylor y Bogdan, 2000) y una perspectiva epistemológica desde el construccionismo social (Gergen, 1996). La estrategia fue la investigación documental, la cual tiene “particularidades propias en el diseño del proyecto, la obtención de la información, el análisis y la interpretación, (...) con base en el análisis sistemático de testimonios escritos o gráficos” (Galeano, 2014, p. 114). De acuerdo con lo anterior,

las fuentes primarias del estudio fueron documentos audiovisuales, es decir, casos videograbados de sesiones terapéuticas llevadas a cabo en el Centro de Familia de la UPB.

En cuanto a las técnicas utilizadas, en la generación de la información se empleó la revisión documental, tanto para la elaboración de antecedentes y referentes conceptuales como para los casos videograbados. Se contempló la dimensión dialógica –las palabras expresadas por las familias y las terapeutas durante sus conversaciones– y la dimensión analógica –aquella relacionada con lo actitudinal y lo corporal–. Para el registro y sistematización de la información se elaboraron fichas de contenido y matrices de antecedentes y referentes conceptuales, en las que se clasificó la información según la temática, los objetivos propuestos y el sistema categorial.

A su vez, se efectuó un análisis del discurso para observar la coconstrucción de significados y prestar atención a las prácticas y discursos que concurrían en el espacio terapéutico (Gale, 2011). El procedimiento fue el siguiente: 1) se observaron los casos videograbados y se seleccionaron los fragmentos con las preguntas y las respuestas en las sesiones; 2) se hizo la transcripción de dichos fragmentos; 3) se ubicaron en la matriz de revisión documental; 4) se efectuó una lectura vertical y horizontal de la matriz para reconocer las interacciones en el diálogo y se ubicaron las secuencias-patrones y la responsabilidad en la coconstrucción. Para la selección de los casos se tuvo en cuenta el uso de la pregunta como técnica terapéutica y que los consultantes hubieran asistido mínimo a cinco sesiones. No fueron criterios para la elección el motivo de consulta, el momento vital de la familia ni la atención a un integrante específico.

Por último, los principios éticos que orientaron el estudio fueron la confidencialidad,⁴ el consentimiento informado, el respeto por las fuentes consultadas y el retorno social.

Hallazgos y análisis

Los resultados del estudio muestran algunos aspectos que contribuyen a que la indagación terapéutica se constituya en una creación artística

⁴ Esto implicó la omisión de datos que pudieran identificar a los consultantes, por lo que los relatos de los participantes no revelan sus nombres.

conjunta que cura. A continuación, se dará cuenta de las formas estéticas particulares observadas en los tres casos revisados y la contrastación con los planteamientos de algunos autores.

Indagación compartida

Desde lo encontrado en los casos revisados, las maneras de indagar o preguntar suscitan movimientos, danzas entre la terapeuta y el sistema consultante, y a partir de ellas emergen respuestas verbales y emocionales que generan encuentros y aperturas que pueden llevar a diversos puertos. No son únicas o predeterminadas. Como cualquier danza, requieren creación, ingenio y sincronía; es decir, son una creación artística compartida.

—Terapeuta: ¿Y quién dice que eres grosero?

—Consultante: Nadie, yo sé.

—Terapeuta: ¿Crees que eres grosero?

—Consultante: Sí.

—Terapeuta: ¿Qué cosa haces para que digan que estás más grosero?

—Consultante: Pegar.

—Terapeuta: ¿Pegar? ¿Con quién?

—Consultante: Con mi tía. (caso 3, sesión 1)

En este relato, la pregunta está conformada por varios interrogantes que comparten una intención: conocer la opinión del niño sobre sí mismo en relación con la queja de su familia. Al escuchar las preguntas de la terapeuta, él reflexiona y reconoce los términos como *ser grosero*; su opinión es tenida en cuenta, respetada, amplificada por parte de la terapeuta, con lo cual se siente motivado e invitado a responder y a participar del encuentro. Emerge la indagación que se torna compartida en tanto ambos participan; esta se ocupa de las particularidades, lo que puede evidenciar una arista interesante en tanto invita a la responsabilidad y la autoconciencia de la propia actuación en el escenario relacional.

En otro de los casos, la terapeuta en la indagación compartida convoca al padre a arribar a un puerto alternativo al racional, el de la expresión afectiva: la ternura, y a dar cuenta de sus polaridades. En esta indagación compartida, el padre introduce una descripción diferente de sí que está mediada por la metáfora; a través de ella se autodenomina *ogro*. Con la terapeuta visualizan las oscilaciones de estas expresiones y profundizan desde esa nueva descripción ofrecida por el padre.

- Terapeuta: ¿Y tú eres tierno hacia ellos también?
—Padre: Yo soy muy tierno, yo soy los dos polos opuestos; cuando tengo indisposición, soy un ogro, y cuando estoy bien, soy todo amoroso.
—Terapeuta: ¿Y con qué frecuencia estás de qué lado?
—Padre: Me mantengo como un yoyo.
—Terapeuta: ¿Igual tan ogro, igual tan querido? ¿O más ogro o más querido? (caso 1, sesión 2)

Estos elementos que salen a flote mediante la indagación compartida suscitan en la conversación terapéutica la posibilidad de ampliar el panorama de descripción de los consultantes. Esto se observa no solo el mundo racional, sino también el horizonte emocional, y se profundiza para intentar escuchar, conocer más de sí y, en último término, relacionarse con las palabras del consultante, lo que le da a este, el protagonismo en la labor de contar y recontar su historia como experto en su propia existencia.

En otro de los casos se observa que a partir de las preguntas la terapeuta indaga por el efecto del problema sobre la vida de la consultante, por lo cual emerge una suerte de separación entre el problema y la persona. Es usual que quienes van a terapia pongan a girar su vida en torno a la situación que les agobia; cuando se explora y se le asigna un nombre –como en el siguiente fragmento: *la rabia*–, se le da vida aparte al problema y esto ayuda a mirarlo desde un lugar alterno que deja al sujeto en mayor capacidad para enfrentarlo.

- Terapeuta: ¿Tú crees que la rabia sale sola, o que la rabia la manejas tú, o que la rabia te maneja a ti?
—Esposo: [mira a la terapeuta y se ríe] Yo creo [se mueve de la silla].
—Esposa: No sé. Yo digo que es una mezcla de las tres [lo mira a él].
—Terapeuta: Una mezcla de las tres. (caso 2, sesión 3)

Esta forma de hablar del problema se denomina *conversación externalizante* y le otorga al sujeto agencia sobre este. A su vez, le permite narrar ocasiones en las cuales esa situación queda por fuera, y así se evidencian excepciones, reconocidas como eventos extraordinarios, que son emociones, valores, actos y pensamientos que contradicen la vida del problema (White, 2011; 2007).

- Terapeuta: ¿Qué ha pasado diferente esta semana en la que nos dejamos de ver?

—Padre: Bueno, el comportamiento del hijo sí ha sido diferente, al menos esta semana hasta hoy no han mandado nota del colegio.

—Terapeuta: ¿Qué puede haber pasado que del colegio no hayan mandado ninguna nota? (caso 3, sesión 2)

Estos acontecimientos extraordinarios parten de la premisa batesoniana de encontrar la diferencia que hace la diferencia (Bateson, 1993), lo que significa que para lograr mayor información sobre un evento, es necesario captar las diferencias. La terapia narrativa retoma esta noción para ampliar el mapa sobre el sujeto y ver más allá del problema (White, 1993). De ahí que la terapeuta indague por la diferencia, y cuando el padre hace referencia a ella, deje ver cómo a su hijo no siempre le mandan notas del colegio, lo que contradice la identidad de necesidad expresada en la sesión anterior. Es así como en la indagación compartida, el padre enriquece la descripción del hijo y la terapeuta profundiza en esta nueva descripción. Esta forma de conversar acerca de la diferencia ayuda a llegar a los participantes a un puerto diferente, aquel en el que el hijo se considera como un sujeto capaz (Ricoeur, 2006) que puede hacer acontecer otros comportamientos.

En síntesis, en los tres casos revisados fue posible observar que a partir de las conversaciones terapéuticas los sujetos arribaban a puertos como la responsabilidad, la visibilización de aspectos alternos de sí —capacidad de ternura— y la posibilidad de hacer acontecer comportamientos distintos a la necesidad. Es así como anclarse en lugares alternos al dolor a través de la palabra muestra que esta última puede ser fuente de cura al favorecer la narración y la renarración compartida. Esta creación colaborativa evidencia cómo la terapia es una labor artística en tanto teje vida buena (Foucault, 2002).

Indagación indiciaria

De acuerdo con White (1993), *seguir el texto* o el relato de los consultantes le ayuda al terapeuta a *mantenerse pegado* de lo que ellos dicen y formular sus preguntas en coherencia con esto. A su vez, le ayuda a no asumir una postura de poder en la que el profesional coloniza al consultante con lo que concibe que es “lo correcto”. Específicamente en uno de los casos, la terapeuta indaga si el adolescente considera que el consumo de sustancias es un problema, no lo da por hecho. Esta pregunta le facilita mostrar su postura frente a esa práctica, pues deja de lado el juicio social existente. El consultante le dice que para él no era problema; con el tratamiento lo ve así, pero no es el más importante: cree que hay otros de fondo.

Aquí emerge una postura reflexiva en él, pues va más allá del consumo y hace referencia a este como síntoma de aspectos más profundos, uno de índole personal –la baja autoestima– y otro de índole familiar –la sobreprotección–. La terapeuta sigue los indicios dados por el consultante –el síntoma, los palpables y la sobreprotección–, los cuales orientan su manera de preguntar.

—Terapeuta: ¿Crees que el consumo es un problema?

—Consultante: Yo considero que el consumo es un problema ahorita que inicié el tratamiento. Ya me di cuenta que es lo de menos, que hay cosas más de fondo que son importantes; el consumo solamente es el *síntoma*.

—Terapeuta: ¿Y de qué puede ser ese *síntoma*?

—Consultante: Tengo muchas cosas todavía pues, tengo muchas cosas que profundizar y son realmente muchos motivos (...). Quizá hay unos que no estén ahí, pero hay otros que son muy *palpables* y completos.

—Terapeuta: ¿Cuáles son esos tan *palpables*?

—Consultante: Creo que la baja autoestima, la dependencia familiar, estar dependiendo siempre, es una *sobreprotección*, es una dependencia que es marcadísima.

—Terapeuta: ¿Cómo se ha manifestado esa *sobreprotección* en tu familia? (caso 1, sesión 1)

Esta manera indiciaria de continuar la conversación ayuda a que el consultante profundice en su vivencia en torno al problema y que además conecte paulatinamente los hilos que permiten ir más allá del síntoma del consumo. De ahí que seguir el hilo y favorecer un diálogo mediante la indagación indiciaria facilita ir al ritmo de las narraciones del consultante; requiere no tener preguntas prediseñadas o estructuradas, pues es la construcción conjunta la que va deviniendo en diálogo (Builes, 2018).

En la viñeta clínica descrita se observa que la pregunta en el entorno de la conversación terapéutica es la posibilidad de ir tras indicios. Esta ha sido una perspectiva inscrita en las ciencias sociales y se constituye en una forma de investigación denominada el *paradigma indiciario* (Bilyk, 2015). Este muestra la necesidad del investigador de mantenerse inquieto y activo para encontrar huellas pequeñas e indicios que le permitan profundizar en las vivencias de los consultantes. La perspectiva se asemeja a la labor del cazador que va tras las ramas de los árboles, tras las pisadas en el suelo, para dar con la presa. En el espacio terapéutico, este modo de aproximarse a la vida de los consultantes favorece la reflexión conjunta desde lugares

marginales para paulatinamente tramar historias más hondas basadas en lo singular y lo sorprendente, lo que a su vez contribuye a que terapeuta y consultante se conviertan en investigadores abiertos a seguir las huellas, a profundizar en ellas y a visualizar nuevos horizontes. Esta indagación indiciaria se torna entonces en otra herramienta para la creación conjunta que cura y la novedad en el conocimiento de sí.

Indagación metafórica

En algunas sesiones se observa una construcción colaborativa para introducir metáforas en la conversación, por lo que en ocasiones la terapeuta las utiliza para ejemplificar las descripciones realizadas por los consultantes. En otros momentos son los consultantes quienes las mencionan y la terapeuta las retoma para conectarlas con los cambios que han empezado a emerger.

—Madre: sinceramente uno con él da vueltas y da vueltas [hace círculos con el dedo] y llega al mismo punto, como que de ahí no pasa.

—Terapeuta: Como si estuviesen en un remolino.

—Madre: Sí, sí. (caso 1, sesión 4)

—Padre: Hemos aprendido a aceptar las cosas, a dejar las cosas pasadas; la verdad es que hace dos meses vivíamos prácticamente un infierno. Pero no, gracias a Dios hemos cambiado mucho.

—Terapeuta: Le han ido echando hielito a las llamas [se ríe].

—Padre: Sí, al menos ahora uno llega a la casa y sabe que no llega a escuchar regaños, gritos. (caso 2, sesión 6)

Es así como en el primer relato “dar vueltas y vueltas” se lee como remolino; hace referencia a movimiento y disturbio, una diada muy potente para dar cuenta de lo que acontece en la relación madre-hijo. La señora procura encontrar una salida, pero la deja anclada en el malestar y le genera una profunda perturbación en el mundo individual e intersubjetivo. En el caso 2 aplicar “hielo al infierno” es una manera de desdramatizar el malestar y dejar en evidencia que hasta el calor extremo se puede modificar y hacerse más llevadero, lo cual también introduce humor en la descripción.

Traer estas figuras a la conversación posibilita mirar a partir de otro lugar lo que ocurre en el vínculo, desde un fenómeno físico como el remolino o desde un espacio simbólico como el infierno, y ayudar a plasmar otros colores y formas a lo que acontece en la vida relacional que lleven a una mayor libertad en la conversación. De ahí que la metáfora puede incorporarse y así

introducir otras preguntas, por ejemplo: ¿cómo son esos remolinos?, ¿qué pasa cuando se generan?, ¿cómo acaba ese remolino?, ¿qué consecuencias tiene en la vida de cada uno y en la relación?, ¿cuáles son los hielos que ustedes han colocado en el infierno para refrescarlo?

Para Ricoeur (2001) la metáfora consiste en “trasladar a una cosa un nombre que designa otra, en una traslación de género a especie, o de especie a género o de especie a especie, o según una analogía” (p. 21). A través de ella, el sujeto puede aproximarse a formas alternas de su vida, darles más color y hacer más llevadero el sufrimiento. Es así como en la indagación que introduce el uso de la metáfora emergen formas bellas, dada la búsqueda de vida buena en la que la palabra con la ayuda de la metáfora intenta aliviar el dolor de la existencia (Builes, 2018). Esta belleza, que se lleva de modo paulatino en la conversación, se relaciona con la perspectiva griega de belleza (*Kalón*).

Es lo que gusta, lo que suscita admiración y atrae la mirada. El objeto bello lo es en virtud de su forma, que satisface los sentidos, especialmente la vista y el oído... también desempeñan un papel importante las cualidades del alma y del carácter. (Eco, 2004, p. 39)

En concordancia con lo anterior, la labor terapéutica es un espacio para que emerja la belleza que fluye por medio de la indagación de la terapeuta y de la palabra de quien consulta. En esa relación colaborativa emana vida buena, vida estéticamente vivida, a pesar del dolor que también habita lo humano. El uso de la metáfora no es una técnica, sino una inspiración y una creación colaborativa que ayuda a captar diferencias, las cuales dejan ver las múltiples formas de resistencia que tejen los sujetos en su vida cotidiana (Builes, 2018). De esta manera, cuando narran y renarran los consultantes se captan embellecidos y la terapeuta puede observar esa reconfiguración narrativa acontecida en el lenguaje, por lo que no solo se transforman los consultantes, sino también la terapeuta.

Indagación que privilegia la escucha y el silencio

Ligado al apartado anterior, las transformaciones que se suscitan progresivamente por fuera y en el interior de los espacios terapéuticos ocurren en tanto emergen nuevas tramas de vida. En esta labor de reescritura de la propia existencia la escucha juega un papel fundamental.

—Terapeuta: ¿Qué piensas que cambió de ustedes para que puedan oírse mejor ahora?

—Consultante: [cuatro segundos] El entendimiento de mis papás y de mis hermanos.

—Terapeuta: Dame un ejemplo.

—Consultante: [cinco segundos] Hay muchas cosas. Por ejemplo, las salidas mías [tres segundos]. Antes me decían que hasta tal hora, entonces yo decía que por qué y mi mamá no me entendía eso. Ahora sí entienden más mis gustos. (caso 1, sesión 6)

Paulatinamente, los consultantes le otorgan nuevas formas al modo como conversan y se escuchan. La terapeuta capta esas diferencias y pregunta por ellas. El consultante narra que al escucharse mejor en familia, los padres entienden a los hijos y logran captarlos en su particularidad. Y toda esa diferencia está contextualizada en la calidad que tiene la escucha, dado que cuando un sujeto se siente escuchado, puede hablar mejor de sus vivencias y sus pasiones, y en este interjuego aparece el entendimiento. Esta afirmación ya estaba presente desde la Antigüedad en las escuelas filosóficas, las cuales consideraban que la palabra-escucha, entendida como el *logos*, penetraba en el alma e inspiraba para que florecieran semillas. Es así que los antiguos creían que en toda alma racional que venía al mundo había semillas de virtud que se activaban con el *logos* o la palabra verdadera recibida mediante el oído (Foucault, 2002).

El espacio terapéutico, gracias al círculo palabra-escucha, activa de manera gradual semillas de virtud, por lo que se vuelve un dispensario, un *iatreion*, como decía Epicteto de las clases de filosofía (Foucault, 2002). La escucha es un arte que implica experiencia, competencia, práctica constante y aplicación. Involucra además tres elementos: 1) actitud activa para permitir la escucha máxima sin ninguna interferencia, una atención fija y una inmovilidad como garantía de la moralidad, dado que la movilidad permanente del cuerpo muestra agitación del alma. 2) Actitud de atención para la eliminación de los aspectos que no son pertinentes y evitan que el *logos* se transforme en precepto de acción. La escucha activa también incluye memorizar para que el *logos* pueda implantarse. 3) Darle paso al silencio para no debatir, no enseñar, callar cuando la otra persona habla. Esto es necesario para retener el *logos* y que así tenga efecto en el alma. Por ello, una escucha pertinente al consultante y entre los consultantes hace posible captar la virtud y enaltecerla por medio del uso de la metáfora o de otros elementos (Foucault, 2002).

En algunos momentos de las sesiones revisadas converge la presencia del silencio por parte de los consultantes y de las terapeutas. En cuanto a los primeros, se evidencia que ante las preguntas tardan varios segundos en responder, lo que podría estar ligado al proceso de comprensión de lo que plantean los demás, a la reflexión que suscita la pregunta y a la construcción y articulación de sus ideas.

La inclusión de los silencios en la conversación puede estar relacionada también con lo complejo o lo doloroso del tema que se trata, por lo que en ocasiones los consultantes hacen rodeos o pausas para encontrar las palabras precisas y nombrar lo que sienten, piensan o han vivido. Dichas pausas están acompañadas de expresiones no verbales, como voz quebrada, movimiento de los pies, cambio de mirada, limpieza del rostro, entre otras manifestaciones que denotan preocupación, tristeza y otras emociones.

—Terapeuta: Cuando tú te refieres a esto, ¿a qué te refieres específicamente?

—Consultante: A ver, lo que pasa es que... [solloza, mira hacia arriba, titubea]. Lo que pasó fue que [voz quebrada] no fueron solo los malos tratos de mi mamá [cuatro segundos]. Cambiamos de ciudad, donde llegamos el dueño tenía varios hijos [titubea, pausa]. El único que sabe es mi esposo [tres segundos]. Eran tres varones y abusaban de mí [voz quebrada]. Iba a cumplir cinco años. Me decían que si contaba, me cortaban la lengua [3 segundos]. (caso 2, sesión 1)

La escucha empática de la terapeuta le ayuda a captar el dolor de la consultante y buscar las pausas y los silencios apropiados para sincronizar su ritmo con el de ella (Boscolo y Bertrando, 1996), y propiciar la expresión de emociones, lo cual propicia la narración del dolor de la consultante, el retorno sobre su historia y el reconocimiento de cómo puede afectar su presente. Por consiguiente, el silencio en el espacio clínico es necesario para pensar lo dialogado, evocar el dolor, organizar, renarrar la propia historia o la historia familiar, y facilitar la observación a sí mismo. De tal manera que no se configura como tiempos muertos o causantes de tensión e incomodidad, sino como recursos que favorecen la conexión entre la conversación interna que en ese momento tiene cada consultante y su terapeuta con la conversación externa en la que todos participan. Al respecto, Andersen (1991) señala la importancia de no desconocer los procesos internos y externos que en paralelo ocurren durante una conversación, por lo que convoca al terapeuta

a revisar si el diálogo que tiene con los consultantes es lo “suficientemente lento” para que todos –incluyéndose– realicen sus conversaciones internas.

Las conversaciones necesitan pausas, las suficientes para que tenga lugar el proceso de pensar acerca de la conversación. Y deberían ser lo suficientemente lentas como para permitirle a la mente seleccionar aquellas ideas con las que siente afinidad y encontrar las palabras que le permitan expresarla. (Andersen, 1991, p. 51)

Es así que el interjuego escucha-silencio-palabra emerge como otro elemento fundante en la creación terapéutica. Su presencia favorece la narración y renarración del presente, del pasado y del futuro de los sujetos y de las familias en el mundo privado de la consulta y en el mundo público de la vida diaria (White, 2011). Si el espacio terapéutico cualifica la escucha y el silencio, la penetración del *logos* se facilita y contribuye a que crezcan semillas de entendimiento, de comprensión, de captación de la otra persona como sujeto que tiene una historia particular habitada por el dolor y por la diferencia. Esa escucha cualificada puede ayudar a que emerjan en la vida diaria configuraciones más estéticas y alternas al malestar existente en la vida personal y relacional.

Indagación: tras la pauta que conecta

Otro de los aspectos que en los casos revisados se observó ligado a la creación artística durante la indagación es la búsqueda por las conexiones; de ahí que en una conversación se traen muchos textos a colación que la entretienen. Lo anterior también se presenta en la labor terapéutica, como lo ilustra el siguiente fragmento:

—Terapeuta: ¿Ustedes creen que esa tranquilidad que mencionan que han logrado en estos días está relacionada con qué?

—Consultante: Estas conversaciones a mí, por lo menos a mí, me han servido mucho para entender la situación de ella. A pesar de que nosotros habíamos hablado de estos temas, cada vez que me contaba sus problemas, yo buscaba la manera de hacerla sentir mal y demostrarle que yo me sentía mal. A raíz de lo que hemos hablado y todo, pienso mucho en el trabajo y digo: “Lo que le pasó a ella le puede pasar a cualquier persona, ¿por qué si me comenta las cosas, yo en lugar de hacerla sentir bien, que desahogue sus penas, por qué tengo que tratar de hacerla sentir mal?”. Yo me he analizado eso, me he arrepentido

y he tratado lo más posible, hasta el punto que nosotros a veces nos ponemos a charlar, jugamos, molestamos. Ella ha cambiado un poquito. (caso 2, sesión 4)

La terapeuta se preocupa por mirar cuáles son las conexiones que subyacen a la diferencia en términos de la tranquilidad que han logrado como familia, por lo que pregunta por la pauta que conecta (Bateson, 1993), y la familia engrana el proceso de reconocimiento que se ha tejido para lograr la diferencia. Estas conexiones que facilitan en la familia dicho proceso tienen varios aspectos: 1) la vida en terapia, en tanto posibilidad de escuchar a los otros integrantes en un lugar diferente a partir de conversaciones novedosas, empáticas, estéticas; 2) la propia vida cotidiana, dado que la persona escuchada en el espacio terapéutico mantiene la reflexión por fuera de él y al interrogarse por sus formas tradicionales de conversar, adquiere una postura alterna, se transforma; 3) la vida en relación, ya que la transformación se trae en este caso a su pareja y construye otros usos de la relación, ya no para el juicio, sino para la diversión y el disfrute.

Ligado a lo anterior, indagar para captar las conexiones se vincula con el principio sistémico de circularidad, que comprende la realidad en espiral y la describe desde su complejidad, por lo que a diferencia del pensamiento lineal (causa-efecto), reconoce la multicausalidad en las situaciones de la vida. Además, ayuda a que las personas se detengan a reflexionar antes de aportar una respuesta (Rodríguez-Bustamante, 2016).

En los relatos anteriores se observaron círculos en los que los consultantes estaban inmersos y su efecto en la relación de pareja, por lo que la reflexión permite asumir la responsabilidad en la interacción que se cocreó y definir cambios en esa colaboración. Esto concuerda con los planteamientos de Pearce (2010) respecto a que las personas en la interacción a través del lenguaje crean unos patrones de comunicación, por lo que la expresión de uno está conectada con lo que el otro dijo antes y lo que va a decir después, y son estos patrones de acción los que llevan a crear, mantener y modificar significados. El reto está en que la conversación terapéutica mediante la escucha, la conexión y la expresión de ideas, preguntas y emociones favorezca la construcción conjunta de narrativas y formas de relacionarse. En palabras de Sánchez-Jiménez (2017), “el cambio emerge cuando las personas obran desde la creatividad, el reconocimiento, la integración de diálogos, las oportunidades para co-construir nuevos contextos y nuevos proyectos de vida tanto personales como familiares” (p. 1182).

Respecto a la circularidad, también se identifica que indagar con los consultantes por la percepción de otro, presente o ausente, es una manera de introducirlo en la sesión.

—Terapeuta: Si el hijo estuviera aquí sentadito y yo le preguntara: Con quién te quedas tú quieto más fácil, ¿qué crees que diría?

—Madre: Con mi papá [se ríe].

—Padre: asiente con la cabeza.

—Terapeuta: ¿Y qué cosas hacen que se quede más quieto con el papá?

—Madre: Porque ellos comparten más. Incluso cuando vivíamos juntos, se iba desde por la mañana y se quedaba con el papá. (caso 3, sesión 2) Se observa que la terapeuta articula en sus preguntas las percepciones y las opiniones de los consultantes, quienes exploran estas ideas con los distintos puntos de vista de los integrantes de la familia, dentro de un circuito conversacional en el que incluyen tanto a quienes están en la sesión como a quienes no lo están, lo que amplía el panorama comprensivo (White, 2007). Esta manera de traer al ausente y darle voz los acerca, hace que la palabra circule e introduce otras voces.

Indagación por los tiempos del tiempo

En la conversación terapéutica es importante la inclusión de la dimensión temporal. Las preguntas de las terapeutas se mueven del presente al pasado y luego al futuro. Este transitar en la línea del tiempo facilita que los consultantes aumenten progresivamente su comprensión frente a lo que ocurre, lo que extiende el panorama de conciencia y amplía las posibilidades de acción. La incorporación del horizonte temporal en el diálogo (Boscolo y Bertrando, 1996) contribuye a diluir la visión lineal y favorece la creación de relatos alternativos –antes no contemplados– sobre los aprendizajes del pasado y su aporte en el presente, o la riqueza de las vivencias actuales para enfrentar los retos futuros.

En relación con lo anterior, en algunas sesiones los consultantes narran experiencias del pasado que han generado dolor y sufrimiento. Y se observa que las terapeutas valoran y respetan lo ocurrido, los escuchan, dan paso a la tristeza, al llanto, al silencio y de manera progresiva conectan en sus preguntas las vivencias narradas con las situaciones del presente en la búsqueda de una resignificación acerca de las enseñanzas que pueden rescatar. De modo que captar y poner en palabra el dolor contenido puede abrir la ventana a nuevas comprensiones y conversaciones que exploren estas emociones.

En particular en uno de los casos, al comienzo del proceso, la consultante es reiterativa en que su vivencia de abuso sexual en la niñez es la causante de su actual malestar, definido por ella misma como “mal genio” y trato agresivo con su hijo, por lo que el espacio terapéutico se constituye en el lugar donde expresa esas emociones. La terapeuta hace uso de su estilo y su empatía para invitarla a ella y a su pareja a encontrar aprendizajes de esa experiencia. En sesiones posteriores conecta de nuevo en la pregunta la historia de abuso con el presente, y se observa cómo esa vivencia ya no tiene el protagonismo que tenía al principio.

—Terapeuta: Cuando ustedes llegaron aquí decían que la historia pasada, sobre todo de la vida de ella, había influenciado en ese momento difícil en que llegaron a consulta. ¿Creen que en algo se ha modificado o siguen aferrados a esa historia?

—Esposo: Para mí no, muchas veces ni me acuerdo. A veces hacemos comentarios, pero a nivel de juego; ella me hace bromas, a veces yo, pero no es como esa espinita que tiene uno ahí.

—Terapeuta: ¿Y vos qué decís?

—Esposa: Digo lo mismo. (caso 2, sesión 5)

A su vez, las terapeutas acuden a la dimensión del futuro, lo que hace posible que los consultantes perciban que las dificultades pueden retornar y que lo importante son las maneras en que las enfrentarán. Esto conlleva que se proyecten y piensen en salidas alternas a las encontradas con anterioridad y que podían resultar dolorosas. De acuerdo con lo anterior, incorporar en la pregunta las distintas temporalidades de la vida de los sujetos ayuda a las terapeutas a acercarse a sus contextos e historias previas, presentes y futuras, y a que ellas y los consultantes perciban el devenir, el “ir siendo” de estos últimos. Visualizarse en perspectiva de “ir siendo” contribuye a captarse de otras formas, a observar diferencias en la propia trayectoria y en la de los familiares. La diferencia, en la perspectiva de Bateson (1980), hace posible la propia transformación.

Así mismo, transitar por los tiempos facilita reconstruir la trama de la propia historia, que desde el punto de vista de Ricoeur (1999) hace referencia a la secuencia de eventos que se encadenan en forma verosímil y que permiten ver al sujeto en acción. En la trama temporal que relatan los consultantes emergen no solo los actos, sino también las pasiones: miedo, alegría, dolor. Indagar de este modo deja en evidencia que los sujetos tejen paulatinamente su identidad desde sus narraciones.

Indagación empática

Un aspecto que converge en el desarrollo de los tres casos es la construcción de empatía entre las terapeutas y las familias consultantes. Se identifica que una condición clara para que esto se logre es que las terapeutas perciben los cambios anímicos en las personas que consultan y no se quedan con la observación de estos, sino que los expresan. Esto es, captan el estado emocional de los consultantes: la tristeza, la alegría. En uno de los casos, al identificar las manifestaciones no verbales de los consultantes –mirar al suelo, silencios–, la terapeuta explora las emociones y las nombra como “sufrimiento”; se muestra sensible respecto a lo que sienten y demuestra una clara percepción de las emociones que emergen, y no un silenciamiento de las mismas.

—Terapeuta: [Le toca el hombro] Yo la veo como triste. ¿Qué le pasa?

—Terapeuta: ¿Qué le puede estar pasando a mamá?

—Madre: [Llora]. (caso 1, sesión 1)

Las terapeutas, en lugar de las descripciones, navegan en las emociones y desplazan al sistema consultante de la racionalidad a un campo más subjetivo e íntimo. Cuando perciben cambios en la emoción, sienten curiosidad por conocer lo nuevo que ocurre.

—Terapeuta: ¿Y qué los trae tan sonrientes? ¡Los veo tan contentos!

—Consultante: No sé, las cosas han mejorado, hemos dialogado más. Es lento, pero se ha visto el cambio más positivo. Ella acepta más las cosas. (caso 2, sesión 4)

Así mismo, la manera de preguntar que introduce la emoción lleva a que los consultantes relaten su vivencia cotidiana. Particularmente en el caso 2, el dolor que siente la señora hace que a veces piense en adelantar su muerte, por lo que la empatía de la terapeuta con su sentimiento le ayuda a ir a la vida y a trascender los códigos diagnósticos.

—Terapeuta: Cuando usted dice que se pone deprimida, ¿qué siente?

—Consultante: Siento ganas de llorar. Por ejemplo, tuve mucha depresión cuando estaba estudiando y llegué hasta quererme quitar la vida. (...) Una vez me tiré de un segundo piso; (...) otra vez me tomé cosas a ver si me moría. (caso 2, sesión 1)

En la pregunta de la terapeuta subyace la intención de salirse de esos códigos diagnósticos, en este caso de la depresión, para moverse a otro lugar, como pensar en la emoción que suscita esta situación. Vale la pena anotar que estos síntomas que experimenta una persona no describen su experiencia personal, por lo que ampliar las descripciones y recurrir al mundo emocional desde la cercanía empática puede ayudar a encontrar cómo habitar y enfrentar la vida.

Por su parte, en uno de los casos, ante las expresiones emocionales de la consultante y la intensidad en el contenido de sus relatos, la terapeuta reacciona con calma, busca apaciguar la angustia y propiciar la expresión emocional. “Terapeuta: [Voz tranquila, dulce, pausada] Respire. Si quiere llorar, llore. Este sitio es para usted, este momento es para usted, es un regalo que decidió darse. Entonces tómese todo el tiempo que crea necesario” (caso 2, sesión 1).

Otro aspecto que refleja la empatía en el proceso se manifiesta cuando las personas traen a la conversación terapéutica un tema de la vida cotidiana –enfermedad de un hijo, asuntos laborales, condiciones del clima, entre otros– y reciben una atención y una escucha sin prisa por retomar los temas de consulta. Esta actitud es percibida con valoración por parte de quien consulta y estimula el clima de confianza y la empatía.

Una empatía comunicada con delicadeza aumenta el sentimiento de seguridad de los clientes, fomenta la atención sobre la construcción de experiencia y de su significado, y de esa manera genera nuevas respuestas. El terapeuta participa procesando la experiencia, y mediante diferentes formas de receptividad empática, *ordena y profundiza en la experiencia*. (Johnson, 2008, p. 50)

Al respecto, Satir (1985) afirma que la activación emocional es una de las características que aumenta el éxito en la terapia, y en ello juega un papel primordial la autenticidad del terapeuta, así como la empatía y la aceptación que este muestre en el proceso de acompañamiento. De acuerdo con Chazenbalk (2003), es preciso que el terapeuta “pueda armonizar empáticamente, poniéndose en el lugar del paciente, en su marco de referencia, en su cultura, sus costumbres, sus creencias, sus valores, su manera de percibir el mundo, estableciendo sintonía con este a nivel verbal y no verbal” (p. 110).

La postura empática de las terapeutas es un modo de velar por el cuidado del vínculo que favorece la cercanía y el tono de confianza. Los consultantes, como personas en condiciones de dolor o malestar, están más sensibles a la percepción de este ambiente, y son quienes están en el lugar de terapeutas los convocados a propiciarlo. En palabras de Chazenbalk (2003), la instauración de:

lazos emocionales apunta a la búsqueda de protección, consuelo y apoyo en otra persona a quien se supone dadora de dichos cuidados. Si bien existen múltiples combinaciones posibles entre los diferentes tipos de apego, es competencia del terapeuta poder detectarlas e introducir las en la labor terapéutica. (p. 111)

A modo de corolario

En las conversaciones terapéuticas realizadas en los tres casos revisados –a partir de las indagaciones indiciaria, metafórica, con escucha y silencio, que privilegia la pauta de conexión, moviéndose en los tiempos del tiempo y de forma empática– se visualizan posibilidades de reconocimiento para el sistema consultante-terapeuta. La terapeuta por medio de las preguntas facilita la narración y renarración de los consultantes, y estos al escucharse a sí mismos y a los otros miembros de la familia tejen en comunidad colaborativa nuevas tramas de sí, que tornan la propia existencia en una obra de arte.

Narrarse y renarrarse hace posible, igual que al pintar un cuadro o hacer cualquier otra obra de arte, que el sujeto se cree y se recree permanentemente. La terapeuta se vale de la palabra, la pregunta como elemento favorecedor de relatos y la escucha como forma de ayudarse y aportar a que la palabra fluya y se adentre en los asistentes y despliegue diferencias que pueden ser captadas y engrosadas por los consultantes. Estas diferencias engrosadas dejan emerger maneras que hacen de la propia vida y de la vida con las otras personas obras de arte, que transitan del exceso a la moderación, que abren círculos de virtud en tanto reconocimiento y convivencia sin necesidad de violencia ni de exclusión de lo múltiple y de lo otro diferente.

Con base en este estudio se concluye también que las terapeutas en relación con los tiempos siguen el hilo a través de secuencias de preguntas. Entre

una y otra priorizan el reconocimiento de las emociones y no el tema que está en desarrollo, así pueden detenerse o “cortar” las secuencias cuando aparece un contenido emocional significativo, lo cual identifican mediante la comunicación no verbal y lo ponen en evidencia por medio de nuevas indagaciones. Es decir, quien está en el lugar de terapeuta no teme la aparición del componente emocional, sino que lo pone al servicio del espacio terapéutico.

Ese hilo conductor trasciende el actual encuentro, por lo que la terapeuta conecta el presente con el pasado, con el futuro y con otras sesiones, y trae a colación expresiones y emociones vividas, y a partir de allí explora la percepción de la familia, las diferencias sutiles y las razones de estas. La posibilidad de recordar y entrelazar los detalles fomenta la empatía y la confianza que la familia ha depositado en su terapeuta. Podría decirse que estos pequeños detalles aportan a la estabilidad y al arte que se crea entre el sistema consultante y el terapeuta, y si bien no son el único factor que moviliza la renarración de sí, contribuyen a que la familia continúe dándose nuevas formas y se disuelvan las situaciones dolorosas que la llevaron a terapia.

Por último, incluir en las preguntas las formas estéticas de habitar la existencia suscita en los consultantes de los casos revisados una argumentación en pro de una vida buena. Esta pregunta y respuesta los introduce en un círculo de virtud que los convoca a ser artesanos de su existencia, a enredar los hilos del propio devenir de modo que sea posible salir del sufrimiento, lo que ubica al espacio terapéutico como el lugar para la creación conjunta que alivia, que cura. Esta labor artesanal que emprenden en la relación consultante y terapeuta implica una disposición personal e intersubjetiva que se introduce en la vida cotidiana. De ahí que indagar por la medida y por el justo medio no requiere de preguntas estructuradas, preconfiguradas, sino de una sensibilidad creadora y una preocupación por las formas que le dan los consultantes a la propia vida y que emergen en la relación terapéutica.

Referencias

- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Editorial Gedisa.
- Arango-Arango, M. Z., Rodríguez, A. M., Benavides, M. S. y Ubaque, S. L. (2016). Los axiomas de la comunicación humana en Paul Watzlawick, Janet Beavin, Don Jackson y su relación con la terapia familiar sistémica. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 3(1), 33-50.

- Arbeláez-Tejada, G., González-García, M. J., Madrid, D. J., Ramírez-Agudelo, M. L. y Viveros-Chavarría, E. F. (2016). Acercamiento a la noción de la paradoja planteada por Mara Selvini. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 3(2), 149-164.
- Arcila, G., Arroyave, M., Gallego, C., Garnica, A., Gómez, G., Maldonado, L. y Serna, N. (2003). *Resignificación de los síntomas: Dificultades infantiles y dificultades de pareja, a través del lenguaje en la terapia familiar sistémica constructivista en algunas familias atendidas en el Centro de Familia de la Universidad Pontificia Bolivariana* (trabajo de grado de especialización). Universidad Pontificia Bolivariana.
- Bateson, G. (1980). *Espíritu y naturaleza*. Amorrortu Editores.
- Bateson, G. (1993). *Una unidad sagrada: pasos hacia una ecología de la mente*. Gedisa.
- Bernal, I. y Henao, O. (2000). *El uso de la metáfora en la terapia sistémica* (trabajo de grado de especialización). Universidad Pontificia Bolivariana.
- Bilyk, P. (2015). Totalidades y paradigma indiciario. Algunas lecturas desordenadas para pensar nuestros problemas de investigación. *Oficios Terrestres*, 33, 50-63.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas*. Paidós Ibérica.
- Builes, M. (2015). *El concepto foucaultiano estética de la existencia: Aportes para su fundamentación desde una perspectiva estético-antropológica* (tesis doctoral). Universidad Eafit.
- Builes, M. (2018). La narrativa y la metáfora como hilos de la creación terapéutica. *De Familias y Terapias*, 44, 21-31.
- Cardona, L. y Osorio, Y. (2016). *Terapia viva. Narración y metáfora en la intervención familiar*. Instituto Tecnológico Metropolitano.
- Chazenbalk, L. (2003). La incidencia del *self* del terapeuta en el proceso terapéutico. *Psico-debate, Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 108-116. <https://doi.org/10.18682/pd.v3i0>
- Corominas, J. (1961). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Editorial Gredos.
- Dermot, R. y Carr, A. (2001). A Study of the Differential Effects of Tomm's Questioning Styles on Therapeutic Alliance. *Family Process Spring*, 40(1), 67-77.
- Duque, M. y Álvarez, Z. (2005). *Los medios escritos y la resignificación del síntoma en la terapia familiar sistémica* (trabajo de grado de especialización). Universidad Pontificia Bolivariana.
- Eco, U. (2004). *Historia de la belleza*. Editorial Lumen.
- Ferrater, M., J. (1994). *Diccionario de Filosofía*. Tomo III. Editorial Ariel.
- Foucault, M. (2002). *La hermenéutica del sujeto*. Fondo de Cultura Económica.
- Gale, J. (2011). Análisis discursivo. Una aproximación a la investigación de la construcción momento-a-momento del significado en la práctica sistémica. <https://bit.ly/33XzXkg>
- Galeano, E. (2014). *Diseño de proyectos en investigación cualitativa*. Universidad Eafit.
- Garciandía, J. y Samper, J. (2010). La terapia familiar en la resignificación transgeneracional del incesto. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 135-152.

- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Paidós.
- Gil-Lujan, K., Montoya-Velilla, L., Ocampo-Mejía, L. N., Orozco-Orozco, L. M. y Pineda-González, P. A. (2016). La metáfora en terapia familiar: Autores de referencia, uso y aportes a la práctica terapéutica. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 49, 146-163. <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/802/1322>
- González, L. (2010). *Diccionario de filosofía*. Ediciones Universidad de Navarra.
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.
- Johnson, S. M. (2008). *Práctica de la terapia matrimonial concentrada emocionalmente. Creando conexiones*. Routledge.
- Laín-Entralgo, P. (1987). *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Anthropos Editorial.
- Lobatto, W. (2002). Talking to children about family therapy: a qualitative research study. *Journal of Family Therapy*, 24(3), 330-343.
- López, M. I., Arias, S. L. y Monsalve, Y. A. (2020). Self del terapeuta sistémico como un recurso para el cuidado de sí. *Tempus psicológico*, 3(1), 81-05. <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.2.2.2602.2019>
- Moreno-Roldán, M. R. y Agudelo-Bedoya, M. E. (2018). *El arte de preguntar: Un proceso de creación en terapia familiar*. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Pearce, B. (2010). *Comunicación interpersonal: la construcción de mundos sociales*. Universidad Central.
- Pérez, A. (2013). *El lugar del diálogo en la terapia familiar. Una aproximación desde Hans-George Gadamer* (trabajo de grado de maestría). Universidad Pontificia Bolivariana.
- Ricoeur P. (2006). *Caminos del reconocimiento: Tres ensayos*. Fondo de Cultura Económica.
- Ricoeur, P. (1999). *Historia y narratividad*. Paidós.
- Ricoeur, P. (2001). *La metáfora viva*. Ediciones Cristiandad.
- Rodríguez-Bustamante, A. (2016). La comunicación familiar. Una lectura desde la terapia familiar sistémica. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 8, 26-43.
- Sánchez-Jiménez, M. H. (2014). *Códigos sociolingüísticos, familias y terapia sistémica: Procesos de cambio sociofamiliar* (tesis de doctorado). Universidad de Buenos Aires.
- Sánchez-Jiménez, M. H. (2017). Prácticas dialógicas y códigos sociolingüísticos: Crisis y cambios familiares en contextos dialógicos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(2), 1179-1190. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1522615122016>
- Satir, V. (1985). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. Pax.
- Satir, V. (1995). *Terapia familiar paso a paso*. Pax.
- Scheel, J. y Conoley, W. (1998). Circular questioning and neutrality; an investigation of the process relationship. *Contemporary Family Therapy. Human Sciences Press*, 20(2), 221-235.

- Taylor, S. y Bodgan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Ediciones Paidós.
- Varela, M., Restrepo, D., Montoya, A., Múnera, C. y Marulanda, C. (2014). *El uso de la pregunta en el enfoque narrativo de Michael White* (trabajo de grado de especialización). Fundación Universitaria Luis Amigó.
- White, M. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Norton & Company. Paidós.
- White, M. (2011). *Narrative Practice. Continuing the conversations*. Norton & Company.
- Zapata, C. (2008). Investigar narrativas familiares. En F. Martínez. *Investigaciones en familia*. Seminario Nacional en la Fundación Universitaria Luis Amigó.

Capítulo 9.

La coconstrucción del perdón por la infidelidad conyugal en la terapia focalizada en emociones (TFE)

Ligia Patricia Cuéllar Boada¹
Ramiro Eulices Ramírez Lemus²
Olga Lucía López Jaramillo³

Resumen

Este capítulo es derivado de la investigación “El perdón en la reconexión emocional y relacional donde hubo infidelidad en parejas que asistieron a terapia focalizada en emociones (TFE). Medellín 2019”, para obtener el título como magíster en Terapia

¹ Enfermera y especialista en Salud Mental de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Terapia Familiar Sistémica y magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Directora de Staff y terapeuta en Fundación Vínculo. Correo electrónico: oloratierra@yahoo.com.mx

² Normalista superior de la Escuela Normal Superior Antioqueña. Músico oboísta de la Universidad Eafit. Magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Docente y terapeuta de familia de la Corporación Semillas de Amor y Esperanza. Correo electrónico: ramioboe@gmail.com

³ Trabajadora social de la Universidad del Valle. Especialista en Terapia Familiar del Instituto de Terapia Familiar en Santiago de Chile. Magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Profesora jubilada de la Universidad de Antioquia. Profesora de la UPB. Profesora de cátedra de la Pontificia Universidad Javeriana en Cali. Investigadora del Instituto de Estudios Regionales (INER) de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: olgalucia.lopezjaramillo@gmail.com

Familiar de la UPB. Su propósito fue comprender el constructo del perdón en el contexto de la reconexión emocional y relacional en el que hubo infidelidad en parejas que asistieron a TFE. Fue de corte cualitativo, desde la perspectiva sistémico constructivista. La estrategia fue el estudio de caso y la información se generó mediante entrevistas semiestructuradas tipo narrativa y entrevistas a profundidad respondidas individualmente por las parejas y sus terapeutas. Se encontró que la experiencia del perdón es una coconstrucción terapéutica, pues tanto el procesamiento de las emociones como el ejercicio de la espiritualidad de la pareja (categoría emergente) ayudaron a las personas heridas a ubicarse en una postura de simetría, siendo esta fundamental para la reconexión emocional y relacional en aras de la construcción del perdón. La TFE posibilitó herramientas a las terapeutas para enfrentar los desafíos propios de una herida como la infidelidad conyugal y llevar a cabo la coconstrucción del perdón.

Palabras clave: perdón, infidelidad, terapia focalizada en emociones, reconexión emocional.

Introducción

La infidelidad conyugal es una de las causas de mayor demanda terapéutica, bien por la expectativa de resolver la crisis y continuar la relación de pareja, o bien por buscar un acompañamiento para la separación y el divorcio; el primer caso, es decir, la expectativa de resolver la crisis, es el de interés para nuestro estudio. Campo (2007) menciona un rastreo de cien casos en los que cuarenta y tres habían experimentado infidelidad, y cita a Glass (2003), quien refiere que la infidelidad es un hecho en el 50% de las parejas que inician una terapia. La justificación del estudio se basó en la complejidad y los efectos que causan en la relación de pareja la infidelidad conyugal, así como el reconocimiento por parte de terapeutas del desafío que implica el tratamiento de la infidelidad. Como se mencionan en dos de los estudios referenciados en los antecedentes de la investigación, una de las estrategias de afrontamiento del problema de la infidelidad es el perdón. De tal manera, consideramos importante comprender el constructo del perdón por la infidelidad conyugal en aras de analizar la experiencia del perdón en torno a sus motivaciones, dificultades, camino recorrido para construirlo, impacto del mismo y decisiones con relación a este, cómo se vive y se asume desde la perspectiva tanto de quien ofendió como de quien fue herido, cómo el perdón incide en la construcción de una nueva conexión emocional y viceversa (Cuéllar, y Ramírez, 2020).

La infidelidad conyugal es un fenómeno cuya historia se remonta a la de la humanidad misma, es común y tiene el poder de causar heridas profundas en las relaciones de pareja (Spring, 2015; Campo, 2007; Johnson, 2008). Esta es entendida como la ruptura de un acuerdo de exclusividad tácito o explícito (Camacho, 2004; Marín, 2014) y que generalmente va acompañado de mentiras y ocultamiento (Coddou y Méndez, 2002). Lo anterior trae a colación la deslealtad, que según Manrique (1996) se conecta con la infidelidad a partir de la certeza que un integrante de la pareja tiene en que el otro protegerá la relación de cualquier cosa. En esta misma idea, Johnson (2005) plantea que la deslealtad genera no solo dolor, sino mucha vulnerabilidad, y desde Coddou y Méndez (2002) es vista como la pérdida del nosotros.

La infidelidad ocasiona una herida en el vínculo de apego, mina la seguridad en la relación, genera una ruptura de la confianza en el otro y una desconexión emocional y relacional (Johnson, 2008); por tanto, es considerada desde la TFE como una herida de apego mayor, lo que significa en palabras de Johnson (2001, como se citó en Johnson, 2005) que la infidelidad “mina o debilita el vínculo de apego entre la pareja” [traducción propia] (p. 18). A la vez que representa uno de los mayores retos para los terapeutas por la complejidad de asuntos y demandas que trae la pareja y las emociones que la atraviesan (Campo, 2007; Spring, 2015).

El perdón, desde el punto de vista de las relaciones humanas, es difícil de definir y de describir. Cuando alguien dice que perdona, lo que pasa en su ser interior, en el del otro y en la relación es un misterio, particularmente cuando se trata de una ofensa mayor como es la infidelidad conyugal. Aunque necesario para la convivencia humana, al darse en el contexto del dolor y muchas veces del rencor y del deseo de justicia, pareciera no ser natural en el ser humano (Di Giacomo, 2016; Jankélévitch, 1999; Ricoeur, 2010). El perdón posibilita soltar las cargas de odio y el resentimiento que hacen pesado y difícil el camino.

Por lo anterior, el perdón tiene una dimensión volitiva, que en caso de la infidelidad conyugal se concibe como un proyecto conjunto de construcción, el cual se inicia cuando se comparte el dolor de la infidelidad con el cónyuge. Para continuar con la relación es preciso que se vaya reconstruyendo la confianza y la intimidad (Spring, 2015). La TFE plantea este proyecto como un proceso que va desde la ruptura de la confianza y la desconexión emocional y relacional hasta la reconstrucción de la confianza y la reconexión emocional, con el fortalecimiento de la seguridad en la relación de la pareja,

la cual se evidencia en una actitud que comunica la disponibilidad mutua; en palabras de la TFE, “estar ahí para ti” (Johnson, 2008). Adicionalmente se da un cambio de emociones que evidencia la tranquilidad en la relación de pareja y se muestra en las actitudes positivas del uno hacia el otro. Otros autores como Worthington (2005) y Fife, Weeks y Stellberg-Fiber (2013) concuerdan con que las actitudes positivas son una manifestación del perdón.

El perdón de una infidelidad conyugal se retoma desde una perspectiva relacional que requiere compromiso del ofensor. Debe reconocer que ha dañado y que necesita ser perdonado; esto significa que pide perdón. Después, la persona agredida debe decidir si quiere perdonar y si quiere continuar con la relación, lo que llevaría a ambas partes a entrar en un proceso de reparación de las heridas y restauración de la relación. Esto trae consigo una implicación fundamental: que el ofensor restituya al herido (Spring, 2015; Johnson, 2009; Marín, 2014).

Para Johnson (2009), el perdón es parte de resolver el trauma de la herida de apego, y “el único modo de superar las heridas de apego es afrontarlas y tratar de sanarlas junto al ser amado, cuanto antes mejor” (p. 192). La autora plantea seis pasos hacia el perdón cuando ha habido heridas de apego traumáticas, como la infidelidad y el abandono. El perdón de la infidelidad conyugal se retroalimenta con la reconexión emocional y relacional, lugar seguro para expresar sus emociones más profundas, donde el cónyuge está allí cuando se le necesita, y juntos enfrentan las adversidades propias de la existencia y del mundo propio de cada pareja. En ese sentido, el perdón es transformador en el ámbito individual y relacional.

Las autoras Johnson (2009), Spring (2015) y Marín (2014) plantean que el perdón exige por parte de quien ofendió solicitar el perdón, comprender el daño causado y adquirir los compromisos para la reconstrucción de la confianza. Para el ofendido, otorgar el perdón significa un esfuerzo, dado el costo emocional y relacional que supone.

Galindo (2002) encuentra que “los diversos sinónimos que definen el perdón se entienden mejor cuando se agrupan alrededor de tres factores principales que lo caracterizan: el perdón como un acto altruista; el perdón como catarsis; y el perdón como proceso” [traducción propia] (p. 37). El primer factor, es decir, el perdón como un acto altruista, se relaciona con la benevolencia, la aceptación, la amabilidad y la compasión. El segundo factor, el perdón como catarsis, tiene que ver con “liberar intensos sentimientos

negativos como la ira y el resentimiento. En este sentido, catarsis se refiere a la liberación terapéutica de emociones y tensiones” [traducción propia] (p. 39). El tercer factor, el perdón como proceso, “es difícil, lleva tiempo y no se puede otorgar inmediatamente”. Este último también envuelve dos ideas importantes: “el perdón de sí mismo y el perdón a otros” [traducción propia] (p. 39). De alguna manera el perdón como proceso se conecta con la idea de catarsis, en cuanto toca íntimamente con las emociones, pero no implica que sea olvido, “lo que se olvida son los sentimientos negativos hacia el transgresor” [traducción propia] (p. 38). De ahí que el modo como la persona lo concibe influye en la capacidad para entregarlo, por lo que el perdón como proceso largo y trabajado supone que si se da de forma prematura, puede ser muy arriesgado para la integridad y el futuro emocional de la persona y de la relación.

La terapia focalizada en emociones para parejas es un modelo terapéutico cuyo fundamento principal es la teoría del apego de John Bowlby. Su práctica articula la terapia experiencial y la terapia sistémica, especialmente el modelo sistémico estructural, que aprovecha la teoría del cambio (Johnson, 2008) y los modelos constructivistas, los enfoques narrativos y los enfoques centrados en soluciones. Sus metas principales son acceder y reorganizar respuestas emocionales, crear un cambio en las posiciones reactivas entre los miembros de la pareja y promover la creación de un vínculo seguro en la pareja (Terapia focalizada en emociones. Primer entrenamiento, Costa Rica, 2016).

Entre los antecedentes investigativos rastreados se encuentra el estudio de Makinen y Johnson (2006), el cual fue cuantitativo y se denominó “Resolviendo heridas de apego en parejas usando terapia focalizada en emociones” [traducción propia]. Se halló coincidencia entre la intensidad de la emoción negativa y el perdón; es decir, en la medida en que las parejas que resolvieron la herida y pasaron de las emociones reactivas o secundarias a las más vulnerables o primarias, creció la medición del perdón. También, que “al lograr perdonar se pudo identificar un mayor ajuste de la pareja” [traducción propia] (p. 1063).

Por su parte, Guzmán (2010) efectuó una investigación denominada “El perdón en relaciones cercanas: conceptualización desde una perspectiva psicológica e implicancias para la práctica clínica”. El perdón, además de ser un constructo psicológico, se plantea como “una opción terapéutica para trabajar con el impacto que a corto y largo plazo provoca una transgresión

relacional” (p. 26), y sustenta la importancia de desarrollar investigaciones sobre este tema en las relaciones más cercanas. Aunque la propuesta parece orientarse hacia la investigación positivista –y la nuestra es de corte cualitativo–, compartimos algunas de las ventajas terapéuticas del perdón, como fomentar la reflexión y la discusión sobre un fenómeno que es cotidiano y que está presente en la esfera terapéutica (Guzmán, 2010).

En el 2015, Guzmán, Santelices y Trabucco publicaron un capítulo llamado “Apego y perdón en el contexto de las relaciones de pareja”, derivado de una investigación cuyo objetivo fue “evaluar la asociación entre las dimensiones del apego adulto (ansiedad del abandono y evitación de la intimidad) y el perdón de transgresiones ocurridas en el contexto de relaciones de pareja” (p. 35). Este fue un estudio cuantitativo con seiscientos cuarenta y siete estudiantes universitarios, en el que se aplicaron los instrumentos ECR (experiencias en relaciones cercanas) y TRIM-12 (inventario de motivaciones relacionadas con transgresiones interpersonales). Se concluye que entre más seguridad en el apego, mayor capacidad para perdonar, lo cual concuerda con lo dicho por Beltrán-Morillas, Valor-Segura y Expósito (2015), y Makinen y Johnson (2006), arriba referenciada, con respecto a que un apego seguro favorece el perdón y viceversa.

La investigación de Beltrán-Morillas *et al* (2015) titulada “El perdón ante transgresiones en las relaciones interpersonales” realizada en Granada-España tuvo en cuenta “la influencia del género, así como aspectos emocionales y motivacionales en la concesión de perdón” (p. 71), y las reacciones frente a la infidelidad sexual. Las autoras refieren que las mujeres ofendidas tienden a sentir mayor empatía hacia el ofensor, lo cual promueve y facilita el perdón. Así mismo, “en la medida en que se percibe la transgresión como más grave, hay una tendencia a la evitación, y a mayor evitación menos perdón” (p. 76). Estos resultados coinciden, desde diferentes perspectivas, con la investigación mencionada de Makinen y Johnson (2006) en que las emociones positivas facilitan el perdón y a su vez el perdón promueve actitudes que evidencian emociones positivas.

En Medellín, Colombia, encontramos dos investigaciones en esta última década que estudiaron los significados de la infidelidad. La primera se titula “Significados de la infidelidad, sus efectos y la manera como la afrontan algunos residentes del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, 2009” elaborada por Agudelo, Anderson y Duque (2009). La segunda, titulada “Los significados que sobre la infidelidad construyen los consultantes del Centro

de Familia Santamaría de la Congregación Mariana en la ciudad de Medellín” fue realizada por Giraldo y Garcés (2012). En las dos investigaciones se encuentra el perdón como estrategia de afrontamiento de la infidelidad. La segunda sugiere explícitamente ahondar en el estudio del perdón por la infidelidad. Dado el vacío evidenciado en este tipo de investigaciones en el medio local sobre el tema descrito, nuestra investigación pretendió contribuir a la disminución de dicha falencia.

Metodología

La investigación buscaba respuestas a las siguientes preguntas acerca de las dinámicas que surgieron en la relación de pareja en dos casos de infidelidad: ¿cómo fue la vivencia del fenómeno de la infidelidad?, ¿cómo fue la experiencia del perdón y cómo se construyó?, ¿cómo la TFE facilitó el perdón? y ¿cómo la TFE posibilitó la reconexión emocional y relacional?

El enfoque investigativo del estudio fue cualitativo, ya que buscamos profundizar en las realidades subjetivas de cada integrante de la pareja y en las pautas intersubjetivas de esta en relación con la experiencia del constructo del perdón, tanto de la persona herida por la infidelidad como de quien la cometió.

La estrategia metodológica para la investigación fue el estudio de caso. Según Stake (2007), de este “se espera que abarque la complejidad de un caso particular” (p. 11), como lo es el evento de la infidelidad y el constructo del perdón, vividos de manera compleja en la relación de pareja. La unidad de análisis de la investigación se centró en la relación de pareja, entendida como aquella que construye un “nosotros” (Caillé, 1992), que no admite sino dos y que tiene una identidad propia que genera pertenencia. Las categorías estudiadas fueron: la vivencia de la infidelidad: un entramado complejo; la experiencia del perdón: una coconstrucción terapéutica; la terapia focalizada en emociones: un proceso hacia el perdón y la reconexión emocional. Como categoría emergente se ubicó la espiritualidad: una fuente de resiliencia para el perdón de la infidelidad.

Los instrumentos para la generación de la información fueron “una guía de narrativas semiestructuradas” (López, 2011, p. 64), la cual se compone de frases en primera persona que indagan por los objetivos planteados en la investigación y que los participantes diligencian; este instrumento se puede

clasificar entre las entrevistas semiestructuradas. Así mismo, se realizaron entrevistas a profundidad de forma individual, tanto con las parejas como con sus terapeutas.

La búsqueda de las parejas participantes se efectuó a través de terapeutas que tenían entrenamiento en TFE, a partir de los siguientes criterios: a) que las parejas hubieran pasado por la vivencia de la infidelidad y experimentado el perdón de esta, b) que hubieran completado un proceso terapéutico de TFE con resultado de reconexión emocional, según los criterios del terapeuta, y c) que el tiempo entre el final del proceso terapéutico y la participación en el estudio fuese de un año o más. En cuanto a las terapeutas, los criterios fueron: a) haber visto al menos un curso introductorio de TFE y b) estar en supervisión al momento de la terapia como parte de su entrenamiento.

Respecto a las características de las dos parejas del estudio, estas estaban en un rango de edad entre los treinta y los cuarenta años al momento de la terapia. De los cuatro participantes, tres de ellos son originarios de la costa caribe colombiana y una de las esposas es de Medellín, aunque todos viven en esta ciudad. Los cuatro son profesionales, dos de ellos con estudios de postgrado. Una de las parejas tenía dos hijos y la otra ninguno. El tiempo de unión al momento de la terapia en una de las parejas fue de cinco años y en la otra de siete. Uno de los participantes tuvo una relación de hecho anterior, de la cual hay un hijo. En los dos casos el tipo de unión es civil y religiosa. En estas dos parejas los esposos fueron quienes incurrieron en la infidelidad. Las dos terapeutas que acompañaron los procesos terapéuticos en estudio cumplieron con los criterios de selección descritos.

En el análisis de la experiencia del perdón se tomaron en cuenta las emociones primarias, las percepciones y las acciones. Las emociones primarias, entendidas como las más vulnerables, se consideraron como manifestaciones de reconexión emocional. Las percepciones, por su parte, dieron cuenta de cómo se comprendió el mundo interior del otro y de sí mismo. Las acciones de la parte infiel se evidenciaron como actos de restitución, en tanto que las de aquel que fue herido indicaron mayor aceptación y la posibilidad de ver al otro de una manera más humana.

Los principios éticos que se tuvieron en cuenta en esta investigación fueron: la reciprocidad, en términos de “no hacer al otro lo que no quieres que te hagan” y respetar la vulnerabilidad de los participantes, y la participación voluntaria (Babbie, 2000); de hecho, una de las participantes decidió

acompañar el estudio solo en la primera parte, respondió el instrumento de narrativas semiestructuradas, pero no participó de los siguientes pasos del proceso. Se tuvieron presentes los principios éticos de los psicólogos y su código de conducta APA (2010), el cual plantea una amplia explicación a los participantes de los objetivos de la investigación y todo asunto que fue necesario para ellos conocer. Los participantes gestionaron el consentimiento informado. En caso de que al hablar del perdón de la infidelidad surgiera alguna necesidad de apoyo terapéutico, los investigadores se comprometieron a asumirlo; dicho recurso fue tomado por uno de los esposos participantes. Otros principios por resaltar fueron los de anonimato y confidencialidad (Babbie, 2000); para proteger la identidad y eventos de la vida privada de los participantes se asignaron códigos de la siguiente manera: pareja 1: A1 y B1; pareja 2: A2 y B2; terapeutas: T1 y T2; EP (entrevista a profundidad); NSE (narrativas semiestructuradas).

Hallazgos y análisis

Los resultados se orientarán en torno a tres aspectos: aquellos que favorecen o dificultan el perdón, características del constructo del perdón y la coconstrucción terapéutica del perdón por la infidelidad conyugal. :

Aspectos que favorecen o dificultan el perdón, según la experiencia de las parejas

Los hallazgos mostraron las condiciones que favorecen el perdón. En primer lugar, el reconocimiento por parte del ofensor de su responsabilidad en el evento de la infidelidad y las consecuencias (posible pérdida del cónyuge), como lo manifestó el esposo de la pareja 1: *“Sí, realmente entendí que quería pedir perdón, y ya no eran esas palabras de antes, como para que todo se calme, sino, de verdad la embarré; yo eso no tengo cómo pagarlo y, la verdad, sí lo necesito [pedir perdón]”* (EP-A1). De igual forma, el reconocimiento del otro, de su dignidad, de su humanidad misma tanto para quien otorga el perdón como para quien lo recibe; así lo expresa el esposo de la pareja 2: *“Saber que me equivoqué”* (NSE-A2). De ahí que en el proceso terapéutico sea más relevante visibilizar, experimentar el reconocimiento de los actos del ofensor, que la virtud del que perdona, como lo plantea Nieves (2017), en tanto significa aceptación de la propia responsabilidad.

En segundo lugar, la comprensión y la aceptación del dolor causado en el otro requieren, de acuerdo con los resultados del estudio, que el dolor del ofendido sea entendido al punto de generar en el otro la solidaridad con ese dolor, solo así lo puede sentir auténtico, verdadero y, por supuesto, solidario con el mismo; de lo contrario, el pedido del perdón le llega al ofendido de manera superficial, como para salir de la tensión que viven, disminuir la culpa o calmar su rabia. Así lo refleja el siguiente relato de uno de los esposos: “Fue muy teso porque al principio yo le pedí perdón a ella antes de la terapia, antes de todo; cuando ella se dio cuenta, yo le pedí perdón, pero fue más como por bajar la marea” (EP-A1). Así mismo, el relato del esposo de la pareja 2 amplía el sentido de lo que considera un perdón más honesto:

Yo cómo voy a pedir [perdón] si no sé por qué, o sea, uno debe tener la plena conciencia de por qué uno está pidiendo perdón. Y para eso yo creo que hay un proceso previo, uno debe darse cuenta realmente del impacto, lo que le cuesta al otro, las consecuencias que hubo... hasta que de verdad dice: “sí, es necesario pedir perdón, pues fue mucho el daño y no hay cómo pagarlo”. O sea, uno sí repara algunas cosas, pero no paga realmente lo que hace, entonces cuando uno es consciente de eso, es que uno pide perdón de forma más honesta. (EP-A2)

Lo anterior muestra que la solicitud de perdón cumple una función en la dinámica del mismo como experiencia, en tanto va más allá de lo que podría denominarse un intento de acercamiento como reconocimiento de la falta por la infidelidad, aunque tal intento resultara fallido. Para Galindo (2002), este es un perdón apresurado o prematuro que puede poner en mayor riesgo la relación. Desde estas narrativas, al inicio del descubrimiento del engaño, la solicitud de perdón tuvo una intención de calmar la ira de la agredida y en parte estuvo motivada por el temor a su reacción. Este primer pedido (le podían seguir otros), aunque no fue un evento aislado, distó de aquella petición en la que finalmente el perdón se consolidó para cumplir su función, cuando tuvo la posibilidad de coconstruirse mediante un proceso en el sistema terapéutico con un enfoque como el de TFE. Gracias a dicho enfoque, el autor de la ofensa logró asumir su responsabilidad al ponerse en contacto con el dolor de la persona herida, comprender el impacto y lo que significó para la otra persona. Según lo encontrado, es en este momento descrito en el que el arrepentimiento y el pedido de perdón surgieron desde la sensibilidad y la empatía logradas en el trabajo terapéutico, y así mismo pudo ser otorgado por la persona herida.

Nos parece importante notar que si bien en las dos solicitudes el ofensor asume alguna responsabilidad, lo que caracteriza a cada una de ellas hace la diferencia entre la una y la otra: en la primera petición de perdón el ofensor reconoce haber cometido el hecho infiel, procura minimizar las emociones de ira y dolor de la esposa y la solicitud del perdón se da en el contexto de la crisis, mientras que en el segundo pedido quien hirió asume la responsabilidad sentida de haber causado una herida y un dolor profundos a su esposa, se involucra con las emociones sensibles de su esposa y dicha petición de perdón surge en medio del proceso de la terapia. En aras de contrastar estas dos acciones del ofensor, hemos hablado de dos momentos o dos solicitudes de perdón; sin embargo, en el caso de las parejas del estudio, se encontró una solución de continuidad entre estas dos peticiones de perdón.

Por otro lado, en el estudio emergió la categoría relacionada con la espiritualidad de las dos parejas como otro aspecto favorecedor del perdón. Desde la postura de quien lo concede, se menciona que comprender el propósito de Dios en su vida fue fundamental para perdonar:

Entender que Dios tenía un propósito con mi vida y que en ese propósito estaba incluido mi esposo y mis hijos... Lo que me animó a perdonar era entender que Dios estaba en el asunto y que Él quería sanar mi corazón. Más allá de que mi esposo y yo continuáramos en esa relación matrimonial, el Señor quería sanar mi corazón. (EP-B2)

En medio del dolor de la infidelidad, la fe se afianzó y la motivó a perdonar. Ella encontró varios propósitos en su espiritualidad y el primero fue sanarse ella misma, independientemente de lo que sucediera en la relación de pareja. La experiencia espiritual de esta esposa coincide con la reflexión de Aponte (1998) al enfatizar que la sanidad emocional y la reconciliación son distintas de la decisión espiritual de perdonar. En el caso de la esposa mencionada, el propósito de perdonar desde su espiritualidad es sanarse ella misma, pero a la vez tomar esa decisión por motivos espirituales abrió la puerta a la búsqueda del acompañamiento terapéutico, y con este a la sanación emocional, la reconexión emocional y la reconciliación.

En cuanto a las dificultades para perdonar, las más evidentes fueron las siguientes: de un lado, quienes fueron infieles se sintieron afectados por los insultos y las críticas de quienes fueron ofendidas. También, darse cuenta de su incoherencia respecto a sus propios valores y convicciones. Así lo

relatan los entrevistados: “Lo más difícil de pedir perdón fue... sus críticas e insultos. Además, sus constantes solicitudes de información precisa como condición” (NSE-A2); “reconocer que había hecho algo que prometí nunca hacer” (NSE-A1).

Del otro lado, para quienes fueron ofendidas, la mayor dificultad para perdonar fue renunciar al deseo de venganza, así como a la alusión permanente al evento de la infidelidad: “No sabía cómo hacerlo [perdonar] y constantemente sacaba el pasado a relucir, especialmente en discusiones” (NSE-B1); “lo más difícil de perdonar fue... soltar el dolor y el deseo de venganza. Quería devolverle su traición de alguna manera” (NSE-B2).

Es así como quienes cometieron la infidelidad, al ser objeto de reclamos y control por parte de sus cónyuges, se sintieron heridos y sometidos por sus propios sentimientos de culpa y vergüenza. En cuanto a las esposas engañadas, el rencor y el deseo de venganza se describen intensos y en ocasiones inmanejables; Campo (2007) reconoce que dichas emociones son el principal obstáculo en el proceso terapéutico en casos de infidelidad. Estas provocan unos patrones de interacción en los cuales la persona herida se torna controladora, irascible e incisiva, mientras que el esposo ofensor se repliega, se esconde, se protege y evita responder a los avances de su esposa.

Las experiencias de los participantes del estudio nos permitieron comprender que la infidelidad fue descubierta y la relación con la tercera persona involucrada terminó; para quien fue infiel el evento era parte del pasado, mientras que para la persona herida el *tsunami emocional* apenas iniciaba y le era difícil procesar lo que sentía. Es por eso que la reacción de traer el pasado al presente es incomprensible para quien ofendió, pero pareciera ser una forma de lidiar con la rabia, el dolor y el deseo de venganza para quien fue ofendida. En otras palabras, los hechos para quien los cometió están en la esfera temporal del pasado, mientras las emociones de quienes fueron heridas por la infidelidad se viven, se experimentan y se sienten en el presente, lo que puede generar un choque en la visión de ofensor y ofendida que dificulta el proceso del perdón. En este sentido, Guzmán (2010) señala que hay una asociación entre la capacidad de procesar las emociones y el otorgamiento del perdón, posibilidad que brindó el enfoque de la TFE una vez que el sistema terapéutico empezó a trabajar en profundidad con las emociones.

Así, desde las narrativas de los participantes, las condiciones que favorecieron la coconstrucción del perdón de la infidelidad conyugal fueron

el reconocimiento y la aceptación de la responsabilidad del hecho de la infidelidad por parte de los ofensores; el logro de la comprensión del dolor (herida de apego) de las personas heridas, en este caso, sus esposas, y la espiritualidad de las parejas, la cual surgió en el estudio como categoría emergente. En cuanto a las dificultades en la experiencia del perdón, se encontraron por parte de las ofendidas (esposas) las críticas ofensivas y repetitivas, la constante ubicación en el pasado para traer la culpabilidad de la infidelidad y la incertidumbre generada por la ofensa, y finalmente el patrón interactivo negativo denominado desde la TFE como “la danza de la polca” (Johnson, 2009). Unas y otras, es decir, lo que favoreció y lo que dificultó, conformaron parte importante de la experiencia del perdón.

Características del constructo del perdón

El perdón, entendido como un constructo, se caracteriza por el vaivén emocional, el alto costo de este, la incompatibilidad entre perdón y olvido, y la reconexión emocional y relacional. La idea de un *vaivén emocional* se configuró como una metáfora, la cual nos permitió entender la lucha interna de la esposa que otorgó el perdón:

En el perdón yo avanzaba y retrocedía, avanzaba y retrocedía, pero cada vez ese avanzar era más amplio. [Le decía] “te perdono”, pero en medio de ese perdón se vienen los recuerdos. Entonces... al día siguiente peleas con la persona y le recuerdas el historial. (EP-B2)

De ahí que el perdón de la infidelidad no fue algo que se generó en un solo momento, por lo que emocionalmente no podría hablarse de un estado definitivo: negro o blanco. Podemos señalar, como en su momento lo hizo Ricoeur (2010), que el constructo del perdón es una odisea de larga travesía que se compone de dudas, de retrocesos, de riesgos en el camino, en el sentido de lo complejo que resulta ser para cada persona, con repercusión en la relación de pareja.

En la misma línea ese vaivén emocional coincide con la apreciación de Johnson (2008), quien señaló que las personas ofendidas evocan con frecuencia los recuerdos y las emociones relacionadas con el evento de la infidelidad, especialmente al principio del proceso del perdón, y experimentan de esta manera las verdaderas heridas de apego en su relación.

Una segunda característica de la experiencia del perdón la constituye *el costo* del mismo. Al respecto, un esposo lo describe así: “son procesos con espinas y oasis” (NSE-A2), lo cual evidencia, por un lado, el dolor por el daño causado a la esposa y, por otro, el alivio que implica el perdón otorgado. Como lo expresa el esposo 2:

El perdón es costoso, tanto desde el dinero, porque no es barato tomar una terapia y pagar; el tiempo, la tortura que significaba cada vez que venía a terapia... pensando en lo que costó: lágrimas, el esfuerzo, el dolor, las horas y horas de trabajo, no solo físico, mental, espiritual, trasnocho, dolor, llanto. Nos ayuda a valorarlo más (EP-A2).

El perdón por la infidelidad implicó que el ofendido renunciara a exigir que el otro pague una deuda emocional; la realidad es que ambas partes sufren y viven ese costo, cada uno de manera particular. La experiencia del perdón en cuanto a su costo involucra o compromete varias áreas de la vida personal y relacional; por tanto, el perdón, a pesar del costo o a propósito del mismo, significó para las parejas de este estudio un alto valor emocional. El relato antes descrito, que pertenece a un esposo que ofendió, muestra además la importancia aportar a la construcción de la confianza como elemento de restitución. Por todo esto se nombra el perdón como algo costoso.

La tercera característica tiene que ver con una concepción diferente a la consideración general entre el perdón y el olvido. En el caso del perdón por la infidelidad conyugal, se considera como no posible, según las mismas parejas que participaron en el estudio: “Uno crece con la idea falsa de que quien perdona, olvida; no necesariamente, porque uno puede seguir recordando, pero... ya no duele como antes... ¿Cómo puede uno olvidar algo que perdonó? ¿Cómo puede saber [que] perdonó si lo olvidó?” (EP-B2). De acuerdo con este relato, disminuyó la intensidad de las emociones primarias o vulnerables (la tristeza, el miedo, entre otras) y secundarias (la rabia), que surgieron en la crisis de la infidelidad hacia el transgresor. Pareciera que el perdón se convierte en parte de la estructura de la nueva relación. Respecto a la falacia de olvidar, el esposo 2 dice:

Ese perdón queda como una de las bases de esa nueva estructura de la relación, o sea, no lo puedo sacar, ahí quedó y será mencionado el resto de la existencia. No como una cuenta de cobro, sino como parte de la estructura de la relación... hasta que tenga noventa años, no

hablaremos, pero sabemos en el corazón que el perdón fue fundamental para avanzar. No podemos decir simplemente: “Ah, me perdonas y ya ¿y me perdonaste de qué?, el perdón es parte de los pilares ahora mismo”. (EP-A2)

En concordancia con lo anterior, autores como Galindo (2002) y Nieves (2017) señalan que el perdón y el olvido son conceptos muy diferentes y el uno no lleva necesariamente al otro; al contrario, se requiere de la memoria para reconocer qué fue lo que se perdonó, para aprender de ello y para no incurrir en la repetición. En este sentido, los relatos de las parejas del estudio permiten establecer una diferencia entre recordar la infidelidad para dejarla en el presente como premisa que garantice el cobro de una cuenta emocional impagable y la experiencia del perdón como base de una reconexión emocional y relacional de la pareja, la cual ayuda a recordar lo vivido, cada vez con menor intensidad emocional negativa y mayor intensidad afectiva, dando cuenta de la doble reconexión en la relación de la pareja, la cual reconoce lo ocurrido como parte de su propia historia.

La cuarta característica del constructo del perdón hace referencia a la reconexión emocional y relacional de la pareja. En este estudio se entendió por reconexión en ambos aspectos las nuevas conexiones realizadas por las parejas participantes una vez terminada su experiencia terapéutica bajo el modelo o enfoque de la TFE, a raíz del motivo de consulta por la infidelidad conyugal. Durante el proceso terapéutico, las profesionales a cargo identificaron, según consta en las respectivas historias clínicas, la crítica situación emocional y relacional que vivían las parejas y la desconexión que presentaban en esos ámbitos. Así, la terapia se enfocó principalmente en el cambio paulatino basado en el modelo mencionado, cuya piedra angular es el trabajo con las emociones, lo cual suscitó un cambio emocional que se nombra en los siguientes relatos de las esposas: “Considero que el perdón de [la] infidelidad es... absolutamente necesario para vivir tranquila, para ser libre y volver a comenzar” (NSE-B1). La otra mencionó al respecto: “Bueno, básicamente recuperé la paz en mi mente y corazón” (NSE-B2). Uno de los esposos responsables de la infidelidad agregó:

No vivo en función de eso [la culpa] como lo estuve un tiempo en que era como una esclavitud hacia esa amargura, ya no la tenía, ya no hablábamos del tema, ya nuestra vida empezó inclusive a ser mejor. (EP-A2)

Con base en lo expuesto, podemos deducir que la reconexión emocional fue lograda por las parejas del estudio, en tanto las emociones se dan en la mutua interacción. De manera similar se dio paso a la reconexión relacional, teniendo en cuenta que era en la relación donde se manifestaban las emociones. Ello se basa teóricamente en el planteamiento de la TFE cuando se refiere al enfoque integrado entre la perspectiva sistémica, que se centra en el campo de las relaciones y la experiencia, y se concreta en la TFE focalizando las emociones, según Johnson (2008), como ya se anotó en este capítulo.

En consecuencia, las parejas empezaron a percibir su relación más humana, menos idílica y menos perfecta, y a pesar de ello, comenzaron a disfrutar la misma, como lo manifestó la esposa de la pareja 1: “Nos mostramos más reales, sin utopías, disfrutando paso a paso cada día de pareja... Que él no era perfecto, que comete errores y que también está en un proceso” (NSE-B1). Y agregó su esposo: “Ahora considero que la relación con mi pareja es... más madura, menos ingenua, menos pretenciosa. Ya puedo vivir sin miedo” (NSE-A1).

En estos relatos se evidencia un cambio de la imagen idealizada que las esposas tenían de la relación; ahora es una imagen humanizada y realista, que a su vez les facilitó a sus cónyuges despojarse del miedo y hacerse vulnerables. De acuerdo con Johnson (2008), esta situación podría hacer referencia a que los integrantes de la relación experimentan un apego seguro.

En síntesis, esta última característica analizada da cuenta de que los cambios emocionales y relacionales fueron finalmente logrados con base en un modelo integrado que focaliza la atención en dos aspectos en un proceso terapéutico: el experiencial y el sistémico. De ahí que la manifestación de las emociones en las otras relaciones puede evitar la parcelación de un sistema independiente como la relación de pareja, posterior a una infidelidad definida por muchos autores y consultantes como “devastadora”. De acuerdo con esto, la novedad de la TFE es el trabajo simultáneo y complementario en lo relacional, es decir, las pautas y patrones de interacción negativos (el ciclo o danza negativa, como lo denomina la TFE) que forma la pareja, y en lo intrapsíquico, en las emociones que se ponen en juego en lo interpersonal. En palabras de Johnson (2008), el trabajo sería con los “bailarines” y con la “danza” (p. 79), y el abordaje en las dos esferas sería intrapsíquico e interpersonal, trabajados de tal manera que se amplíen mutuamente. Por lo anterior, la TFE se concibe como un enfoque que puede integrarse con

mayor fuerza en los procesos académicos de formación y en el ejercicio de la terapia de pareja.

La coconstrucción terapéutica del perdón por la infidelidad conyugal

Es común considerar el perdón simplemente como una decisión; sin embargo, los resultados de la investigación mostraron que el perdón sentido como real por las parejas se profundizó y consolidó en la terapia, lo que plantea algunos retos para las terapeutas, los cuales se pueden abordar desde las herramientas proporcionadas por la TFE. A continuación, analizamos algunos recursos que la TFE aportó a las terapeutas, así como algunas evidencias del perdón en la terapia.

Desde las narrativas de las terapeutas, los mayores desafíos fueron las dinámicas suscitadas en la pareja durante la escalada. La profesional que atendió a la pareja 1 encontró las siguientes emociones que caracterizaron la escalada de esta pareja. Por un lado, la ansiedad de la esposa herida; “el problema de la ansiedad de ella fue uno de los desafíos importantes, porque sin eso [la medicación] era muy difícil calmar su cerebro” (EP-T1). Al parecer, la ansiedad disparada por la infidelidad del esposo en su pareja necesitó de remisión a psiquiatría y allí recibió tratamiento con antidepresivos por un año cuando hubo una alarma roja de intento de suicidio. Por otro lado, la desesperanza del esposo fue parte de dicha escalada:

La emoción que había en él era la desesperanza. “Aquí no va a pasar nada, llevamos cuatro meses y seguimos en las mismas”. Entonces eso me ponía a preguntarme: “Bueno, ¿estoy haciendo lo que tengo que hacer, esto para dónde va, se va a demorar demasiado?”. (EP-T1)

Estos relatos muestran que las reacciones emotivas de ansiedad y desesperanza en la una y en el otro llevaron a que la pareja se enganchara de tal manera que desafiaran el sistema terapéutico y llevaran a la terapeuta a una situación que requería reflexión sobre su quehacer. De la misma manera, la terapeuta 2 menciona que el mayor desafío se presentó durante la escalada de la pareja:

Para mí el desafío más grande fue cuando ellos estaban tan escalados. La ira y el miedo permeaban el sistema terapéutico totalmente; es decir,

era un esfuerzo muy grande. Yo creo que mis neuronas espejo estaban prendidas todo el tiempo con el uno y con el otro. (EP-T2)

La terapeuta hace referencia a que las emociones intensas como la ira y el miedo impregnaron el sistema terapéutico, lo cual se convirtió en un reto para ella, quien lo entendió a partir de las neuronas espejo (Rizzolatti y Sinigaglia, 2006). Las hormonas espejo son unas células cerebrales que facilitan la empatía y la conexión con el otro; en el contexto de la terapia, las emociones y reacciones intensas de los consultantes conectadas con la infidelidad fueron puestas en el contexto terapéutico de tal manera que fueron sentidas por la terapeuta. El abordaje de una pareja escalada es quizás el mejor ejemplo de la conformación de un sistema nuevo, uno terapéutico, en el cual el terapeuta está permeado, como lo dice el relato, y en el que unos a otros se influyen. En este caso, la terapeuta recibió la fuerza de las emociones y las interacciones de la pareja, pero no quedó totalmente imbuida, lo que le facilitó crear una alianza al sintonizarse empáticamente con cada uno de los integrantes de la pareja y con el sistema de la relación, y unirse así al sistema, como lo menciona Johnson (2009).

Durante esta primera etapa de escalada relacional, las *técnicas* que les ayudaron a las terapeutas a enfrentar dicho desafío fueron:

Reflejar y validar, pero sobre todo reflejar, es decir, “ah, ya entiendo”. Eso les ayudó a ellos a ir bajando el nivel de ansiedad, de angustia, de rabia, de culpa. Les iba ayudando a decir: “Bueno, alguien en el mundo sí me puede entender aliguito”. Entonces creo que uno cumple una función como terapeuta TFE, una función temporal en ese sentido de comprender al otro... [La idea es] que posteriormente sea la pareja quien [se apropie de esa comprensión]. (EP-T2)

De acuerdo con Johnson (2009), reflejar y validar son dos técnicas que se usan en la TFE durante todo el proceso terapéutico, pero son particularmente fundamentales en la etapa de desescalamiento. Cuando la terapeuta refleja, esto estimula en cada integrante de la pareja el sentimiento de que hay un tercero que comprende su experiencia emocional, le presta atención y se enfoca en lo que está tratando de comunicar. Por otro lado, cuando se valida, es intencional que la terapeuta les deje saber a ambas partes de la pareja que sus experiencias y reacciones emocionales son legítimas y tienen sentido y razón de ser. Esto ayuda a bajar la tensión en la atmósfera de la terapia y a establecer una alianza terapéutica, en la que la empatía circule

en el sistema terapéutico y la práctica de técnicas y estrategias definidas redunden en aspectos clave para la reconexión emocional, el apego seguro y el perdón. Todos como parte de la circularidad favorecen un cambio positivo en la relación de la pareja.

Otro desafío consistió en la dificultad para lidiar con los avances y retrocesos de la pareja en el proceso terapéutico, como se muestra en el siguiente relato de la terapeuta 1: “El sentir que a veces avanzaban, pero luego a las dos o tres semanas retrocedían, entonces fue un poco inestable el proceso; iban bien, luego para atrás, luego muy bien y así” (EP-T1). La intensidad de las emociones en el escalamiento podría explicar este vaivén emocional, característico del constructo del perdón de la infidelidad conyugal. La teoría de la TFE indica que hay heridas de apego generales y heridas de apego traumáticas, como la que infringe la infidelidad (Johnson, 2008). De acuerdo con esto, se entiende que las parejas llegaron a la terapia en una escalada y por tanto la labor del terapeuta fue ayudarlos a desescalar. Se puede inferir que algunas intervenciones terapéuticas suponían alivio para la pareja, pero luego las emociones reactivas se ponían en juego en la cotidianidad, por cuanto su apego era aún inseguro. Las heridas de apego son “violaciones del contacto humano” (Herman, 1992, citado por Johnson, 2008) que intensifican el miedo, la impotencia y la frustración, las cuales dificultan la construcción de la confianza y la recuperación de la intimidad. Esto fue expresado por las terapeutas como un reto que tuvieron durante el proceso desarrollado.

La terapeuta 1 reconoció los siguientes recursos terapéuticos en el afrontamiento de dicho desafío:

La profundidad del trabajo con las emociones sensibles... como calmar la reactividad y no quedarse en la escalada de la pelea, de la incul-pación del otro. Como “yo te fallé porque tú eres muy cansona” o “yo te persigo porque tú eres un mentiroso e inmaduro”. Poder trabajarla no desde la reactividad, sino enfocarse en el verdadero miedo, y [ser el] uno para el otro. Y proveer más calor a los puntos suaves de cada uno, que los trae de atrás y ser sensible. “Ajá, ya sé de dónde vienes y puedo recibirte mejor”. (EP-T1)

Según Johnson (2008), el trabajo con las emociones sensibles es el corazón de la TFE, ya que mientras se reconocen y se validan las emociones secundarias (la rabia, la culpa, entre otras), lo que se hace con las emociones

sensibles, vulnerables o primarias (la tristeza, el miedo, el dolor) es explorar y ampliar la experiencia emocional que sucede en el presente, en el aquí y el ahora, durante la sesión terapéutica. De acuerdo con esto, las terapeutas comenzaron con la identificación y procesamiento de las respuestas emocionales que se enmascaran, por lo general, en posiciones estrechas y rígidas que mostraba cada integrante de la pareja. Esos pasos terapéuticos, la identificación y procesamiento de las emociones, facilitaron el camino para consolidar el constructo del perdón en la coconstrucción terapéutica del mismo, una vez que ya se había conformado el sistema terapéutico, y generaron en forma progresiva, a veces lenta por los vaivenes emocionales, el cambio de las posiciones iniciales hacia unas de mayor disponibilidad, receptividad e intencionalidad. Este cambio contribuyó a la creación de pilares sobre los que lograron recrear unos nuevos vínculos emocionales más estables entre ellos.

La otra técnica que fue de utilidad para enfrentar los desafíos mencionados, según la terapeuta 1, fue “la representación, muy clave para la sensibilización de ambos lados” (EP-T1). De acuerdo con Johnson (2008), esta es una técnica en la que una vez la emoción sensible o vulnerable ha sido ampliada y las necesidades de apego han sido identificadas, el terapeuta facilita que quien la vive pueda manifestarlas a su cónyuge. En este caso, fue utilizada principalmente para promover el involucramiento emocional. Acceder y ampliar las emociones sensibles significa que las parejas ya estaban desescaladas y por lo tanto la representación se utilizó en etapas más avanzadas de la terapia, cuando cada integrante trabaja en sus propias emociones y asuntos internos, pero en relación con el otro. De manera que cuando se lo expresa a su cónyuge, el uno ve al otro que es diferente. Si tenemos en cuenta que cada acción es motivada por una emoción (Maturana y Bloch, 1996), expandir las emociones más vulnerables favorece la expresión suave de estas, lo que a su vez tiene un impacto positivo en el sistema conyugal. Esto no se da de manera automática, sino dentro del proceso paulatino que implica una terapia por infidelidad.

A continuación, se presentan algunas evidencias del perdón en la terapia. Sin ánimo de ser exhaustivos, se encontró que para las terapeutas un elemento que evidenció cuándo el perdón estaba consolidándose fue el momento en que la infidelidad dejó de ser la protagonista en la terapia: “Cuando se habla más del presente que del pasado, ahí se empieza a evidenciar más el cambio y perdón como tal. Él ya se sentía perdonado y ella podía decir: ‘Ya te perdoné’” (EP-T1). De ahí que en un inicio el reclamo y las preguntas por

el involucramiento con una tercera persona eran traídos permanentemente por la persona herida. Ella necesitaba saber y comprender lo sucedido y obtener respuestas. Una vez que esta necesidad es trabajada en la terapia, la tercera persona involucrada y el evento de la infidelidad pierden centralidad y pueden dedicarse a trabajar en su relación en el presente.

La misma terapeuta planteó que otra forma en que se evidenció el perdón fue el surgimiento de una danza positiva en la pareja, caracterizada por la alegría, la capacidad de disfrutar con el cónyuge y principalmente la posibilidad de hacerse vulnerable y percibir una mayor capacidad de aceptación por parte del otro:

ya no era tan importante la historia como tal, sino lo que estaba pasando en su presente. La aparición de la alegría nuevamente, “puedo disfrutar contigo”. Cuando él pudo abrirse, ser más vulnerable y ella pudo evidenciarlo, eso le dio más tranquilidad. No quería una persona perfecta, quería una persona sincera. (EP-T1)

En las dos parejas del estudio se pudo identificar que la danza negativa durante la crisis de la infidelidad es lo que la TFE denomina *la danza de la polca* (Johnson, 2009), la cual es un baile o ciclo negativo en el que uno de los integrantes de la pareja, en este caso la esposa herida, asume actitudes de controlar, preguntar obsesivamente, observar y algunas veces espiar a su cónyuge. Por el otro lado, el ofensor asume una actitud de evitar a su esposa, no contestar a sus preguntas, tratar de minimizar lo ocurrido. Los dos roles, el de *perseguidora* y el de *evitador* (palabras con que los denomina la TFE), son movidos por el dolor y la inseguridad en el otro y en la relación. Esta explicación es necesaria para comprender que en plena danza de la polca no es posible ser vulnerable, de ahí que según Johnson (2008) la función de la terapeuta es crear un sistema que facilite la expresión de la vulnerabilidad y de esta manera movilice sentimientos de esperanza, construya la confianza y la aceptación mutua, y promueva un nuevo ciclo o danza positiva en la pareja.

En síntesis, otra faceta o parte constitutiva de la coconstrucción del perdón por la infidelidad conyugal estuvo representada en el sistema terapéutico por los desafíos; los más exigentes fueron las emociones que acompañaron la escalada de la pareja, a saber: la ansiedad versus la desesperanza, y la ira versus el miedo. Estas emociones retaron a las terapeutas en el afrontamiento de tales desafíos, al punto de movilizar en ellas una posición

reflexiva, aspecto propio de una perspectiva sistémico-constructivista en la cual está inscrita la TFE. Se encontró que las terapeutas respondieron a tales desafíos con los recursos del modelo seleccionado para tal trabajo; se destacan las técnicas de reflejar y validar, y la estrategia de trabajar con las emociones sensibles o vulnerables. El perdón en el sistema terapéutico se evidenció en la pérdida de la centralidad de la infidelidad en las vidas de las parejas a cambio del protagonismo de su relación en el presente, y en el cambio del patrón relacional negativo hacia uno más constructivo; en otras palabras, la transición de una danza negativa (la polca) a otra danza más positiva y armónica.

Conclusiones

A partir de los hallazgos presentados en este capítulo, podemos concluir que las vivencias como la infidelidad conyugal afectan de manera importante la relación de la pareja, y que sus integrantes pueden hallar salidas o respuestas a su situación cuando afrontan tal vivencia con la búsqueda de una ayuda terapéutica como la ofrecida por un modelo que integra lo intrapsíquico con lo interpersonal, el cual está representado por la TFE. Se encontró que el perdón es parte de la respuesta a la crisis emocional y relacional generada por la infidelidad, tanto desde las parejas como desde la terapia, y que se configura en un proceso de coconstrucción en el sistema terapéutico.

Igualmente, el perdón en la terapia incluyó varios aspectos que permitieron a las parejas la reconexión emocional, la cual les proporcionó la recuperación de la tranquilidad perdida y la libertad, y movilizó la relación de pareja de una situación idealizada a una realista y más auténtica, en donde la vulnerabilidad, es decir, poder mostrarse frente al otro tal y como es, sin máscaras, fortaleció la seguridad en la relación y posibilitó la reconexión relacional.

El perdón por la infidelidad conyugal ayudó a resignificar el evento mismo, en tanto les facilitó repensarse y reconstruirse. Después del estrés, el sistema conyugal experimentó un crecimiento en el que cada integrante de la pareja identificó en el transcurso de la terapia diferentes expectativas sobre el otro que eran irreales, como la idealización del cónyuge tanto en las dinámicas relacionales de la pareja como en sus interacciones sociales. Las parejas participantes en el estudio mostraron que el perdón por la infidelidad tuvo para ellas un significado tan relevante que pensar en olvidar esta vivencia

sería eliminar el poder de aquello que les permitió reconciliarse y construir una nueva y mejor conexión emocional y relacional. El recuerdo no se enfoca en la infidelidad, sino en los beneficios del perdón, como la tranquilidad emocional, el sosiego y la armonía después del caos vivido. Así, cuando se ha sido consciente del daño causado, cuando se ha logrado perdonar y liberarse de la rabia, el rencor y la venganza, el perdón es digno de ser recordado.

El constructo del perdón se dio en medio del vaivén emocional de las parejas, lo cual hizo parte de la escalada relacional de estas; se vio reflejado en avances y retrocesos en el proceso terapéutico. La terapia se caracterizó por la desesperanza y el miedo en quienes cometieron la infidelidad, así como la ansiedad y la ira en las personas heridas, lo que constituyó un desafío para el sistema terapéutico. El enfoque de la TFE proporcionó recursos y herramientas a las terapeutas para abordar dichos desafíos y crear un clima empático. Otro recurso fue facilitar la representación, es decir, comunicarle al cónyuge sus emociones más vulnerables y sus necesidades de apego en un espacio seguro. Dicho trabajo en el sistema terapéutico permitió evidenciar el perdón en cuanto a que el centro del diálogo y de la terapia dejó de ser la infidelidad o la tercera persona involucrada para empezar a ser ellos mismos como pareja en su presente, así como los cambios en emociones y actitudes del uno hacia el otro.

Se espera que los resultados referidos a la experiencia del perdón de la infidelidad conyugal como coconstrucción terapéutica sean de utilidad en el campo terapéutico y en el investigativo, y ubiquen la TFE como uno de los enfoques de terapia que contribuye en el afrontamiento de situaciones problemáticas y críticas generadas por la infidelidad en la pareja.

Referencias

- Agudelo, M. E., Anderson, M. T. y Duque, S. M. (2009). *Significados de la infidelidad, sus efectos y la manera como la afrontan algunos residentes del Área Metropolitana del Valle de Aburrá* (tesis de especialización). Universidad de Antioquia.
- Aponte, H. (1998). Love, the spiritual wellspring of forgiveness: an example of spirituality in therapy. *Journal of Family Therapy*, 20(1), 37-58.
- Babbie, E. (2000). *Fundamentos de la investigación social*. Thomson.

- Beltrán-Morillas, A. M., Valor-Segura, I. y Expósito, F. (2015). El perdón ante transgresiones en las relaciones interpersonales. *Psychosocial Intervention*, 24(2), 71-78. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.05.001>
- Caillé, P. (1992). *Uno más uno son tres*. Editorial Paidós.
- Camacho, J. (2004). *Fidelidad e infidelidad en las relaciones de pareja*. <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo42.pdf>
- Campo, C. (2007). Infidelidad conyugal: Dificultades de manejo en la terapia de pareja. Propuesta de un modelo de intervención. *Sistemas familiares y otros sistemas humanos*, 23(2), 29-43.
- Coddou, F. y Méndez, C. L. (2002). *La aventura de ser pareja*. Editorial Grijalbo.
- Cuéllar, L. P. y Ramírez, R. (2020). *El perdón en la reconexión emocional y relacional donde hubo infidelidad en parejas que asistieron a terapia focalizada en emociones (TFE)* (tesis de maestría). Universidad Pontificia Bolivariana.
- Di Giacomo, M. (2016). *El perdón entendido como nuevo nacimiento*. *Apuntes Filosóficos*, 25(49), 146-171.
- Fife, S. T., Weeks, G. R. y Stellberg-Filbert, J. (2013). Facilitating forgiveness in the treatment of infidelity: An interpersonal model. *Journal of Family Therapy*, 35(4), 343-367. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00561.x>
- Galindo, J. (2002). *Understanding the construct of Forgiveness: An Empirical Study*. A Clinical Dissertation. Alliant International University.
- Giraldo, M. y Garcés, M. (2012). *Los significados que sobre la infidelidad construyen los consultantes del Centro de Familia Santamaría de la Congregación Mariana de la ciudad de Medellín* (tesis de maestría). Universidad Pontificia Bolivariana.
- Guzmán, M. (2010). El perdón en relaciones cercanas: Conceptualización desde una perspectiva psicológica e implicancias para la práctica clínica. *Psyche*, 19(1), 19-30. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n1/art04.pdf>
- Guzmán, M., Santelices, M. P. y Trabucco, C. (2015). Apego y perdón en el contexto de las relaciones de pareja. *Terapia Psicológica*, 33(1), 35-45. <https://doi.org/10.4067/s0718-22282010000100002>
- Jankélévitch, V. (1999). *El perdón*. Editorial Seix Barral S.A.
- Johnson, S. (2005). Broken Bonds: An EFT approach to infidelity. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 4(2/3), 17-29. <http://www.haworthpress.com/web/JCRT>
- Johnson, S. (2008). *Práctica de la terapia matrimonial concentrada emocionalmente: creando conexiones*. Taylor & Francis Group, Ed.
- Johnson, S. (2009). *Abrázame fuerte*. Ediciones Urano S.A.
- López, O. (2011). *Estudio preliminar sobre sistema de creencias en familias de origen antioqueño* (tesis de maestría). Universidad Pontificia Bolivariana.

- Makinen, J. y Johnson, S. (2006). Resolving Attachment Injuries in Couples Using Emotionally Focused Therapy: Steps Toward Forgiveness and Reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1055-1064. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1055>
- Manrique, R. (1996). *Sexo, erotismo y amor: Complejidad y libertad en la relación amorosa*. Ediciones Libertarias/Prodhufo, S.A.
- Marín, E. (2014). *La locura de la infidelidad*.
- Maturana, H. y Bloch, S. (1996). *Alban Emoting. Respiración y emoción, bailando juntos*. Dolemen Ensayo.
- Nieves, G. (2017). *El perdón y la justicia desde los griegos hasta los pueblos indígenas de los Andes*. Universidad Nacional de Chimborazo. https://www.academia.edu/16108180/El_perd%C3%B3n_en_las_religion_del_mundo
- Ricoeur, P. (2010). *La memoria, la historia, el olvido*. Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Rizzolatti, G. y Sinigaglia, C. (2006). *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. Ediciones Paidós Ibérica.
- Spring, J. A. (2015). *Después de la infidelidad*. Harper Collins.
- Stake, R. E. (2007). *Investigación con estudios de caso*. Ediciones Morata, S.L.
- Terapia focalizada en emociones. Primer entrenamiento, Costa Rica. (2016). San José de Costa Rica: San Francisco Center for Emotionally Focused Therapy y TFE Costa Rica.
- Worthington, E. (2005). Initial Questions about the Art and Science of Forgiving. En E. Worthington (Ed.), *Handbook of forgiveness* (pp.1-14). Taylor and Francis Group.

Capítulo 10. Aportes de la terapia familiar en el acompañamiento del cuidado paliativo domiciliario

Gloria Yaneth Martínez Soto¹

Resumen

La presencia de una persona con una enfermedad potencialmente mortal es un acontecimiento que altera la estabilidad e integridad del entorno familiar. Este capítulo forma parte del estudio denominado “Aportes de la terapia familiar al cuidado paliativo domiciliario en los procesos de acompañamiento de la persona enferma y su familia. Estudio documental entre los años 2000 – 2017”. Se trata de un estudio social cualitativo, hermenéutico y documental, desarrollado a través de la revisión documental y la entrevista a expertos. Los memos analíticos y las matrices apoyaron la sistematización y el análisis de la información, mediante la cual se identificaron algunas necesidades de la persona enferma y su familia durante el proceso de la enfermedad terminal. Se pretendió construir algunos lineamientos como herramientas para el terapeuta de familia, el personal de salud y aquellos interesados en el tema, lo que visibiliza y contribuye a la comprensión de los aportes de la terapia familiar en el acompañamiento de los cuidados paliativos. Lo anterior está en concordancia con la normatividad vigente, que considera la atención integral del paciente, reconoce la importancia de acompañar a la familia y favorece el contexto domiciliario como elemento potenciador, desde una atención humanizada que impacte la calidad de vida del paciente y su familia hasta el final.

Palabras clave: terapia familiar, cuidados paliativos, medicina domiciliaria, familia, enfermedad potencialmente mortal.

¹ Abogada de la Universidad de Antioquia. Especialista en Derecho de los Negocios de la Universidad Externado de Colombia. Especialista en Familia y magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Directora administrativa en Saludtrec IPS Medicina Domiciliaria. Correos electrónicos: ymarso@gmail.com; administracion@saludtrec.co

Introducción

Aliviar el dolor físico no es el único objetivo de los cuidados paliativos, también lo es acompañar a la persona enferma y a sus familiares para mitigar el sufrimiento psicosocial y emocional. Por tanto, se hace necesaria la implementación de políticas que reconozcan la importancia de la asistencia paliativa en el cuidado de pacientes con una enfermedad potencialmente mortal y faciliten la disposición de los recursos para brindar los servicios requeridos, además de la capacitación para los profesionales y familiares que forman parte inherente en el proceso de la enfermedad (OMS, 2014b). En Colombia, existe la Ley Consuelo Devis Saavedra o Ley 1733 del 8 de septiembre de 2014, con el fin de posibilitar una adecuada estructuración, regulación, integración e implementación de los cuidados paliativos en el sistema de salud y el abordaje desde diferentes disciplinas y actividades de apoyo terapéutico (Congreso de la República de Colombia, 2014).

De acuerdo con Hernández-Grosso (citado en Villate, 2016) y con datos de Mutual Ser EPS (2016), en Colombia cerca de ciento veinte mil personas padecen enfermedades terminales y el sesenta y seis por ciento muere a causa de enfermedades crónicas, sin contar con una adecuada atención en cuidados paliativos, lo que puede ocasionar gran sufrimiento tanto al paciente como a su familia. La atención en cuidados paliativos es un reto que supone la participación desde los ámbitos asistencial, legal y social, con el propósito de garantizar la calidad de vida del paciente terminal y el derecho a una muerte digna. En la actualidad, los cuidados paliativos, entendidos como el alivio del dolor en todas las esferas de la vida del individuo, han sido abordados por la medicina paliativa y otras disciplinas, como enfermería, trabajo social, psicología, psiquiatría, entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

El estudio “Aportes de la terapia familiar al cuidado paliativo domiciliario en los procesos de acompañamiento de la persona enferma y su familia. Estudio documental entre los años 2000 – 2017” propuso ampliar el campo de la terapia familiar en la integración de los cuidados paliativos validados en la normatividad colombiana. Y procuró identificar nuevas y distintas opciones en la atención y acompañamiento que puede brindarse a la persona con una enfermedad potencialmente mortal y a su familia en un entorno domiciliario. La implementación de estrategias planteadas por dichas áreas de trabajo aporta elementos conceptuales y metodológicos.

Los antecedentes encontrados como resultado de la revisión documental fueron seleccionados por su valor y pertinencia respecto al tema que se focaliza en el presente capítulo. Se realizó una revisión del estado actual de las investigaciones, principalmente en español, definidas bajo la integración de tres categorías: terapia familiar, cuidado paliativo y medicina domiciliaria. Y se encontraron veinticinco artículos, los cuales se clasificaron de acuerdo con dos criterios fundamentales: la temporalidad y la procedencia. En cuanto a la temporalidad, diecinueve artículos son inferiores a diez años y seis son superiores a diez años. Con respecto a su procedencia, once artículos provienen de ámbitos internacionales, ocho son latinoamericanos y seis se refieren a Colombia.

En general, los documentos hallados ubican solo dos de estas tres categorías al tiempo, y en cuanto a la medicina domiciliaria y la terapia familiar no se encontraron resultados. Los distintos antecedentes sitúan en el ámbito internacional a España como líder tanto en el cuidado paliativo en el domicilio como en la integración de la terapia familiar en el cuidado paliativo, y a Brasil en el ámbito latinoamericano. Si bien la terapia familiar aparece en los cuidados paliativos, esto ocurre de una forma implícita en la mayoría de los antecedentes hallados. Al revisar las categorías que se privilegiaron en esta búsqueda y su análisis en los artículos revisados se registra el cuidado paliativo como intersección entre la terapia familiar y la medicina domiciliaria, por encontrarse la atención integral al final de la vida indicada como un derecho de todo paciente.

Esta idea se sustentó en el trabajo desarrollado por la investigadora durante más de diez años en el área de medicina domiciliaria. Los profesionales en salud reportan diferentes comportamientos, emociones e ideas que observan en el paciente y su familia ante la enfermedad terminal y el tratamiento y desenlace de la misma, lo cual incrementó un interés ético-personal que se fortaleció durante la formación como terapeuta. La pregunta es respecto a cómo las familias afrontan la enfermedad terminal de un ser querido y los significados que puede tener la misma para los propios pacientes, escenario en el cual la terapia familiar podría hacer aportes que se avizoran como prometedores.

En la literatura revisada no se encontró suficiente evidencia de cómo la terapia familiar acompaña, apoya o participa en este proceso del tratamiento del dolor ante la enfermedad terminal y su incidencia en la familia. Se infiere la presencia de un acuerdo generalizado acerca de que la familia es una red de

apoyo fundamental en esta transición y la importancia del acompañamiento emocional a quienes forman parte de ella durante el proceso de enfermedad y después de la muerte de uno de sus integrantes. Se espera a partir del estudio documental presentado apreciar las oportunidades de integración de la terapia familiar y el cuidado paliativo domiciliario, y contribuir no solo al buen morir en cuanto al proceso de una muerte digna, sino también a vivir hasta el final en compañía de la familia.

En cuanto a los referentes conceptuales del estudio, la terapia familiar es entendida por Minuchin (2005) como una teoría fundamentada en la naturaleza social del ser humano, de acuerdo con la cual el ser humano no se concibe como un individuo aislado; por el contrario, se define dentro de un grupo social del que es miembro activo, por lo que sus experiencias y percepciones están ligadas tanto a elementos internos como externos. Así, al momento de abordar a un individuo es necesario evaluar su situación en contexto y comprender su papel dentro de un todo, la familia y su interacción con el medio, en lugar de solo su mente intrapsíquica. Entre los distintos enfoques se destacan: la teoría sistémica del grupo de Milán, con la resignificación de la importancia del paciente y el uso del equipo terapéutico (Boscolo y Bertrando, 2006); la cibernética, con el establecimiento de un contexto terapéutico de diagnósticos familiares (Eguiluz, 2004); el enfoque constructivista, definido en un ámbito psicológico que presenta apertura al pensamiento personal e individual; el enfoque construccionista con su perspectiva social, que da prelación al pensamiento cooperativo y social, enfatizado en elementos lingüísticos que posibilitan la reconstrucción de significados (Agudelo-Bedoya y Estrada-Arango, 2012), y la terapia narrativa, basada en la idea de que las experiencias adquieren sentido al organizarse en narraciones (Tarragona, 2006) cuando las familias cuentan y dan significado a sus historias.

Igualmente, se retoma el concepto de cuidado paliativo hospitalario como aquel que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares cuando afrontan problemas de orden físico, psicosocial o espiritual, inherentes a una enfermedad potencialmente mortal (OMS, 2014a). A su vez, procura apoyar a las familias que afrontan esta situación (Llauradó Sanz, 2014). En la actualidad, esta especialidad médica contempla la presencia de profesionales en el área que mantengan relaciones de cooperación con el paciente y la familia, e involucra nuevos elementos de orden psicosocial. Es de destacar que su proceso de estructuración ha sido gradual y planteado desde múltiples perspectivas, de conformidad con las distintas transforma-

ciones del proceso de morir, que ha incluido una connotación de rituales religiosos y culturales, a partir de los cuales surge el concepto de hospicios y posteriormente el de cuidados paliativos.

En cuanto al cuidado del enfermo en el hogar, esta práctica se aborda desde la medicina domiciliaria, de la cual España ha sido un referente con la implementación del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) desde la década de los setenta, dirigida en un comienzo a suplir las necesidades de servicio asistencial a ancianos y con el consecuente desarrollo de la ayuda a domicilio entre las prestaciones básicas ofrecidas (Rodríguez *et al.*, 2012). Este tipo de atención es descrita en Colombia en la Resolución 5261 de 1994 y en el artículo 4, numeral 6 del Acuerdo 029 de 2011 (Comisión de Regulación en Salud [CRES], 2011; Ministerio de Salud, 1994), los cuales la definen como aquella atención extrahospitalaria realizada con el objetivo de brindar solución a los problemas médicos de un individuo desde el domicilio y que involucra profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud, y la familia.

La revisión de los antecedentes y el acercamiento a los referentes conceptuales motivaron el interés por responder los siguientes interrogantes: ¿qué aporta la terapia familiar al cuidado paliativo domiciliario cuando la persona presenta una enfermedad potencialmente mortal?, ¿de qué manera la acompaña la terapia familiar a ella y a su familia en el proceso? Para ello, se estableció como objetivo general comprender los aportes de la terapia familiar al cuidado paliativo domiciliario en los procesos de acompañamiento de la persona enferma y su familia. Este capítulo buscará dar respuesta a los interrogantes mencionados.

Metodología

Este estudio fue realizado en la Maestría en Terapia Familiar como trabajo de grado en el año 2019 y también se constituyó en un requisito de la certificación New Palex de la fundación española New Health Foundation. Fue de tipo cualitativo, la cual aborda las realidades subjetivas e intersubjetivas como objetos legítimos de conocimientos científicos, busca comprender las lógicas de pensamiento que guían las acciones sociales (Galeano, 2004). Así, las categorías de interés (terapia familiar, cuidado paliativo y atención domiciliaria) fueron consideradas como un todo con un enfoque inductivo; es decir, las comprensiones en el proceso investigativo partieron de las pautas de la información generada y no de la evaluación de modelos, teorías o hipótesis.

El enfoque metodológico que orientó el proceso fue el hermenéutico, “que hace explícita y directa la interpretación de textos, material literario o del significado de la acción humana, pretendiendo descubrir significados, pero conservando la singularidad” (Galeano y Vélez, 2002). Fue pertinente dado que se realizó una comprensión profunda de la información generada a partir de fuentes documentales, a fin de establecer interrelaciones entre las categorías definidas en un contexto social y con una clara interacción de la experiencia.

Como estrategia metodológica se empleó la investigación documental para desarrollar una revisión sistemática y detallada de la literatura y de las investigaciones sobre el objeto de estudio. Las estrategias de búsqueda incluyeron exploración en bases de datos y repositorios (Ebsco Host, Science Direct, Scopus, Sprynger, Gale Cengage Learning, Red Line, Biblioitechnia, Embase, Dialnet, Doaj, Google Académico, Pubmed, Redalyc y Scielo), y en catálogos físicos y virtuales de bibliotecas, y la utilización de buscadores especializados mediante la articulación de conceptos clave a través de operadores booleanos y el uso de filtros, como tipo de documento o año, para la exclusión de documentos no relevantes y la inclusión de documentos pertinentes y vigentes respecto al año de elaboración del estudio, y fiables para los objetivos de la investigación. Se revisaron más de cien artículos mientras se acotaba el objeto de investigación; finalmente se eligieron veinticinco artículos académicos que cruzaban al menos dos de las tres categorías definidas. Es así como la revisión documental se constituyó en la técnica principal de este estudio, en la que se incluyeron investigaciones, artículos de revistas, libros y tesis de grado de maestría y doctorado, alrededor de los aportes de la terapia familiar sistémica en cuanto al acompañamiento a las familias frente a los cuidados domiciliarios de las personas con enfermedades potencialmente mortales. Se tiene presente también que incluso la legislación colombiana considera los cuidados paliativos como un derecho del paciente en fase terminal. Todo lo anterior con el objetivo de establecer precedentes teóricos para el planteamiento de la terapia familiar como elemento integrado a los procesos de cuidado paliativo domiciliario.

Por su parte, fueron cinco las personas entrevistadas, cuya trayectoria se describe a continuación y que en adelante se nombrarán así: Participante 1: trabajador social, especialista en Trabajo Social Familiar y magíster en Terapia Familiar con experiencia de más de veinticuatro años en un entorno intrahospitalario atendiendo a familias y pacientes con distintos diagnósticos (crónicos, progresivos, avanzados y terminales). Participante 2: médico

especialista en Cuidados al Final de la Vida, con una experiencia de más de quince años en el acompañamiento del paciente y su familia en la fase final de la enfermedad terminal en un entorno domiciliario. Participante 3: psicólogo especialista en Psicología Aplicada a la Salud con investigaciones en la clínica de la enfermedad, la muerte y el duelo, con experiencia de más de tres años en cuidado paliativo domiciliario. Participante 4: licenciado en Filosofía y Pedagogía, y teólogo, con experiencia en cuidados paliativos inferior a un año, aunque superior en acompañamiento espiritual a familias. Participante 5: auxiliar de Enfermería y trabajador social, con experiencia en cuidados paliativos inferior a un año, pero superior en acompañamiento familiar desde la práctica como auxiliar de Enfermería.

Es así como, la entrevista se concibió como técnica complementaria para la generación de información, en aras de ampliar y precisar conceptos y estrategias metodológicas referidos a la articulación de la terapia familiar a los procesos de cuidado paliativo en casa de personas con una enfermedad potencialmente mortal y sus familias, así como los relacionados con el lugar del terapeuta de familia en dicho escenario.

El diseño del estudio comprendió la formulación del problema, las fases, la selección de fuentes, las técnicas, el plan de análisis y la validación (Galeano y Vélez, 2002). Se partió de la acotación del objeto de investigación con el fin de precisar el alcance y las categorías de análisis, de lo que resulta la integración de la terapia familiar al cuidado paliativo y la atención domiciliaria. Al realizar la exploración de antecedentes, se sistematizó la información mediante una matriz, se elaboraron fichas de contenido, pasando así a la fase de definir las categorías a cruzar y la perspectiva temporal de diez años, aunque sin descartar autores representativos que no se ajustaran al criterio de la temporalidad definida. Con los objetivos planteados, se describieron asociaciones o interrelaciones entre las categorías, todo ello a partir de una interpretación hermenéutica de la información generada, teniendo en cuenta la revisión documental, el análisis de contenido y la validación mediante entrevista a expertos.

Frente a las consideraciones éticas, el presente estudio tuvo como principios la integralidad, que enmarca los derechos de autor y el reconocimiento a los mismos de acuerdo con la normatividad establecida; el contexto, que revisa las estrategias de acceso a la información, conforme con los contextos social y político; el retorno, que pretende la socialización de la investigación y sus hallazgos, a fin de aportar avances respecto a la temática estudiada,

y el consentimiento informado, por el cual se comunicó de forma escrita la intencionalidad de la información recolectada a quienes participaron en la entrevista a expertos (Galeano, 2004).

Hallazgos y análisis

Para el alcance de los objetivos del estudio se establecieron tres categorías: terapia familiar, cuidado paliativo y atención domiciliaria, las cuales fundamentaron los alcances teóricos de la investigación. Si bien estas presentan por sí solas elementos de interés en torno a la vivencia y el impacto familiar de la enfermedad, fue necesario plantear un cruce de categorías que delimitó los aspectos comunes entre estas y permitió definir los enfoques, dado que se pretendió establecer el abordaje del cuidado paliativo desde aspectos psicosociales y familiares en situación de enfermedad en el ámbito domiciliario. Más adelante se nutren las mismas categorías con los relatos de los expertos participantes. Los elementos de análisis derivados del cruce de categorías se ilustran a continuación.

Figura 3. Relación del sistema categorial mediante diagrama de Venn



Dolor, muerte y cuidados al final de la vida

El proceso de afrontamiento ante la muerte y ante la enfermedad es indiscutiblemente individual y ligado a las condiciones de vida y características personales de cada paciente. Doka (2009) señala que el concepto de una muerte apropiada varía significativamente de paciente a paciente, puesto que los modos de respuesta y reacción ante la muerte son individuales. Además, los elementos emocionales, físicos, conductuales, cognitivos y espirituales complejos, tanto en la fase diagnóstica como en la fase crónica de una enfermedad terminal, son comunes e incluyen manifestaciones que pueden incidir significativamente en la calidad de vida y derivar en efectos colaterales del tratamiento o de la enfermedad.

En Colombia, los servicios en cuidados paliativos se encuentran integrados al ordenamiento jurídico mediante la aprobación de la Ley Consuelo Devis Saavedra o Ley 1733 del 8 de septiembre de 2014 (Congreso de la República de Colombia, 2014), para el manejo integral de pacientes con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles. El fin es mejorar la calidad de vida tanto para ellos como para sus familias, por medio de un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas.

Acompañamiento psicosocial

Para Merchán-Espitia (2012), las múltiples implicaciones del proceso de afrontamiento de una enfermedad terminal y el tratamiento y atención a los pacientes y sus familias no pueden limitarse a aliviar solo los síntomas físicos. Por el contrario, debe orientarse a subsanar también los aspectos psicosociales inherentes a la enfermedad, de tal forma que se ofrezca una alternativa de afrontamiento en el proceso de enfermedad y muerte para la persona enferma y sus familiares, puesto que se ven abocados a adaptarse a las nuevas condiciones y a hacer uso de las ayudas que ofrezcan bienestar al paciente en su fase final.

Para Beyebach (1995) la respuesta terapéutica dada a las situaciones de enfermedad terminal y muerte debe representar un apoyo real no solo para los enfermos, sino también para sus familias. La muerte es una experiencia radical y trascendental tanto en la vida de una persona como en su círculo familiar, y la intervención del profesional puede tener efectos diferenciales de orden positivo sobre estos.

Atención en el hogar desde el cuidado paliativo

Una preocupación adicional frente al cuidado paliativo es la intimidad del enfermo y la relación de proximidad que debe establecerse entre este, el personal médico y la familia; es decir, la necesidad de guardar un espacio íntimo, tanto en lo físico como en lo relacional, dispuesto únicamente para el cuidado (Buisán y Delgado, 2007). En este sentido, la medicina domiciliaria es un referente, dado que busca garantizar el cuidado al individuo, al tiempo que ofrece un ambiente que propicia la intimidad y la calidad de vida en un entorno favorecedor que involucra la familia.

Si bien no existen referentes exclusivos que den cuenta de la atención domiciliaria en el ámbito del cuidado paliativo, la posibilidad de atender al enfermo terminal desde el hogar en muchos sentidos favorece y dignifica el proceso de morir, y proporciona cierta continuidad a la vida cotidiana. La atención domiciliaria es factible en tanto los profesionales sean partidarios de esta modalidad y exista un adecuado control de síntomas y capacitación a los cuidadores. Es relevante que el paciente cuente con un espacio físico apropiado, con condiciones de salubridad mínimas en el domicilio, y disponga de alguna red de apoyo.

Familia y enfermedad: vínculos con la terapia familiar

Ackerman (1990, citado por Doka, 2009) señala que desde el punto de vista adaptativo, la respuesta ante la aparición de una enfermedad varía en el entorno familiar e individual, por lo que las estrategias de afrontamiento deben modificarse conforme a las necesidades específicas; es en este punto donde la intervención del terapeuta resulta significativa. Así, el trabajo del terapeuta de familia requiere integrar de forma armónica las experiencias en relación con el proceso de la enfermedad, que surgen de manera individual en una contextualización colectiva, en la cual la familia adquiere mayor relevancia (Covarrubias, 2006). Ante la enfermedad del ser querido y su posible fallecimiento, la estructura y la dinámica familiar cambia y los roles y relaciones se ven modificados a nuevos patrones y situaciones.

Tras el conocimiento del diagnóstico, las fases de afrontamiento vivenciadas por el paciente son solapadas en la familia y son también visibles en cada uno de los integrantes. De allí la importancia de la interacción con un profesional que procure la comprensión y la aceptación de estas, no solo desde el individuo, sino respecto a toda la familia (Espina, 1995). En

este sentido, la terapia familiar facilita que el enfermo pueda sobrellevar la enfermedad, en particular si es terminal, así como también favorece la adaptación a las dinámicas e interacciones familiares en una situación tan traumática como lo es la aparición de la enfermedad (Gómez Calle, 2002). Las dinámicas familiares pueden estar sujetas a otros elementos clave como el ciclo evolutivo del enfermo, el cual condiciona el nivel de impacto (estructural o emocional) que pueda darse en la familia.

Atención en el hogar desde la terapia familiar

Si bien la terapia familiar en el entorno domiciliario no es muy conocida, algunas menciones de autores permiten inferir su aplicabilidad en el acompañamiento a la familia en situaciones que involucran algún integrante de la familia enfermo. Ackerman (1995) en *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares* menciona de forma general la práctica de la terapia familiar en el domicilio y plantea que no siempre el entorno hospitalario (sea médico o psiquiátrico) es adecuado para la intervención del terapeuta familiar, en tanto el paciente no se halla en su espacio social natural y, por ende, no puede contar con el apoyo familiar que procure su pronta recuperación. Su presencia en el establecimiento hospitalario puede estar condicionada por la normatividad y las regulaciones dictaminadas por el centro médico.

Adicionalmente, Navarro-Góngora (1992) presenta algunos programas para familias en las últimas etapas de la vida. Así, expone que la etapa final de la vida conlleva una serie de cambios y situaciones críticas que terminan por afectar el núcleo familiar, por lo cual cualquier intervención desde la terapia familiar en esta etapa debe tener como objetivos el aumento de la capacidad de apoyo mutuo de la red existente y la creación de nuevas redes de apoyo, en las cuales tanto el individuo que afronta esta etapa como su familia desempeñan un papel fundamental. También resulta pertinente destacar el trabajo desarrollado por Seikkula y Olson (2003), con el llamado enfoque adaptado a las necesidades, y a partir de esa experiencia el diálogo abierto (DA) (Seikkula y Trimble, 2005). Ambos se constituyen en ejemplos documentados de la eficacia del apoyo psicosocial y familiar en casa al fundamentar diferentes enfoques contemporáneos de la terapia familiar como estrategia curativa y de acompañamiento para distintas situaciones traumáticas. La terapia familiar interviene a la familia y a las redes sociales, especialmente en los hogares, por medio del diálogo como la mejor forma de superar tales situaciones.

Desde la revisión documental se encontraron diferentes herramientas para el acompañamiento de la persona enferma y su familia. Así, con un enfoque centrado en los cuidados paliativos desde el domicilio, Fornells (2000) plantea el hogar como el ambiente adecuado para atender las necesidades que presenta el enfermo. Tejeda Dilou (2011) establece la importancia de la familia en el bienestar emocional y psicológico del paciente, al señalar esta como un agente terapéutico en los cuidados paliativos. Para Reigada *et al.* (2014) es fundamental que la familia reciba información, apoyo y educación en el cuidado de un familiar con una enfermedad potencialmente mortal, lo que reivindica la función cuidadora de la familia ante esta situación. Por su parte, Rojas Posada (2008) contempla la posibilidad de terapias complementarias en los cuidados paliativos y destaca la relevancia de la familia durante la enfermedad, la muerte y el duelo.

Rolland (2000) describe un modelo sistémico de la enfermedad que permite comprender sus implicaciones a lo largo del tiempo en los procesos familiares, y destaca el ciclo de vida y los sistemas de creencias como elementos fundamentales a considerar.

Para Espinar (2012) la familia y el paciente constituyen una unidad, ambas partes son objeto de atención y, por tanto, uno de los instrumentos básicos en la terapia paliativa debe ser la comunicación entre el paciente y su familia, y a la vez con el terapeuta. La comunicación asertiva en la familia crea un entorno de honestidad, confianza y ayuda al enfermo en su experiencia frente a la muerte con dignidad. Así mismo, permite construir con la familia herramientas para la adaptación a los nuevos cambios que trae consigo la presencia de una persona enferma.

De acuerdo con los resultados del estudio, se considera necesaria la incorporación del terapeuta familiar al equipo de cuidados paliativos domiciliarios, teniendo en cuenta que la interdisciplinariedad proporciona un tratamiento integral al paciente y da un lugar a la familia en la vivencia del proceso de la enfermedad, con un aspecto favorecedor: la validación desde algunos postulados normativos. Es importante conocer y comprender las emociones, la forma de pensar y de relacionarse el paciente y su familia; en este sentido, el terapeuta puede apoyar en el manejo de conflictos y dificultades que se presentan en el proceso (Rojas Posada, 2008), y es precisamente allí donde tiene mayor oportunidad de intervención.

Además de lo encontrado en la revisión documental, las narrativas de los expertos participantes que han acompañado a la persona enferma y su familia, tanto en el ámbito intrahospitalario como domiciliario, aportan a la comprensión de la vivencia de la enfermedad terminal. Converge entre los participantes ser profesionales de distintas disciplinas, como trabajo social, medicina, psicología, filosofía y teología, y su experiencia entre uno y veinticuatro años de trabajo en esta área.

Algunos participantes expresan que cuando un individuo afronta una enfermedad potencialmente mortal, se genera en consecuencia el deterioro en su calidad de vida y de las personas que le rodean, especialmente su familia. A su vez, se considera que el proceso de afrontamiento de tal situación abarca no solo un ámbito físico, sino también otras esferas de la vida del paciente, que incluyen aspectos psicológicos, psicosociales, espirituales, afectivos, emocionales, relacionales, entre otros, y que se manifiestan también en sus familias. Así, en el proceso de la enfermedad potencialmente mortal, el acompañamiento y la participación de la familia es un pilar fundamental para lograr los objetivos que se plantean en el cuidado de la persona enferma, como lo ilustra el siguiente relato:

Es muy claro que los cuidados paliativos a nivel domiciliario mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se están enfrentando a problemas asociados a esa enfermedad que es amenazante para la vida. Es muy valioso, muy pertinente [...] que ellos sepan que se le está dando alivio al sufrimiento, en algunos casos previniendo el sufrimiento, porque al darse claridad de varios aspectos, se convierte en preventivo. (Participante 3)

Igualmente, en algunas narrativas aparece que la persona enferma debería recibir atención del terapeuta de familia que forma parte del equipo interdisciplinario, para facilitar que la comunicación en el binomio paciente-familia esté enfocada en el tratamiento pertinente e integral que deba surtirse en los cuidados hasta el final de la vida, y que dicha comunicación responda a las necesidades y expectativas de todos los participantes. Así, los cuidados paliativos se homologan a la creación de un contexto de intervención psicosocial, que debe incluir el abordaje de complicaciones biológicas, afectivas y sociofamiliares que pudieran presentarse, ofrecer a los pacientes y sus familias alternativas para mitigar el dolor y el sufrimiento, y proporcionar apoyo espiritual y emocional. Con las siguientes palabras lo plantea uno de los participantes:

creo que cuando una pieza falta, se siente la cojera. Un equipo sin trabajadora social me parece complejo. Puede incluir terapia familiar por lo que te decía ahorita. La psicóloga ha desempeñado el rol de acompañar mucho más al paciente como tal. La terapia de familia tiene un rol hacia el paciente mismo. Trabajo social creo que tiene unas herramientas que amplían la mirada al equipo de una manera maravillosa y puede lograr dar elementos para que entendamos mucho más allá de lo médico lo que le pasa al paciente. Ya para la intervención, creo que [es mejor] terapia de familia. (Participante 1)

En los relatos de los participantes converge la consideración de que la mayoría de los pacientes en fase terminal o avanzada prefieren ser tratados en la intimidad del hogar. Un común denominador es la sensación de tranquilidad o libertad que experimenta la persona enferma en su entorno. “La terapia de familia en el domicilio permite dar información que en otro contexto no se dio, generar un espacio de más intimidad y participación de la familia [...] y que ellos tomen decisiones conscientes del estadio del paciente” (participante 1). Lo anterior muestra la pertinencia de intervenir en el domicilio, porque se pueden obtener elementos valiosos que posibiliten un tratamiento adecuado, según las necesidades y particularidades de la familia, lo que en un entorno intrahospitalario es más complejo.

En cuanto a lo que ocurre en el domicilio, para Rojas Posada (2008) es importante conocer y comprender emociones, formas de pensar, formas en que se relacionan paciente y familia. El terapeuta puede apoyar el manejo de conflictos y dificultades que se generan en el proceso, por lo que es importante el sentido común, la responsabilidad y la flexibilidad. Ante esto, uno de los expertos entrevistados expresa: “En casa hay que tener cuidado con lo que se vive, ejemplo, un cuidador principal que puede tener otras ocupaciones o temores; entonces cuando un equipo de cuidados paliativos va a casa, va a conocer la realidad” (participante 1).

El domicilio ofrece además la oportunidad de observar aspectos de la pro-xémica familiar y de la manera como la familia habita el espacio cotidiano, lo cual también se constituye en información y abre posibilidades de conversación en torno a significados y oportunidades de acompañamiento. Para Navarro Góngora (1992) es fundamental conocer el contexto familiar del paciente y con base en esto determinar el plan de trabajo para cada situación. Por tanto, define los siguientes lineamientos y estrategias que permiten un acompañamiento integral y una perspectiva clara acerca de

las condiciones de trabajo, de acuerdo con el contexto del paciente y a las condiciones familiares: a) la creación de un vínculo terapéutico de confianza basado en una relación profesional empática; b) la transmisión continua de información desde el comienzo de la enfermedad en relación con el problema psicosocial acontecido y su impacto sobre la familia; c) la consideración de la ruptura en la secuencia familiar como objetivo de intervención; d) la generación de un cambio en la conducta de cada miembro de la familia; e) la construcción de una imagen familiar positiva como resultado de usar el problema como potenciador del cambio a partir de enfoques como la terapia centrada en soluciones, y f) el fomento del desarrollo de la red familiar durante todo el proceso.

Rolland (2000) describe un modelo sistémico de la enfermedad que ayuda a comprender sus implicaciones a lo largo del tiempo en los procesos familiares y destaca el ciclo de vida y los sistemas de creencias como elementos fundamentales a considerar. Igualmente, establece a partir de estos aspectos una serie de principios básicos para la intervención, que incluyen: la presencia de un orientador sistémico durante el transcurso del proceso, que facilite la relación y la cooperación entre el sistema familiar y el equipo profesional; la definición de tiempos y momentos específicos para las intervenciones, basada en la línea temporal de cada familia y el ciclo de vida del paciente, y como elemento central, la elección y adaptación de una modalidad de tratamiento o intervención, fundamentada en las características de la familia y de la persona enferma.

Disposiciones legales frente al cuidado paliativo

En cuanto al marco jurídico referido, los resultados del estudio mostraron que las normas establecidas plantean directrices, por lo que el Ministerio de Salud y Protección Social (2018) enfatiza en la garantía del derecho de los individuos con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles a la atención en cuidados paliativos, a fin de mejorar la calidad de vida de estas personas y la de sus familias, por medio del tratamiento integral del dolor y el alivio de sufrimiento. Se incluyen factores psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, de acuerdo con lo establecido en las disposiciones reglamentarias que regulan el cuidado paliativo mediante la Ley Consuelo Devis Saavedra (Ley 1733 de 2014) y la *Guía de práctica clínica cuidados paliativos* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), que busca garantizar el cumplimiento de dicha ley.

Además, se encontró normatividad que puede ser aplicable en el contexto de los cuidados paliativos. Tal es el caso de la Circular 022 de 2016 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la que se establecen los lineamientos y directrices para el acceso a medicamentos opioides prescritos para el manejo del dolor; la Circular 023 de 2016, la cual da instrucciones para la garantía de los derechos de pacientes que requieren cuidados paliativos; la Resolución 1441 de 2016, la cual determina la obligatoriedad para las Entidades Promotoras de Salud –EPS– de garantizar los servicios en cuidados paliativos a aquellos afiliados con enfermedad en fase terminal, crónica, degenerativa, irreversible y de alto impacto en la calidad de vida; la Resolución 1416 de 2016, por la cual se dictaminan los criterios para los servicios en los que se atiendan pacientes que requieran cuidado paliativo, y la Resolución 2665 de 2018, la cual reglamenta parcialmente el derecho a suscribir el “Documento de voluntad anticipada”.²

Así, los derechos contemplados en estas regulaciones y dictaminados desde la Ley 1733 de 2014 incluyen el cuidado paliativo, el cual está reglamentado mediante la Resolución 4343 de 2012 para acciones concernientes a la atención de usuarios por parte de las instituciones de salud; dicha resolución la reafirma la Circular 023 de 2016 y la Resolución 5521 de 2013. Ante este tipo de servicios médicos y bajo los criterios establecidos por la regulación vigente, se encontró que es permitido el derecho de los familiares de tomar decisiones respecto al paciente cuando así sea requerido.

Además, el Sistema Único de Habilitación, bajo la Resolución 3100 de 2019, propende por una atención integral en el ámbito clínico y en procesos que incluyen la atención psicosocial de manera individual y como parte de un contexto donde la familia se privilegia como eje central (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). En este sentido, si bien la resolución no menciona la terapia familiar entre las especialidades de apoyo, considera la familia como un factor fundamental de la atención domiciliaria, por lo cual la terapia familiar tendría una posibilidad de integración en este tipo de atención.

² “El documento de voluntad anticipada (DVA) es aquel documento en el que toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales y como previsión de no poder tomar decisiones en el futuro, declara, de forma libre, consciente e informada su voluntad sobre las preferencias al final de la vida que sean relevantes para su marco de valores personales” Ministerio de Salud y Protección Social (s. f.).

El terapeuta de familia está en capacidad de acompañar a la familia en el proceso de la enfermedad y fomentar la comunicación afectiva intrafamiliar para motivar a los integrantes de la familia en la expresión de sus emociones. Además, puede facilitar el entendimiento y conversación frente a las necesidades de cuidado del paciente y las necesidades de la familia, según su propia observación del ámbito donde ocurre el proceso y su puesta en conversación con los participantes.

Los resultados del estudio muestran que la contextualización de la enfermedad y el reconocimiento de los recursos, habilidades y disposición de la familia se constituyen en elementos clave para la intervención del terapeuta familiar en el ámbito del cuidado paliativo domiciliario. No obstante, según los participantes se presentan tensiones entre la exigencia normativa y las condiciones del sistema de salud para atender las demandas y necesidades familiares a las cuales debe darse solución.

Teniendo esto en consideración y a partir del análisis realizado, se plantean algunos lineamientos para el abordaje e intervención con las familias de una persona que tiene una enfermedad potencialmente mortal. Estos lineamientos establecen un mecanismo de abordaje para integrar la terapia familiar al conjunto de los cuidados paliativos domiciliarios, los cuales resultan de la revisión de la normatividad, del estudio de los documentos y de la conversación con los expertos participantes.

A continuación, se presentan a modo de lineamientos conceptuales y metodológicos algunas estrategias para integrar la terapia familiar en el acompañamiento del enfermo y su familia durante el afrontamiento de una enfermedad potencialmente mortal:

- a) Es preciso que las políticas públicas en salud y las políticas públicas de familia incorporen el cuidado paliativo domiciliario como una necesidad que debe ser atendida y apoyada desde las instituciones y los profesionales calificados para ello.
- b) Debe identificarse la etapa del ciclo vital en la que se encuentran las familias que requieren atención, de manera que su abordaje corresponda a las necesidades y tareas evolutivas.
- c) Si se tiene en cuenta el domicilio como lugar de intervención, la entrevista puede ser enriquecida mediante la observación de los aspectos cotidianos de la intimidad familiar, de las condiciones de la vivienda, de la distribución de los espacios y de la incorporación

de estos aspectos al diálogo con la familia, al tener como guías la neutralidad –entendida como curiosidad– y la elaboración de hipótesis –útil para diversificar la conversación y explorar posibles explicaciones y nuevos significados–.

- d) Para acompañar a la familia en el proceso de recibir la noticia de una enfermedad crónica y de una muerte cercana y de cómo asumirla, es necesario tener una idea del diagnóstico, entender el pronóstico y de acuerdo con ello identificar con los participantes sus recursos, posibilidades, temores y frustraciones, y las estrategias de intervención que pueden ser usadas según las condiciones de cada familia.
- e) La elección del enfoque o de la intervención desde la terapia familiar tiene que ver con el proceso que la familia esté cursando frente a la enfermedad y la orientación del terapeuta, aunque la investigadora encuentra recomendable la terapia familiar inspirada en el constructivismo, el construccionismo y las prácticas narrativas.
- f) La terapia familiar puede proporcionar a la familia un espacio donde conversar y expresarse emocionalmente sin temor al desbordamiento de las reacciones de los integrantes de la familia, al leerlas desde su manifestación y observación, y favorecer la escucha activa de los demás integrantes.
- g) El terapeuta de familia puede tener un lugar de intérprete y coautor, y usar diferentes recursos de tipo narrativo en el proceso de acompañamiento para construir con las familias y con cada integrante de las mismas significados coherentes con sus historias y alejados de ideas o discursos dominantes que producen mayor sufrimiento.
- h) El terapeuta de familia puede ser también un puente generador de espacios de la familia con el equipo asistencial de cuidado paliativo para aclarar inquietudes relacionadas con decisiones o criterios médicos a los que deban acogerse, que puedan generar duelo complicado, decisiones o contradicciones trascendentales después de la muerte al sistema familiar.
- i) La terapia familiar facilita la comunicación en la familia desde el cuidador principal al resto de la familia y se constituye en una actividad complementaria capaz de ayudar a traducir las necesidades del enfermo y sus preferencias.
- j) Acompañar a vivir hasta el final en el domicilio proporciona a la familia y al enfermo un espacio de intimidad, comodidad y calor. Al terapeuta familiar estudiar y tener en cuenta este espacio, reconoce y valida las creencias familiares, insumo fundamental para identificar las estrategias de afrontamiento que le va a dar la fuerza a la familia para transitar el duelo.

Conclusiones

Aunque la muerte es un proceso natural de los seres humanos, existe resistencia para hablar de ella, afrontarla y asimilarla. Para las familias, tener un ser querido en estado terminal supone un desgaste físico y mental que repercute en el desarrollo de sus actividades cotidianas. El acompañamiento a la familia es muy importante para prevenir la claudicación, el duelo complicado y la sobrecarga al cuidador principal. El terapeuta familiar está en capacidad de acompañar a la familia en el proceso de la enfermedad, fomentar la comunicación afectiva y motivar a los integrantes de la familia en la expresión de sus emociones, de manera que se facilite el entendimiento y conversación frente a las necesidades de cuidado del paciente y las necesidades de la familia.

Las narrativas de los participantes ubican a los terapeutas familiares como profesionales que adquieren experiencia en este tipo de intervención y cuentan con recursos para desarrollar acompañamiento familiar en la toma de decisiones y en el afrontamiento de distintas crisis. Sin embargo, es deseable que tengan un entrenamiento específico en cuidado paliativo por las condiciones particulares de este ámbito.

Por los enfoques, métodos y técnicas que desarrolla la terapia familiar, es importante incluirla como una disciplina y una actividad que aporta al conjunto de conocimientos y estrategias que constituyen el cuidado paliativo domiciliario. Este último está orientado a facilitar la construcción de herramientas en el cuidado del paciente y la reorganización familiar, sin que se anulen las capacidades de la persona enferma, y a evitarle complicaciones de salud físicas o emocionales al cuidador principal.

En los antecedentes se encuentran herramientas que señalan la relevancia de la terapia familiar en el contexto de los cuidados paliativos, las cuales se proponen desde el ámbito intrahospitalario y no domiciliario. En el presente capítulo se pone de manifiesto la pertinencia del tratamiento paliativo en el hogar, dados los múltiples beneficios que representa tanto para la persona enferma como para su familia, por lo que se concluye que es posible considerar dichas herramientas en un contexto domiciliario. En este sentido, la posibilidad de recibir atención en cuidados paliativos y acompañamiento a la familia resulta pertinente cuando se realiza desde la intimidad del hogar. A partir de la integración de la terapia familiar, los cuidados paliativos y la medicina domiciliaria, se procura minimizar el impacto del sufrimiento por la enfermedad en las distintas esferas de la vida del individuo.

Se evidencia como una necesidad que el personal de apoyo que trata al paciente esté capacitado para atender los requerimientos físicos de este y para identificar sus necesidades emocionales, sociales y espirituales. En este sentido, cobra relevancia la familia y la terapia familiar. Particularmente para este estudio y visto desde un enfoque narrativo, adquiere importancia la exploración de historias hegemónicas y alternativas sobre la enfermedad y la muerte, y la construcción de significados, costumbres y creencias del acompañamiento integral al enfermo y su familia para facilitar el afrontamiento en el curso de la enfermedad y el vivir hasta el final.

Existe una validación desde la normatividad que indica la importancia de la atención a la familia en el cuidado paliativo desde los derechos humanos, y de un acompañamiento especial a la persona enferma y la familia, fundamentado en regulaciones de tipo internacional y nacional, en las que se considera al ser humano de forma integral y se proveen herramientas de tipo jurídico para ser asistidos desde estos derechos. De esta forma, la terapia familiar aplicada al ámbito de la enfermedad terminal no puede considerarse como un elemento aislado al proceso; por el contrario, resulta necesario que sea validada desde una interpretación analógica del derecho, por tratarse de un área disciplinar oportuna e indicada para acompañar este tipo de procesos.

Para cumplir con el cometido de integrar el abordaje de la terapia familiar al cuidado paliativo domiciliario, se hace necesario considerar algunas directrices generales útiles en esta interacción: a) ampliar la divulgación de la normatividad sobre cuidado paliativo y cuidado paliativo domiciliario; b) revisar y adecuar esta a los protocolos de cada unidad de atención en salud que tenga que ver con atención a personas con una enfermedad potencialmente mortal y sus familias; c) evaluar las condiciones familiares y del domicilio de personas que padecen enfermedad crónica con potencial riesgo de muerte; d) reconocer y validar la terapia familiar como una disciplina orientada a facilitar el bienestar de las familias; e) circular experiencias que incluyan a la terapia familiar en procesos de acompañamiento de la persona enferma y su familia en cuidado paliativo domiciliario.

En el contexto de este estudio se deja planteado que el cuidado paliativo en domicilio merece la pena ser estudiado por diferentes disciplinas y especialidades, tales como el derecho, la medicina, la enfermería, entre otros. Y se plantea la posibilidad de futuras investigaciones en la terapia familiar relacionadas con categorías y subcategorías que emergieron en este estudio

y sobre las cuales es preciso ahondar, de cara a los cuidados paliativos domiciliarios, como son el duelo, la conspiración del silencio y los cuidadores.

En cuanto a la atención domiciliaria, es necesario destacar que se presenta una serie de condiciones que deben tomarse en cuenta al momento de emplear esta modalidad, dado que pueden limitar los beneficios y posibilidades en el acompañamiento terapéutico. Estas incluyen barreras de acceso, dificultades en la reunión de los integrantes de la familia, falta de privacidad, condiciones inadecuadas del domicilio, economía familiar precaria, falta de red de apoyo, entre otros, por lo cual deben adelantarse otras investigaciones que visibilicen estas falencias y propongan alternativas para subsanarlas en el acompañamiento al paciente con una enfermedad potencialmente mortal desde el cuidado paliativo domiciliario. En la actualidad, se cuenta con una red importante de atención domiciliaria que cada vez se especializa más en el cuidado y en la atención integral de esta tipología de pacientes y también se fortalece en el acompañamiento familiar; morir en el domicilio es una apuesta desde la dignificación del ser humano. Existen también instituciones certificadoras que garantizan el tratamiento de la enfermedad en el proceso de la enfermedad terminal al estandarizar, investigar y ajustar las necesidades normativas desde el sector salud, entre ellas la fundación New Health Foundation con su programa New Palex, modelo que pretende unificar desde los aseguradores en salud una prestación humana e integral del servicio.

A pesar de los avances logrados, es necesario reconocer algunas limitaciones que obstaculizaron el proceso de la investigación, entre las cuales se destaca la ausencia de fuentes documentales que aborden de manera integral las tres categorías definidas para el estudio. En la revisión de antecedentes se hizo evidente la escasa presencia de estudios con un enfoque semejante al abordado en el objetivo general, y aunque sí se hallaron estudios previos que involucraban una o dos de las categorías definidas, no se encontró ninguno referido a las tres, lo cual, aunque limitante, ofreció también la oportunidad de insistir en su articulación.

Referencias

- Ackerman, N. (1995). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Lumen-Hormé.
- Agudelo-Bedoya, M. E. y Estrada-Arango, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva*, (17), 353-378. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i17.1156>

- Bernal, V., I, Cano M., M, Castaño, B. M., Salas, J., Gómez, G., M., Hoyos, P., M., Laverde, V., M, Mora, A., J., Tabares, A. y Valencia, A. (2020). *Pensando en dos: Parejas Dinks, la opción de no tener hijos*. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.
- Beyebach, M. (1995). Enfermedad terminal, muerte y familia. *FAM*, 11, 55-84.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2006). La terapia sistémica de Milán. En A. Roizblatt S. (Ed.), *Terapia familiar y de pareja* (pp. 226-245). Editorial Mediterráneo Ltda.
- Buisán, R. y Delgado, J. C. (2007). El cuidado del paciente terminal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 103-112.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 022 de 2016. Por la cual se establecen los lineamientos y directrices para la gestión del acceso a medicamentos opioides para el manejo del dolor. 19 de abril 2016.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 023 de 2016. Por la cual se dictan Instrucciones respecto de la garantía de los derechos de los pacientes que requieran cuidados paliativos. 20 de abril 2016. Comisión de Regulación en Salud (CRES). (2011). Acuerdo 029 de 2011. <https://bit.ly/3fkwzXd>
- Resolución 5261 de 1994 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. 05 de agosto 1994.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4343 de 2012. Por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones. 19 de diciembre 2012.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5521 de 2013. Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). 27 de diciembre 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1416 de 2016. Por la cual se adiciona el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 2003 de 2014. 20 de abril 2016.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1441 de 2016. Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones. 21 de abril 2016.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2665 de 2018. Por Medio de la cual se reglamenta parcialmente la ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada. 25 de junio 2018.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. 25 de noviembre 2019.
- Congreso de la República de Colombia. (2014). Ley 1733 del 8 de septiembre de 2014 - Consuelo Devis Saavedra. Colombia. <https://bit.ly/2SqPIDq>

- Covarrubias, E. (2006). Familia y duelo. En A. Roizblatt S. (Ed.), *Terapia familiar y de pareja* (pp. 313-340). Editorial Mediterráneo Ltda.
- Doka, K. J. (2009). *Psicoterapia para enfermos en riesgo vital*. Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- Eguiluz, L. (Ed.). (2004). *Terapia familiar: su uso hoy en día*. Editorial Pax México.
- Espina, A. (1995). El enfermo terminal. Asistencia a la familia y el proceso del duelo. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 29, 53-64.
- Espinar Cid, V. (2012). Los cuidados paliativos: Acompañando a las personas en el final de la vida. *Cuadernos de Bioética*, 23(1), 169-176. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87524465012>
- Fornells, H. A. (2000). Cuidados paliativos en el domicilio. *Acta Bioethica*, 6(1), 63-75.
- Galeano Marín, M. E. y Vélez Restrepo, O. L. (2002). *Estado del arte sobre fuentes documentales en investigación cualitativa*. Universidad de Antioquia.
- Galeano, M. E. (2004). *Diseño de proyectos de la investigación cualitativa*. Fondo Editorial Universidad Eafit.
- Gómez Calle, J. A. (2002). *La familia y la enfermedad en fase terminal*. Asociación Antioqueña de Cuidados Paliativos.
- Llauradó Sanz, G. (2014). Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. *Ene, Revista de Enfermería*, 8(1). <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100006>
- Merchán-Espitia, M. (2012). Problemas bioéticos de las familias que tienen paciente con enfermedad terminal. *Persona y Bioética*, 16(1), 43-58. <https://bit.ly/2QYfKlw>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Resolución 2003 de 2014. *Diario Oficial*, 49167.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Abecé Cuidados Paliativos*. <https://bit.ly/3fseqXu>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 3100 de 2019. <https://bit.ly/3vt5WFo>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Documento de voluntad anticipada*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/documento-de-voluntad-anticipada.aspx>
- Ministerio de Salud. (1994). Resolución 5261 de 1994. *Diario Oficial*, 38. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_5261_DE_1994.pdf
- Minuchin, S. (2005). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa S.A.
- Mutual Ser EPS. (2016). *Análisis baseline cuantitativo y cualitativo del consumo de recursos sanitarios y costes en el último año de vida*.
- Navarro Góngora, J. (1992). *Técnicas y programas de terapia familiar*. Ed. Paidós.
- OMS. (2014a). *Cuidados paliativos*. <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- OMS. (2014b). *Primer atlas mundial de las necesidades de cuidados paliativos no atendidas*. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/es/>

- Reigada, C., Pais-Ribeiro, J. L., Novellas, A. y Pereira, J. L. (2014). O Suporte à Família em Cuidados Paliativos. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 13(1), 159-169.
- Rodríguez, P., Bermejo, L., Marín, J. M. y Valdivieso, C. (2012). *Servicios de ayuda a domicilio. Manual de planificación y formación*. Editorial Médica Panamericana. <https://doi.org/M-37925-2011>
- Rojas Posada, S. (2008). Cuidados paliativos en pacientes de cáncer medicina paliativa. Terapias complementarias. *Revista Med*, 16(2), 261-262.
- Rolland, J. S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. Editorial Gedisa.
- Seikkula, J. y Olson, M. E. (2003). El diálogo abierto como procedimiento de trabajo en la psicosis aguda: Su “poética” y “micropolítica”. *Family Process*, 42(3), 403-418.
- Seikkula, J. y Trimble, D. (2005). Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love. *Family Process*, 44(4), 461-475. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00072.x>
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: Una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 511-532.
- Tejeda Dilou, Y. (2011). La familia como agente terapéutico en los cuidados paliativos. *Medisan*, 15(2), 197-203. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000200008
- Villate, A. (2016, 4 de febrero). Colombia se raja en el cuidado de pacientes con enfermedades degenerativas. *Las 2 orillas*. <https://www.las2orillas.co/colombia-con-deficit-en-cuidados-paliativos/>

Capítulo 11. Terapia comunitaria con víctimas del conflicto armado, una práctica sistémica posible

María Isabel Jaramillo Quintero¹
Luz Miriam Agudelo Gil²

Resumen

Este capítulo presenta resultados del estudio titulado “Fundamentación teórica y metodológica de la terapia comunitaria: una alternativa para procesos colaborativos con víctimas del conflicto armado. Medellín, 2018”, desarrollado como trabajo de grado en la Maestría en Terapia Familiar en la UPB. Reconoce el bagaje que provee el enfoque sistémico para comprender las realidades familiares y sociales, y para entablar procesos dialógicos de transformación ante problemáticas como el conflicto armado en el país, a través de la terapia familiar y la terapia comunitaria. La investigación fue cualitativa, con enfoque hermenéutico y paradigma constructivista sistémico; la estrategia utilizada fue el estudio teórico documental, mediante el cual se retomaron aportes de investigadores en Brasil y Colombia principalmente, así como autores de enfoques postmodernos de terapia familiar. Se abordan las categorías terapia comunitaria, terapia familiar y víctimas del conflicto armado, que permiten plantear que tanto la terapia familiar como la comunitaria se complementan en el enfoque sistémico, colaborativo y narrativo, y favorecen procesos de resiliencia, empodera-

¹ Trabajadora social de la Universidad de Antioquia. Magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Terapeuta familiar y trabajadora social en SaludTrec IPS. Profesional social del Proyecto Centros de Escucha en Salud Mental de la Secretaría de Salud y la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: mariaisabeljq@gmail.com

² Trabajadora social de la Universidad de Antioquia. Especialista en Trabajo Social Familiar y magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Docente investigadora del Grupo de Investigación en Trabajo Social (GITS) de la UPB. Correo electrónico: luz.agudelogi@upb.edu.co

miento y fortalecimiento del tejido social en las familias y comunidades que han sido víctimas del conflicto armado en Colombia.

Palabras clave: terapia familiar, terapia comunitaria, víctimas del conflicto armado, enfoque sistémico, resiliencia.

Introducción

Este capítulo da cuenta de la investigación titulada “Fundamentación teórica y metodológica de la terapia comunitaria: una alternativa para procesos colaborativos con víctimas del conflicto armado. Medellín, 2018” realizada como tesis en el marco de la Maestría en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. La investigación en mención tuvo como objetivo comprender los aportes teóricos y metodológicos de la terapia comunitaria para procesos colaborativos con víctimas del conflicto armado en Colombia.

Inicialmente, se presenta el planteamiento del problema, en el cual se recopilan antecedentes de Brasil, donde la terapia comunitaria tuvo origen; allí se han realizado investigaciones especialmente en el área de la salud comunitaria como estrategia de promoción y prevención. Y también se rastrea la producción académica en Colombia frente al objeto de estudio. Asimismo, se hace alusión a la Ley de Víctimas promulgada para restituir los derechos de quienes han sido afectados directa e indirectamente a causa del conflicto armado que se presenta en Colombia.

Posteriormente, se describe la metodología que enfatiza en el criterio de selección para el enfoque cualitativo y la estrategia de estudio teórico-documental. Luego, se alude a los hallazgos de acuerdo con las categorías de análisis: terapia comunitaria, procesos colaborativos en terapia familiar y víctimas del conflicto armado en Colombia, con base en el rastreo bibliográfico y la interpretación respecto al tema de estudio tras triangulación de fuentes de información.

Finalmente, se presentan las conclusiones, entre las cuales se destacan las posibilidades de articulación entre la terapia familiar y la terapia comunitaria en beneficio de los procesos terapéuticos con víctimas del conflicto armado en Colombia y la inclusión de la terapia comunitaria en los procesos formativos de postgrado.

Antecedentes

El conflicto armado que data en el país de la segunda mitad del siglo xx ha conllevado la vulneración de derechos individuales y colectivos, y por ende ha irrumpido en la subjetividad de víctimas directas e indirectas, lo que ha afectado sus construcciones sociales a lo largo de sus vidas. De acuerdo con Lancheros y Bello (2005),

Los conflictos armados –aquellos en los cuales se busca eliminar o someter a otro actor o sector de la población con el fin de conseguir determinados objetivos políticos, sociales, económicos, religiosos o culturales–, radican en su rapidez e intempestivo daño o en que pueden mantenerse indefinidamente en el tiempo, ocasionando en ambos casos, una fuerte vulneración de los derechos de las víctimas, como es el caso colombiano. (p. 27)

Precisamente, las secuelas de la guerra han desencadenado múltiples problemáticas sociales, por lo que se hace necesario que las víctimas sean atendidas de manera integral, transdisciplinaria y sistémica, como refiere Villa (2012). En ese sentido, la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, sancionada por el Congreso de la República en 2011, dicta medidas para que las víctimas del conflicto armado interno puedan ejercer sus derechos mediante la atención, asistencia y reparación integral.

Al respecto, esta ley plantea el enfoque psicosocial para la intervención en el territorio nacional, el cual permite la reconfiguración del tejido social de acuerdo con las experiencias individuales y comunitarias, para generar lazos de solidaridad, empoderamiento, memoria histórica y resiliencia. De esta manera, el enfoque psicosocial, según Villa (2012),

Elige no mirar a las personas como entes separados (individuos), sino en relaciones con su entorno vital, con los otros, con la comunidad, y a su vez mirar la comunidad como un todo que se relaciona con su entorno contextual, regional, con otras comunidades y con sus miembros individuales. (p. 357)

Por tanto, es posible decir que “la finalidad del acompañamiento psicosocial es contribuir a la restitución y reivindicación de la dignidad y la autonomía” (Bello y Chaparro, 2011, p. 17). De ese modo se reconocen experiencias subjetivas para la restitución de las vulneraciones asociadas al conflicto arma-

do, que afectan el desarrollo individual y colectivo, ya que mediante prácticas sistemáticas como el secuestro, el homicidio, la tortura, las tomas armadas, entre otras, se limita el ejercicio de libertad de las prácticas comunitarias.

Por su parte, la terapia comunitaria como estrategia de intervención tuvo su desarrollo gracias a los hermanos Barreto en Brasil en la década de los noventa, quienes se basaron en la resiliencia, la pedagogía de Paulo Freire, la antropología cultural y el pensamiento sistémico. Barreto (2013) afirma que:

La terapia comunitaria es un espacio donde la comunidad se reúne para hablar de sus problemas, de sus dificultades y de sus realizaciones. La comunidad tiene problemas, pero también tiene sus soluciones. Cada uno tiene un saber, sea construido con su experiencia de vida, sea viniendo de sus antepasados. Es de esto que la terapia comunitaria se constituye. (p. 2)

En los últimos años la terapia comunitaria se ha abierto paso en Latinoamérica, a través de las intervenciones que ha llevado a cabo la terapeuta Marilene Grandesso en el país vecino. Precisamente allí se han realizado múltiples estudios acerca de la terapia comunitaria en el campo de la salud; sobresalen resultados positivos en el área de salud mental y salud familiar. Estos estudios fueron desarrollados entre 2008 y 2018, y en ellos se utilizan diversas metodologías y técnicas que destacan el lugar de la terapia comunitaria como estrategia de promoción y prevención de enfermedades en atención primaria en salud.

En ese sentido, Carvalho, Dias, Miranda y Ferreira (2013) afirman que la terapia comunitaria contribuye a la inclusión social y la rehabilitación en la atención psicosocial, y Souza *et al.* (2011) manifiestan que a partir de la escucha activa del sufrimiento se genera un proceso holístico, que promueve el fortalecimiento de vínculos, empoderamiento y estrategias de afrontamiento. Los hallazgos mencionados por estos autores se relacionan directamente con el objeto del modelo de atención a víctimas del conflicto armado en Colombia, al posibilitar la cohesión colectiva y la superación del horror de la guerra.

En el rastreo se identificó que las problemáticas sociales y familiares que emergen durante la práctica de la terapia comunitaria en Brasil no son ajenas al contexto colombiano, tales como el alcoholismo, las rupturas conyugales o los conflictos en las relaciones interpersonales y subsistemas familiares. Estas problemáticas pueden acrecentarse ante la sensación de pérdida que

conlleva la guerra, toda vez que esta afecta las estructuras familiares, sus dinámicas, la relación con el suprasistema y la vinculación interna ente sus integrantes, y genera sentimientos de desarraigo social.

Justamente, el estudio denominado *Terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento* concluye que “los encuentros promovieron el rescate del atributo resiliente, contribuyendo para el empoderamiento, intensificando la autonomía, la autoestima, fortaleciendo los vínculos familiares, sociales, comunitarios y espirituales” (Ferreira *et al.*, 2011, p. 964). Así, los participantes mejoran su salud y calidad de vida, lo que impacta directamente en las relaciones con su entorno.

De igual manera, Giffoni y Santos (2011) afirman que “la terapia Comunitaria favorece la formación de una red de relaciones sistémicas, que amplía la comprensión de los problemas... constituyéndose en efectiva estrategia para su abordaje en el campo de la salud comunitaria” (p. 821); de esta forma, la terapia comunitaria posibilita la resignificación de problemáticas y la construcción de ciudadanía. Precisamente, el rol de ciudadano implica una participación activa en la comunidad, en el reconocimiento de sí y de los demás como actores en su proceso de desarrollo, lo cual es necesario para ayudar a recuperar a las víctimas despojadas de sus derechos fundamentales.

Respecto al rol de los profesionales, el artículo *Terapia comunitaria: practica relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil* plantea la importancia de los equipos interdisciplinarios:

La terapia comunitaria puede contribuir con la construcción de una clínica ampliada y la valorización de los recursos del territorio. Sin embargo, es necesario que la actuación del terapeuta comunitario sea extendida a un equipo multidisciplinar, dialogue con otros dispositivos, reciba el apoyo de las gestiones de los servicios y haga alianzas con otras políticas públicas, ampliando su campo de acción para otros sectores. (Padilha y Oliveira, 2012, p. 1069)

En el contexto colombiano se han realizado dos investigaciones que estudian la terapia comunitaria. La primera, titulada *Noción de diálogo en la terapia comunitaria*, refiere que el diálogo promueve la construcción de significados, ya que los participantes hallan un punto de encuentro en el sufrimiento y las soluciones propuestas (Roll, Mira, Idárraga y Cárdenas, 2015); en esta indagación se destaca el lenguaje como facilitador del cambio individual y

colectivo. La segunda, *Modelos de intervención en la terapia comunitaria como estrategias colaborativas para la resiliencia en la terapia familiar*, identifica cómo las relaciones sociales fortalecen estrategias de afrontamiento en los participantes, mediante un estudio teórico-documental del concepto de resiliencia (Álvarez, Betancur y Posada, 2015).

Por su parte, Fuentes (2011) en el artículo titulado *Promoviendo salud en la comunidad: la terapia comunitaria como estrategia*, reconoce en la terapia comunitaria una herramienta para la promoción y prevención con familias, al constituir espacios que fomentan la resolución de problemáticas que afectan a los individuos y a la comunidad, inclusive al minimizar los requerimientos de atención y al fortalecer el tejido social. La investigación en mención es producto de la experiencia de la autora colombiana con terapeutas comunitarios de Brasil, donde esta estrategia se implementa con auge en las favelas.

Adicionalmente, la investigación desarrollada por Terranova, Acevedo, y Rojano (2014), denominada *Intervención en terapia familiar comunitaria con diez familias caleñas de la ladera oeste*, retoma el enfoque constructivista para definir la resiliencia como uno de los pilares básicos de la terapia familiar comunitaria. Utiliza diferentes técnicas que promovieron el reconocimiento de recursos internos, familiares y comunitarios de mujeres de la ciudad de Cali para la resolución de sus problemáticas.

Así mismo, un estudio realizado por Villa, Londoño, Gallego, Arango y Rosso (2016) plantea que mediante la atención psicosocial las víctimas deben recibir reparación comunitaria para su redignificación, con reconocimiento de las especificidades de las poblaciones, pues en lo colectivo se da lugar al sujeto. También se halló un estudio que realizó una revisión de la producción académica nacional titulado *Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia*, el cual invita a los profesionales de las ciencias sociales a reconocer a las víctimas del conflicto como sujetos que deben recibir reparación integral (Moreno y Díaz, 2000, p. 193).

En el área de intervención con familias se encontraron investigaciones que apuntan a generar intervenciones heterogéneas con la comunidad víctima del conflicto armado, toda vez que de acuerdo con el contexto, el impacto de este flagelo es diferente en cada sujeto. Entre ellas se encuentran Cifuentes (2009) y Torres (2013), quienes resaltan la resiliencia en la consultoría con familias víctimas para transformar conflictos familiares en aras de la reparación y construcción de paz bajo un enfoque sistémico.

De igual manera, Torres (2013) plantea que las intencionalidades de los profesionales que realizan acciones de reparación integral pueden distar de las expectativas de las víctimas. En ese sentido, la terapia comunitaria ofrece alternativas de focalización de acuerdo con los recursos que los sujetos encuentran en su contexto, toda vez que en su metodología los participantes deciden los temas a abordar en cada sesión, lo cual contextualiza y reconoce las prioridades terapéuticas de cada grupo particular.

En este orden de ideas, la terapia comunitaria que se desarrolla en Brasil favorece la salud, resiliencia y fortalecimiento del tejido social y el empoderamiento, categorías de valor en la atención con familias víctimas del conflicto armado. Además, ninguno de los estudios encontrado en el rastreo aborda la terapia comunitaria con víctimas; por tanto, se consideró necesario desarrollar esta investigación, cuya pertinencia se relaciona con fenómenos similares en el contexto colombiano.

Precisamente, en 2016 la Unidad de Víctimas registró la cifra de 7.936.566 víctimas en el orden nacional, que corresponde al 16,5% de los habitantes del país; Antioquia se sitúa como el departamento más afectado al tener víctimas en el territorio y ser receptor de otras regiones. Asimismo, la Unidad en mención refiere que las mujeres son el género más afectado por el flagelo de la guerra, ya que son víctimas de diferentes vulneraciones, como viudez, desplazamiento y abuso sexual en contexto de conflicto armado.

En esa medida es que la terapia comunitaria contribuiría al fortalecimiento de la capacidad institucional, al permitir la ampliación de la cobertura de atención terapéutica e incidir en las problemáticas sociales que aquejan a las víctimas, promoviendo la resignificación de sus experiencias colectivas y por ende de las dinámicas familiares. Precisamente, el reconocimiento de las víctimas por parte del Estado colombiano llevó a la creación de un programa de atención psicosocial gracias a la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras “para atender las secuelas psicológicas que el conflicto ha dejado en las víctimas” (Congreso de la República de Colombia, 2011, p. 6). Este programa se desarrolla desde lo macro (trabajo grupal) hacia lo micro (terapia individual), en aras del restablecimiento de los derechos, con la familia y la comunidad como ejes centrales para la reparación integral, lo cual “implica reflexionar y construir una mirada nueva y amplia sobre el quehacer de las instituciones y de los actores responsables de la atención a las víctimas” (Organización Internacional para las Migraciones y el Ministerio de la Protección Social, 2011, p. 14).

En ese sentido, la terapia comunitaria propone en primera instancia la atención grupal, para favorecer procesos individuales, con la integración de los sujetos, su familia y el marco de referencia social. Conforman equipos de apoyo cuyo objetivo es lograr modificaciones en la familia extensa y en el entorno comunitario, de acuerdo con las necesidades específicas del contexto (Rojano, 1999). Desde este punto de vista, la terapia comunitaria constituiría una herramienta en el marco del postacuerdo, ya que la intervención macro permite que los actores coconstruyan relaciones solidarias en contextos sociopolíticos específicos, tanto si se trata de víctimas directas como indirectas en todo el territorio nacional. Como herramienta terapéutica ofrecería un espacio de socialización, reconciliación y afrontamiento de las emocionalidades, orientado por los terapeutas que posibilitarían este encuentro grupal.

Ahora bien, la cohesión es fundamental para que haya continuidad en la terapia comunitaria; elementos compartidos tales como el contexto permiten que los sujetos se identifiquen con las problemáticas cotidianas de los demás. Grandesso (2010), en el V Congreso Internacional de Familia, aseveró: “La terapia comunitaria es una práctica que posibilita la creación de redes solidarias movilizando los recursos y competencias de las personas, de las familias y comunidades, suscitando la dimensión terapéutica del grupo” (s.p.). Asimismo, manifestó que una de sus suposiciones fundamentales es que las situaciones que generan sufrimiento se producen a raíz del contexto de desigualdad social; por tanto, promover el diálogo y el intercambio de experiencias entre los participantes fomenta redes solidarias.

Podría decirse que el propósito de la terapia comunitaria es generar acciones colectivas que incidan en las problemáticas sociales a partir de la intervención grupal que impacta a cada participante en el intercambio con otros. Así pues se construyen nuevas miradas frente a situaciones comunes; de esta manera, ningún sujeto culmina la sesión siendo el mismo. La metodología conversacional propia de la terapia postmoderna se convierte en el canal para la construcción de nuevos significados centrados en las competencias de las personas, los cuales fortalecen el *self* y la capacidad de agenciamiento de las comunidades a través del lenguaje. Al respecto, Grandesso (2015) aduce que:

Las historias oídas en estos contextos, aunque sean de otras personas, remiten a las historias personales de cada uno/a en una condición de reflexión que permite la resignificación de la experiencia vivida, de la visión de sí mismo/a y de las perspectivas futuras. (p. 175)

En este sentido, los microsistemas son influidos en la relación dialógica; entretejen experiencias individuales para construir un lenguaje colectivo intersubjetivo en un contexto multicultural y complejo. De esta manera, Grandesso (2010) define a la comunidad como un sistema lingüístico, que brinda pertenencia y favorece la construcción de identidad. La interacción entre pares constituye formas de pensar, sentir y actuar de la comunidad.

La terapia comunitaria es entonces una práctica postmoderna crítica que retoma nociones como la dimensión sociohistórica de los sujetos, el lenguaje, la cibernética de segundo orden y la intersubjetividad. Compromete el quehacer terapéutico basado en principios de la holística, la espiritualidad y la superación construida sobre la base disciplinar del cambio y la transformación. Y supera las posibilidades de la atención asistencialista en comunidad por una interacción soportada en las potencialidades de las personas, ocultas seguramente por el dolor, el desarraigo y las fortalezas que la guerra invisibiliza.

Además, la terapia comunitaria tiene una metodología propia, la cual entiende cada ronda como una sesión. Para este acto terapéutico no se requiere que haya continuidad de los mismos participantes en cada sesión, pues el proceso terapéutico es para la comunidad como un grupo, y las sesiones son dirigidas por un terapeuta y uno o dos coterapeutas. A continuación, se abordan las fases que contempla la sesión de terapia comunitaria.

En primer lugar, se encuentra la fase de bienvenida. En esta se realiza un encuadre con los participantes y se promueve la escucha y el diálogo en primera persona. En este espacio no se proveen consejos, sino que se construyen aprendizajes conjuntos a través de las narraciones. En segundo lugar, se selecciona un tema de acuerdo con los intereses del grupo, entendiendo que su elección en sí misma moviliza al grupo, y se efectúa una contextualización del tema elegido.

Para ello, se posibilita que quien plantea el tema pueda expresar sus ideas y emociones al respecto, por lo que el terapeuta interviene para “introducir dudas en las certidumbres y en las convicciones (verdaderas prisiones). Son las dudas que abre a los individuos al diálogo. Pedagógicamente, es importante profundizar la duda, porque toda convicción es una prisión”, refiere Barreto (2013, p. 8). Por ello el terapeuta debe escuchar atentamente las palabras llave del discurso de las personas, para abordar el simbolismo de los hechos narrados, entendiendo como llave aquellas palabras o temas que abren la puerta a la conversación terapéutica.

En tercer lugar, se presenta la fase de problematización, que es el apartado central. En esta se promueve el diálogo mediante el uso de motes o palabras llave para la reflexión grupal, capaces “de traer a la superficie los elementos fundamentales que permiten a cada uno ver de nuevo sus esquemas mentales, sus prejuicios y reconstruir la realidad” (Barreto, 2013, p. 12). Por último, se realiza el cierre, tomando en cuenta los aspectos relevantes observados en la fase anterior. Generalmente contiene rituales de agregación y connotación positiva; los primeros son útiles toda vez que entre una sesión y otra hay participantes nuevos, y estos rituales aportan pertenencia. Barreto aduce que el cierre pretende reconocer y agradecer la determinación de los participantes por superar las adversidades. Esta connotación positiva permite que:

Los individuos repiensen su sufrimiento de forma más amplia, yendo más allá de los defectos inmediatos del dolor y de la tristeza, para dar un sentido más profundo a la crisis, y poder identificar mejor los recursos personales y, por consiguiente, reforzar su autoestima. El terapeuta debe proporcionar un ambiente de intimidad, buscando crear un clima afectivo, donde las personas se sientan próximas unas de las otras y apoyadas por el grupo. Él pide que las personas se levanten, formen un círculo (tela), que cada uno se apoye en el hombro del otro y se balancee. Eso ayuda al grupo a sentirse coherente y unido, en un mismo movimiento, en búsqueda del equilibrio. (Barreto, 2013, p. 14)

Así, la terapia comunitaria promueve la autoestima, la equidad entre sus integrantes, el respeto mutuo y la construcción conjunta. Ello implica procesos de cambio que se posibilitan en la interacción de grupos sociales como sistemas, a su vez conformados por familias, donde cada integrante es un sujeto activo en los procesos homeostáticos que desarrollan y demandan para su funcionamiento. El grupo permite reconstruir la estabilidad desde el daño y tramitar de nuevo la identidad y la autonomía perdida (Barreto, 2013). En ese sentido, pueden participar de los encuentros grupos familiares en pleno o alguno de sus integrantes, quienes multiplican con su lenguaje esta experiencia a su núcleo.

Lo anterior conlleva la noción de circularidad en terapia familiar, que es entendida por la investigadora como el interés por identificar patrones de relación más allá de los hechos o situaciones concretas, valiéndose del lenguaje neutral, la hipótesis y la comunicación con el otro, que es quien tiene mayor conocimiento concomitante de sí mismo y sus experiencias. Bajo

esa premisa, la terapia es en sí misma un proceso conversacional, donde el diálogo genera significados e introduce cambios en quienes participan de alguna manera en el mismo. Las conversaciones requeridas por quienes han padecido la guerra han de ser transformadas, han de generar otras y nuevas conversaciones, lo cual coincide con los intereses terapéuticos.

En ese sentido, el construccionismo social “se constituye en una teoría posmoderna que pone énfasis en la realidad y el conocimiento como socialmente entrelazados y el rol que juega el lenguaje en esa construcción de realidades” (Agudelo y Estrada, 2011, p. 8). Brinda sentido a los modelos terapéuticos postmodernos, como la terapia narrativa, de redes o comunitaria. Del mismo modo, Agudelo (2014) afirma que “comprender las realidades familiares desde los postulados esenciales de esta epistemología, tiene que ver con construcción, deconstrucción, democratización y reconstrucción. Es el reconocimiento de que todo ocurre en las interacciones sociales y por medio del lenguaje” (p. 17). Así, la terapia familiar busca comprender las experiencias de los sujetos, escuchando los significados asociados a la problemática para generar una narración alternativa en la interacción del sistema terapéutico.

Lo anterior implica reconocer dos aspectos. El primero, según Anderson y Goolishian (1996), es que “todos los sistemas humanos son sistemas lingüísticos y quienes mejor pueden describirlos son los individuos que participan en ellos, y no los observadores externos y ‘objetivos’. El sistema terapéutico es uno de esos sistemas lingüísticos” (p. 47). El segundo aspecto destaca que:

La conversación terapéutica es una búsqueda y una exploración mutua, a través del diálogo, un intercambio de doble vía, un entrelazamiento de ideas en el que los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la “di-solución” de los problemas, es decir, hacia la disolución del sistema terapéutico. (Anderson y Goolishian, 1996, p. 47)

En ese sentido, el relato que realizan los sujetos de sus propias experiencias posibilita la reconstrucción de historias para la elaboración de soluciones a problemáticas que les atañen. De ahí que, Sugiere la externalización propia del enfoque narrativo como técnica terapéutica “personifica o cosifica un problema para separarlo de las relaciones o personas involucradas, es decir, que la situación problemática no sea vista como inherente al sujeto” (White y Epston, 1992, p. 53). Asimismo, el uso de testigos facilita la reelaboración de narraciones, ya que ellos contribuyen a la escritura de significados; de esta manera, interactúan sujeto, audiencia y relato.

Se conciben entonces los procesos colaborativos en terapia familiar como el vehículo mediante el cual convergen los enfoques narrativo y colaborativo para elaborar nuevos significados a través de la conversación terapéutica; se incluyen allí principios como la curiosidad, la neutralidad, el reconocimiento del otro y su experiencia como generadora de saberes. Los presupuestos enunciados fortalecen la acción terapéutica comunitaria, en la cual el fin implica sanar desde la conversación guiada e intencionada del terapeuta.

Ahora bien, para articular la terapia comunitaria con población víctima de conflicto armado, el estudio realizado acoge la definición de víctimas de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, concibiéndolas como:

Las personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño como consecuencia de violaciones a los derechos humanos, ocurridas a partir del 1° de enero de 1985 en el marco del conflicto armado (homicidio, desaparición forzada, desplazamiento, violaciones sexuales y otros delitos contra la integridad sexual, secuestro, despojo de tierras, minas antipersona y otros métodos de guerra ilícitos, ataques contra la población civil). (Congreso de la República, 2011, p. 5)

En ese sentido, la Ley 1448 del 10 de junio de 2011 dicta las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno. En el artículo 137 plantea el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, que incluye atención individual, familiar y comunitaria. En esta ley se vislumbra el papel de la terapia familiar en el marco de la atención a las víctimas y el reconocimiento que hace el Estado frente a la importancia de la misma en aras de la atención integral, además de dar lugar a prácticas colectivas de acuerdo con el tipo de vulneración y el contexto específico.

Así mismo, la atención psicosocial debe garantizar atención en todas las áreas afectadas por el flagelo de la guerra, tales como la salud mental y emocional, y las relaciones familiares y sociales. Por ello, se debe garantizar atención a familias víctimas y a quienes constituyen su red de apoyo social, ya que se reconocen como entornos de soporte para personas con experiencias compartidas traumáticas, según la OIM y el Ministerio de la Protección Social (2011).

Por tanto, el abordaje comunitario impacta al sujeto en sus relaciones personales y sociales, y lo separa del hecho violento en sí mismo para construir otros significados de acuerdo con el impacto individual. En relación con ello, la terapia narrativa plantea:

Con respecto a la terapia familiar [que es nuestra área de interés especial]– el método interpretativo, en vez de proponer que cierta estructura subyacente o disfunción de la familia determina el comportamiento y las interacciones de sus miembros, sostendría que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento... he propuesto la externalización del problema como un mecanismo para ayudar a los miembros de la familia a apartarse de las descripciones “saturadas por el problema” de sus vidas y relaciones. (White y Epston, 1992, p. 21)

En ese sentido, en el protocolo de atención a víctimas la terapia familiar se puede inscribir en el segundo nivel denominado “Apoyo de la comunidad y de la familia” y el tercer nivel llamado “Apoyo focalizado no especializado”, el cual incluye psicoterapia individual y programas terapéuticos grupales y familiares. No obstante, estos centros de atención se ubican en las tres ciudades principales del país (Bogotá, Medellín y Cali), lo que limita la vinculación de víctimas que se encuentran en otros territorios.

Metodología

La investigación referida fue de corte cualitativo, ya que permitió reconocer a los autores, fuentes principales de información, como pensadores en un contexto específico para coconstruir el conocimiento. Y se acudió al enfoque metodológico hermenéutico, el cual “hace explícita y directa la interpretación como proceso que acompaña de principio a fin el trabajo investigativo: La investigación es interpretación de textos, de material literario o del significado de la acción humana” (Galeano y Vélez, 2000, p. 35).

Por su parte, el paradigma constructivista sistémico avala el relativismo en aras de la significación de los documentos consultados, y da voz tanto al investigador como a los autores referenciados, integrando contexto y reflexión. Fue utilizada la estrategia estudio teórico-documental, que facilitó el registro, el análisis sistemático y la interpretación de la información recabada. Se privilegiaron fuentes escritas y orales, y se tuvieron en cuenta otras de segunda mano; se prefirieron investigaciones realizadas en Brasil y Colombia. Se revisó un marco legal y algunas estadísticas y artículos de revista. Para ello se priorizaron investigaciones de posgrado, artículos hemerográficos y material audiovisual inédito proporcionado por Marilene Grandesso.

Los criterios de selección de las fuentes se estipularon en los aportes teóricos y metodológicos planteados, fundamentación en terapia familiar y reconocimiento de los autores. Además, como fuente de validación y triangulación se aplicaron entrevistas semiestructuradas con expertos de las ciencias sociales que han desarrollado investigaciones sobre terapia comunitaria, con el fin de profundizar en la articulación de esta con los procesos colaborativos con víctimas del conflicto armado, de acuerdo con su acercamiento al tema. Como técnica de registro se utilizaron transcripciones y fichas de contenido, con el propósito de categorizarlas y desarrollar el análisis, de manera que fuese posible detallar tendencias, convergencias, contradicciones y vacíos en el objeto de estudio, y así enfocar el rastreo.

A su vez, las preguntas orientadoras de las entrevistas a los textos complementaron la técnica de revisión documental, pues como plantea Galeano (2012), los “textos pueden ser entrevistados mediante las preguntas que guían la investigación, y se los puede observar con la misma intensidad con que se observa un evento o un hecho social... la lectura de documentos es una mezcla de entrevista y observación” (p. 114).

Entre las consideraciones éticas se plantearon la integridad, para asegurar la fidelidad en las fuentes, salvaguardando en el análisis las ideas del autor y reconstruyendo en la medida posible el contexto en el cual se produjeron los documentos; el consentimiento informado, autorizando la participación de los entrevistados; el estricto ejercicio de sistematización y retorno social, mediante la divulgación de hallazgos. Todo lo enunciado aquí se ha cumplido. Se busca que esta herramienta sea entendida y ojalá replicada en contextos de formación.

Hallazgos y análisis

El rastreo y triangulación realizada permite circunscribir hallazgos respecto al objeto de esta investigación, al identificar los aportes de la terapia comunitaria como práctica sistémica, fundamentada en el construccionismo social, y configurar en la interacción dialógica nuevos significados a partir de las vinculaciones sociales. A propósito, Grandesso (2005b) plantea:

La terapia comunitaria, de acuerdo con una orientación epistemológica posmodernista, se presenta como una práctica de segundo orden,

calcada en la auto-referencia, en el poder generativo del lenguaje y en la organización autopoiética de los sistemas humanos con énfasis en la construcción de significados, en los modelos dialógicos y metáforas narrativas y hermenéuticas. (p. 14)

De esta manera, la red de narrativas de los participantes constituye un sistema en torno a los significados de sus vivencias y experiencias previas, en este caso, propias del conflicto armado, como desplazamiento, secuestro, abuso, pobreza, desarraigo, entre otras problemáticas que causan sufrimiento. Este sistema de escucha activa propicia el contexto para que las autobiografías sean avaladas o autorizadas por otros en un escenario de respeto y solidaridad, y le devuelve legitimación a las personas independientemente de sus circunstancias. Al respecto, Grandesso (2005a) refiere que la terapia comunitaria no se define apenas como una terapia del individuo en un contexto de comunidad, sino como un contexto de terapia para una comunidad a partir de un problema del individuo.

Lo anterior amplía el espectro terapéutico, al reconocer al sujeto como integrante de un colectivo con quienes construye sistemas lingüísticos, como una familia que teje historias dominantes para su desarrollo. De ahí la importancia de que el terapeuta propicie un espacio reflexivo que facilite la instauración de dicho sistema, acciones y emociones, fortaleciendo la autoestima, el empoderamiento grupal y la dimensión de protagonista de la historia del sujeto (Grandesso, 2006).

Así, el reconocimiento que hace el sujeto de la voz de otros le otorga un carácter político y por ende corresponsable de su desarrollo. Ser un actor “permite a cada participante conectarse con sus propias historias, pudiendo colocar en lenguaje, las narrativas sobre lo vivido, posibilitando la ampliación de la conciencia crítica sobre su condición, su contexto y sus posibilidades” (Fried, 2015). Ser actor implica dejar de lado la pasividad de un espectador para avanzar como un agente propositivo de cambio.

Ahora bien, el vehículo de cambio, como se mencionó, es el lenguaje. Por tanto, el terapeuta debe hacer uso de las herramientas conversacionales propias del enfoque sistémico, así como de los enfoques narrativo o colaborativo, con el objetivo de crear un metacontexto acogedor y respetuoso para interpretar creencias y vivencias, y posibilitar nuevas comprensiones, ya que es el quien orienta la conversación. La figura del terapeuta viene

entonces recargada de contenidos, soportados en la palabra, con capacidad para hacerla girar entre el colectivo que participa.

De ese modo, el uso de preguntas reflexivas, circulares, estratégicas, metáforas y otras técnicas posibilita la reautoría al escuchar versiones múltiples de la misma historia. Asimismo, estas técnicas conciben diversas explicaciones de lo acontecido al deconstruir supuestos, y transforman colectivamente la narración problemática.

Justamente, Des Champs (2010), concibe esa explicación como una realidad, argumentando que en las conversaciones en donde se significan y comprenden las vivencias propias y de otros, refiriendo que,

Algunos preceptos esenciales de la Ontología del lenguaje que dicen que el lenguaje crea la realidad y también que el lenguaje se convierte rápidamente en acción. Los construccionistas afirman además que la realidad del relato se define en el mismo momento del diálogo (p. 19).

Acompañar ese proceso requiere de un terapeuta postmoderno crítico, toda vez que la terapia comunitaria hace presencia, de acuerdo con Grandesso (2006), donde la justicia y las políticas públicas han estado ausentes. El terapeuta se tiene como principal instrumento a sí mismo y propicia relaciones horizontales, respetuosas y empáticas para promover el cuidado solidario, la pertenencia, la ética y la legitimación en las redes que se tejen allí. La misma autora refiere:

Este es un reto para el terapeuta sistémico del siglo XXI: ayudar a las personas a ser reconocidas por su nombre, ayudarlas a tener voz y vez, a participar en relaciones más igualitarias, actuando como autoras no sólo de sus historias, sino de las historias colectivas. Esto implica liberar la práctica clínica de sus límites modernos, culturales, de clase y género, según lo considere Waldegrave (1990, 2000). Los modelos de terapia en las sociedades post-industriales han funcionado bien para las personas que tienen acceso a estos recursos, no habiendo tenido éxito para transformar vidas de personas culturalmente marginadas, cuyos problemas a menudo se derivan de las situaciones de desigualdad. (Grandesso, 2006, p. 187)

Precisamente, las víctimas del conflicto armado han vivido situaciones de desigualdad, temor, angustias y dolor; por tanto, requieren espacios

de redignificación. En este caso es útil la intervención mediante prácticas colaborativas que den voz en el orden colectivo y a su vez incidan en la vida íntima y privada de las personas, reconfigurando las relaciones consigo mismo y su entorno. De esta manera, se fortalecen las relaciones interpersonales y la salud física y mental, y se reconocen las capacidades individuales y comunitarias, lo que deviene en un entramado de situaciones mutuas favorecedoras.

La violencia genera estados de confusión que se instauran en la identidad de los sujetos, de ahí que sea necesario construir otras connotaciones lingüísticas que incidan en el tejido social, la reconstrucción de espacios y de creencias, la concepción de los roles y el establecimiento de los rituales. Se debe rescatar los recursos propios de los colectivos para instaurar redes recíprocas que rompan con el aislamiento que conlleva el desarraigo del territorio y sus representaciones sociales.

El Centro Nacional de Memoria Histórica (2013) refiere que para los grupos indígenas y afrocolombianos el territorio es parte fundamental de su identidad, por lo que la presencia de grupos armados los afecta directamente y, en general, la violencia coarta el ejercicio ciudadano; por esta razón, se requiere una reestructuración del liderazgo social en los contextos locales. Por tanto, las minorías étnicas y los líderes sociales son sujetos clave en el proceso de atención a víctimas, teniendo en cuenta que el impacto del desarraigo es mayor por el lugar que ocupan en sus comunidades.

De igual forma, es posible decir que el conflicto afecta indistintamente a la población y causa alteraciones en las relaciones familiares tras la experiencia de la violencia, la muerte de alguno de sus integrantes, la desaparición, el desempleo, la viudez, la modificación de los roles en el interior de la familia, los problemas comportamentales en niños, niñas y adolescentes; además de la minimización o la negación de los hechos por entes judiciales, que acarrea sentimientos de culpa en las víctimas, asuntos que se deben afrontar. Darles voz entonces es otorgarles un papel activo en su proceso de reparación. Así se facilita el duelo, la reconexión consigo mismos, las relaciones con el entorno y los demás. Para que esto sea posible se deben promover nuevos significados de la experiencia traumática.

comportamiento de las mismas, que los ha atrapado en un mundo en el cual su capacidad de autoafirmación, reconocimiento, autoría, autonomía, crecimiento, alegría y enriquecimiento emocional recíproco está drásticamente disminuida. (Sluzki, 2006, p. 7)

Así, mediante el proceso terapéutico se da protagonismo a los sujetos partícipes y se responsabiliza a los perpetradores de los hechos violentos para que las personas recuperen el rol protagónico en su historia de vida. Se evoca justicia y solidaridad por parte de su comunidad y se reconstruye el tejido social al escuchar la voz propia y de los demás con el propósito de construir un camino diferente para resolver los problemas.

De esta manera, la terapia se conserva como un lugar donde se tejen nuevas alternativas, pero no como un espacio restaurador, pues la vida de las víctimas no será igual que antes de la guerra luego de finalizar el proceso terapéutico, sin embargo, pueden visualizar sus experiencias de manera distinta. Por consiguiente, las víctimas en el espacio social y terapéutico, generan nuevas narrativas, las introyectan y utilizan para dar sentido a la realidad, modificando su comportamiento, y así en cada encuentro con el otro se “construye una tercera realidad” (Sluzki, 2006, p.7) mediante el proceso colaborativo que se establece.

En ese sentido, se favorece la resiliencia y la gestión comunitaria, y se vela desde el segundo nivel de atención por el bienestar de las víctimas y sus estrategias de afrontamiento ante las tensiones y cambios familiares, intra- e interpersonales, desatados por el impacto de la violencia, que configura contextos complejos de vulnerabilidad. La terapia familiar es necesaria para la transformación social, pero actualmente no accede a ella la mayoría de la población.

El fortalecimiento de la autogestión familiar y comunitaria conlleva la creación de escenarios de equidad y justicia social para acceder a otros recursos, donde los terapeutas familiares podrían aportar narrativas diferentes en pro de la responsabilidad ética y política ante situaciones que requieren intervención en el país. De igual manera, los terapeutas podrían encontrar anclajes en la comunidad que a su vez favorezcan los procesos terapéuticos familiares mediante la interacción social próxima a los consultantes, ampliando el foco de atención. Esto es descentralizar la terapia de los consultorios y llevarla a los entornos amplios y propios de las comunidades, con el objetivo de acercar los procesos de transformación a sus contextos.

Si se entiende la terapia comunitaria como un espacio para el fortalecimiento de la resiliencia, el terapeuta impacta en una sesión a múltiples familias a través de uno o más integrantes, con lectura, observación e interpretación del macrocontexto; con el tejido de redes de empoderamiento y potenciación de capacidades ante situaciones problemáticas, y con la mitigación del efecto del trauma comunitario. Por ello, la fundamentación sistémica es transversal a los procesos que se pueden llevar a cabo mediante esta práctica.

De este modo, la intervención comunitaria genera transformaciones individuales y familiares. Por tanto, “al combinar la terapia comunitaria con las prácticas narrativas, estamos trabajando al servicio de dar permanencia a nuevas identidades individuales y colectivas, en un uso deliberado y especial del lenguaje y de la narrativa para construir historias de la esperanza” (Grandesso, 2011, p. 220), mediante el uso de metáforas, técnicas de externalización, escucha activa y construcción de nuevos significados respecto a la experiencia vivida.

De ahí que el terapeuta familiar formado en terapia comunitaria podría valerse de la misma para realizar a la par atención a población indicada por remisión, de acuerdo con el modelo actual de atención a víctimas del conflicto armado. También podría circunscribirse en otro nivel de atención e impactar la transformación social de un macrosistema, favoreciendo la resiliencia y la reconstrucción del tejido social en contextos de guerra.

Conclusiones

Para finalizar, es posible decir que el conflicto armado en Colombia ha afectado las relaciones sociales y familiares de varias generaciones en todo el territorio nacional, por lo que la atención terapéutica debería estar al alcance de la población vulnerable que lo requiere para generar la paz anhelada. La construcción de ciudadanía es un eje fundamental en el marco del postconflicto en el país, dado que las víctimas deben apropiarse nuevamente de sus derechos, y los profesionales que las atienden están llamados a contribuir en el empoderamiento de las comunidades para que las consecuencias de estos hechos violentos sean superadas.

Las terapias familiar y comunitaria deberían ser parte constitutiva de la formación académica básica en escenarios de educación superior posgraduada

y participar activamente de la implementación en el marco de programas y proyectos de resolución, resistencia y salidas definitivas del conflicto armado en el país. Este artículo da cuenta de la existencia de referentes teóricos significativos que posibilitan la formación de terapeutas familiares en terapia comunitaria y permite afirmar que en el orden nacional los contextos de guerra requieren la implementación de la terapia comunitaria para garantizar el acceso de la población a procesos terapéuticos.

Esta práctica postmoderna plantea la justicia social, la pobreza y la inequidad como problemáticas comunes a las sociedades de escasos recursos. Las situaciones en mención menoscaban las potencialidades de los sujetos y restringen su acción. Por ello, fundamentándose en la perspectiva sistémica y en las terapias narrativa y colaborativa, la terapia comunitaria pretende generar procesos resilientes y de empoderamiento en grupos sociales amplios y dejar la capacidad instalada en las comunidades al formar terapeutas comunitarios que sean integrantes de las mismas, quienes puedan replicar acciones colectivas que validen las condiciones contextuales y resilientes.

La terapia familiar apunta a la transformación social y se complementa con la práctica de la terapia comunitaria en la búsqueda de empoderamiento y resignificación de historias dominantes. Hace uso de los enfoques sistémico, narrativo y colaborativo, y utiliza herramientas como el ritual y la externalización. Por tanto, son propios de la terapia familiar sistémica los planteamientos de la terapia comunitaria, pero metodológicamente debe profundizarse en sus fases para emplearla a satisfacción en encuentros terapéuticos con víctimas del conflicto armado.

Ambas posibilidades terapéuticas convergen en la búsqueda de la solidaridad y la construcción de narrativas mediante la escucha activa. Por ello se considera que esa práctica es aplicable en el contexto colombiano, ya que aporta a la memoria histórica mediante el fortalecimiento del saber popular y la reconfiguración de tejido social, especialmente al ser ejecutada por terapeutas familiares formados en esa metodología. Dichos terapeutas ya poseen habilidades necesarias para liderar procesos comunitarios y familiares con las víctimas del conflicto armado; así, amplían su campo de acción en el país.

La formación de los terapeutas familiares facilita la comprensión de la fundamentación teórica y metodológica de la terapia comunitaria, lo cual hace posible ampliar el espectro de intervención con capacitaciones en esta

práctica sistémica, preferiblemente durante la formación terapéutica según la oferta académica, o si no posteriormente de forma voluntaria. Esto con el fin de promover la terapia familiar en grupos poblacionales más amplios e impactar en las relaciones primarias de los sujetos. En la guerra se desafía la confianza en el mundo; en la terapia comunitaria es posible reconstruirla.

Los efectos profundos de la guerra requieren de acciones decididas en los ámbitos individual, familiar y colectivo de comunidades enteras golpeadas drásticamente con horror por los hechos victimizantes, las cuales no desean la repetición, y sí la superación. Esta posibilidad terapéutica inspira ante el reconocimiento de lo que pueden hacer los grupos organizados para recuperarse, para alcanzar su bienestar y para volver a ser. La terapia comunitaria trae, en esencia, planteamientos posibles donde solo habita la desesperanza.

Referencias

- Agudelo Bedoya, M. E. y Estrada Arango, P. (2011). *Fundamentos del construccionismo social y prácticas terapéuticas inspiradas en estos* (tesis inédita de maestría). Universidad Pontificia Bolivariana.
- Agudelo Gil, L. M. (2014). Realidades familiares contemporáneas: A propósito de algunas contingencias en la estructura, vistas desde una investigación realizada en Medellín, 2012. *Katharsis*, (17), 9-27.
- Álvarez, E., Betancur, A. y Posada, A. (2015). *Modelos de intervención en la terapia comunitaria como estrategias colaborativas para la resiliencia en la terapia familiar* (trabajo de grado inédito). Universidad Católica Luis Amigó.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En McNamee, S. y Gergen, K. J. (Ed.), *La terapia como construcción social* (pp. 45-59). Paidós.
- Barreto, A. (2013). *Terapia comunitaria paso a paso*. Gráfica LCR.
- Bello, M. y Chaparro, R. (2011). *Acción sin daño y construcción de paz: El daño desde el enfoque psicosocial*. Universidad Nacional de Colombia - Programa de Iniciativas Universitarias para la Paz y la Convivencia (PIUPC).
- Carvalho, M., Dias, M., Miranda, F. A. y Ferreira, M. (2013). Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuarios dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 2028-2038.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). *¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad*. Imprenta Nacional. <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/micrositios/informeGeneral/descargas.html>

- Cifuentes Patiño, M. R. (2009). Familia y conflicto armado. *Trabajo Social*, (11), 87-106.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley de Víctimas y Restitución de Tierras.
- Des Champs, C. (2010, abril). *De redes, contagio emocional y narrativas generativas: aprendizaje para el bienestar sustentable*. V Congreso Internacional de Familia. Colombia.
- Ferreira, M., Dias, M., Andrade, F., Lima, E., Ribeiro, F. y Silva, M. (2011). A Terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 11(4), 964-970.
- Fried Schnitman, D. (2015). Procesos generativos en el aprendizaje: complejidad, emergencia y auto-organización. En D. Fried Schnitman (Ed.), *Diálogos para la transformación: experiencias en terapia y otras intervenciones psicosociales en Iberoamérica, Vol. 1* (pp. 17-37). Taos Institute Publications.
- Fuentes, M. (2011). Promoviendo salud en la comunidad: la terapia comunitaria como estrategia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(2), 170-181.
- Galeano Marín, M. E. (2012). *Estrategias de investigación social cualitativa: El giro en la mirada*. La Carreta Editores.
- Galeano Marín, M. E. y Vélez Restrepo, O. L. (2000). *Estado del arte sobre fuentes documentales en investigación cualitativa*. Universidad de Antioquia.
- Giffoni, F. y Santos, M. (2011). Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 821-830.
- Grandesso, M. (2005a). Terapia comunitária: um contexto de fortalecimento de indivíduos, famílias e redes. *Família e Comunidade*, 1(2), 103-113.
- Grandesso, M. (2005b, septiembre). *Terapia comunitária: uma prática pós-moderna crítica – considerações teórico-epistemológicas*. III Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária. Brasil.
- Grandesso, M. (2006). Família e comunidade trabalhando com sistemas na transformação social. En M. Marra y H. Fleury (Eds.), *Práticas Grupais Contemporâneas: a brasilidade do psicodrama e de outras abordagens* (pp. 175-191). Ágora.
- Grandesso, M. (2010, abril). *Terapia comunitaria: Una práctica de empoderamiento de las familias, comunidades y redes sociales*. V Congreso Internacional de Familia. Colombia.
- Grandesso, M. (2011). Terapia Comunitária Integrativa e Terapia Narrativa: Ampliando possibilidades. En M. Camarotti, Freire, T. y Barreto, A. (org.), *Terapia Comunitária Integrativa Sem Fronteiras* (pp. 196-224). MISMEC-DF.
- Grandesso, M. (2015). Terapia comunitaria: un espacio colectivo de diálogo y conversaciones transformadoras. En: D. Fried Schnitman (Ed.), *Diálogos para la transformación: experiencias en terapia y otras intervenciones psicosociales en Iberoamérica, Vol.1*. (164-179). Ohio: Taos Institute Publications.
- Lancheros, D. y Bello, M. (2005). Acompañamiento psicosocial y atención humanitaria en el contexto colombiano. Corporación AVRE (Apoyo a Víctimas de Violencia Sociopolítica pro Recuperación Emocional).

- Moreno Camacho, M. A. y Díaz Rico, M. E. (2016). Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *El Ágora USB*, 16(1), 193-213.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Ministerio de la Protección Social. (2011, febrero). *Protocolo de abordaje psicosocial para la adopción de medidas de atención integral, atención y acompañamiento psicosocial a las víctimas del conflicto armado*. Bogotá.
- Padilha, C. y Oliveira, W. (2012). Terapia comunitaria: pratica relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. *Interface: Comunicacao Saude Educacao*, 16(43), 1069-1084.
- Red Nacional de Información. (2016). *Registro único de víctimas: reporte general*. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
- Rojano, R. (1999). Terapia familiar comunitaria. *Perspectivas Sistémicas*, (59), s.p.
- Roll, A., Mira, E., Idárraga, L. y Cárdenas, M. (2015). *Noción de diálogo en la terapia comunitaria* (trabajo de grado). Universidad Católica Luis Amigó.
- Souza, G., Silva, P., Azevedo, E., Ferreira, M., Silva, V. y Espinola, L. (2011). A contribuição da terapia comunitária no processo saúde – doença. *Cogitare Enfermagem*, 16 (04), 682-688.
- Sluzki, C. E. (2006). Victimización, recuperación y las historias “con mejor forma”. *Sistemas Familiares*, 22(1), 5-20.
- Terranova Zapata, L. M., Acevedo Velasco, V. E. y Rojano, R. (2014). Intervención en terapia familiar comunitaria con diez familias caleñas de la ladera oeste. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 309-324.
- Torres Gómez, F. (2013). Intervención profesional desde la consultoría con enfoque resiliente en familias víctima del conflicto armado. *Tendencias y Retos*, 18(1), 33-48.
- Villa Gómez, J. D. (2012). La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales: ¿podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica? *El Ágora*, 12(2), 349- 365.
- Villa Gómez, J. D., Londoño, N., Gallego, M., Arango, L. y Rosso Pérez, M. (2016). Apoyo mutuo, liderazgo afectivo y rehabilitación comunitaria. Una experiencia de acompañamiento psicosocial para la “rehabilitación” de víctimas del conflicto armado. *El Ágora USB*, 16(2), 427-451.
- White, M. y Epston, D. (1992). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.

Capítulo 12. Terapia familiar y nuevas organizaciones familiares: parejas DINKS y sus animales de compañía

Mariluz Aguirre Restrepo¹
Kelly Marcela Benavides Galvis²
Laura Victoria Zapata Giraldo³
Gloria Mercedes Gómez Santa⁴

Resumen

Este capítulo aborda resultados de la investigación denominada “Realidades que se coconstruyen entre la terapia familiar y las nuevas organizaciones familiares: parejas DINKS y sus animales de compañía”, realizada en el 2019. Su objetivo fue identificar los aprendizajes que plantea para la terapia familiar la relación de las parejas DINKS

¹ Trabajadora social de la Universidad de Antioquia. Magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Trabajadora social en Metrosalud, Proyecto Crecer con Dignidad. Correo electrónico: mariluz1645@yahoo.es

² Trabajadora social y magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Correo electrónico: kellybenavides22@hotmail.com

³ Trabajadora social y magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Coordinadora del Grupo de Investigación en Familia (GIF). Docente investigadora de la UPB. Correo: laurav.zapata@upb.edu.co

⁴ Comunicadora social de la Universidad de La Sabana. Especialista en Planeación, Administración y Evaluación de Proyectos Sociales y Educativos de la Universidad Pedagógica Nacional. Especialista en Terapia Familiar y especialista en Trabajo Social Familiar, y magíster en Terapia Familiar de la Universidad Pontificia Bolivariana. Docente investigadora de la UPB. Correo electrónico: gloria.gomez@upb.edu.co

que reconocen a sus animales de compañía como miembros de su familia. Fue de tipo cualitativo, con enfoque hermenéutico, una estrategia de investigación de estudio de caso. Las categorías presentadas son: parejas DINKS, animal de compañía reconocido como miembro de la familia, vínculo humano-animal y aprendizajes para la terapia familiar. Los hallazgos describen los retos que plantea para la terapia familiar la relación de las parejas DINKS que reconocen a sus animales de compañía como miembros de su familia. Se concluye que la terapia familiar requiere profundizar sobre la interacción humano-animal y procurar reciprocidad entre la investigación y la intervención para ampliar las perspectivas y escenarios de su intervención.

Palabras clave: terapia familiar, parejas DINKS, animal de compañía, familia, vínculo humano-animal.

Introducción

A lo largo de la historia, la familia ha sido el escenario en el que ocurren los cambios que emergen en la sociedad. Las tendencias de transformación que suceden en el mundo se reflejan en el acontecer de la experiencia familiar (Giddens, 2007). Al considerar estas transformaciones, no es posible reducir el concepto de familia a una única definición, ya que cuando se habla de familia se hace referencia a una realidad social dinámica y cambiante de manera constante, y a la que se le atribuyen múltiples significados.

Así, el contexto familiar en el que convergen los cambios sociales es producto de las dinámicas que ocurren en los diversos escenarios que lo atraviesan (culturales, sociales, económicos, políticos e históricos). Las familias se convierten en el lugar propicio para comprender estas transformaciones, y de manera circular las tendencias de evolución del planeta se reflejan en el acontecer de la experiencia familiar. Como lo afirma Giddens (2007), “de todos los cambios que ocurren en el mundo, ninguno supera en importancia a los que tienen lugar en nuestra vida privada, en la sexualidad, las relaciones, el matrimonio y la familia” (p. 26). El concepto de familia ha tenido algunas innovaciones, entre ellas que el parentesco deja de ser primordial para dar paso a criterios como los afectos, el respeto y las emocionalidades recíprocas entre sus miembros. No se habla de familia, sino de múltiples significados de ella determinados por el contexto social y la posición desde la que es observada (Donati, 2003).

Es desde este entorno diverso que se ha identificado en las últimas décadas un incremento respecto a la tenencia de animales de compañía⁵ (AC)⁶ en los hogares y la manera novedosa de interacción humano-animal. Esta interacción se caracteriza por los vínculos emocionales estrechos que se tejen entre ambas especies y el incremento de la oferta de bienes y servicios para el cuidado de los AC, favorecido desde las estrategias de mercadeo y los medios de comunicación.

En nuestro país, uno de los aspectos que ha influido en este hecho es el cambio en la jurisprudencia en materia de protección animal. En el Código Civil se entendía a los animales como bienes (Congreso de la República de Colombia, 1887), luego la Sentencia T 035 de 1997 formuló que vivir con animales forma parte del derecho fundamental a la intimidad familiar (Corte Constitucional, 1997) y la Ley 1774 de 2016 estableció que los animales son seres sintientes, no son cosas (Congreso de la República de Colombia, 2016); estos cambios en el ordenamiento jurídico contribuyen al debate sobre la denominada *familia multiespecie*.

De otra parte, las parejas también han presentado cambios, como es la decisión de no incluir la experiencia parental en el proyecto vital y darle prioridad a satisfacciones individuales, laborales, educativas y de consumo. Algunas de estas parejas denominadas DINKS⁷ incluyen a los AC en sus dinámicas relacionales y llegan a considerarlos integrantes de la familia. Ello implica la reestructuración del sistema familiar, que debe adaptarse a nuevas prácticas en la vida cotidiana y se involucra en el tejido emocional de la vida en pareja. La presente investigación se realizó como trabajo de grado para la Maestría en Terapia Familiar durante el año 2019 y tuvo como objetivo general identificar los aprendizajes que plantea para la terapia familiar la relación de las parejas DINKS que reconocen a sus animales de compañía como miembros de su familia. En este texto se ahondará en las siguientes

⁵ Los términos mascota y animal de compañía son usados en algunos casos como sinónimos, pero frente a esta definición, Grier (2006, citado por Walsh, 2009) menciona que los profesionales y eruditos en medicina veterinaria, bienestar animal e interacción humano-animal prefieren el término *animal de compañía* para connotar un vínculo psicológico y una relación mutua.

⁶ La sigla AC se utilizará a lo largo del texto para indicar animal de compañía.

⁷ Acrónimo inglés que significa “Double Income No Kids”. Y la traducción al español es “doble ingreso sin niños”.

categorías: parejas DINKS, animal de compañía reconocido como miembro de la familia, vínculo humano-animal y aprendizajes para la terapia familiar.

Acero (2017) expone que los cambios experimentados por las familias han transformado la concepción tradicional de la misma y han permitido ampliar las posibilidades para establecer relaciones sociales incluso con otras especies, como es el caso de los AC. Johnson (2009) explica que el parentesco y las definiciones de familia son subjetivas y están determinadas por la cultura, y que al agregar al AC a dicho concepto se trasciende la barrera entre especies y se plantea la posibilidad de significarlo como un pariente ficticio. Caín (1983) menciona que las mascotas muchas veces son el pegamento de la familia, acercan a los integrantes, aumentan la cohesión familiar, mejoran la vida familiar cotidiana y promueven mayor interacción y comunicación. En este orden de ideas, Agudelo (2013) afirma que con frecuencia se observa en las familias contemporáneas la predilección de las parejas DINKS por incluir en su grupo familiar al AC, como una manera de compensar la ausencia de los hijos o para subsanar la imposibilidad de tenerlos o el deseo de no tenerlos.

Según Fenalco (2016), en Colombia se incrementó la tenencia de los AC por lo que estos significan para las personas solas, resultado de la alta tasa de divorcios y la no tenencia de hijos, en tanto representan una fuente de cariño, amistad, afecto y compañía; para las personas es grato saber que al llegar a casa no estarán solas. Es probable que este aumento señalado por Fenalco tenga relación con los cambios que surgen en el interior de las familias a partir de la llegada de los AC, como el manejo de los conflictos entre sus miembros y el paso del afrontamiento de la dificultad desde el silencio y la indiferencia al establecimiento de acuerdos, al ubicar a los AC como un catalizador que contribuye a la resolución efectiva de las tensiones generadas por diferentes causas (Rivas, Pautt y Bent, 2017).

Al ser el entramado relacional el foco de intervención de la terapia familiar, es necesario considerar lo que plantea Caín (1985), quien indica que los terapeutas familiares han sido los primeros en aceptar la importancia del rol del animal de compañía como miembro de la familia y en reconocer la diversidad. En este sentido, el autor los invita a ampliar su conocimiento sobre las relaciones de la familia con el AC, en la medida que brinda información relevante para comprender cómo se organiza, desorganiza y transforma el sistema familiar, en tanto los animales de compañía son una parte significativa del mismo. En la misma dirección, Walsh (2009a)

afirma que para la terapia familiar los vínculos entre humanos y animales no han sido temática de interés investigativo; sin embargo han empezado a cobrar relevancia para esta práctica terapéutica. Ante este panorama, es pertinente ahondar sobre la interacción humano-animal para procurar un diálogo colaborativo entre la investigación y la intervención.

Metodología

A continuación, se presenta la guía metodológica de la investigación, que se cimentó desde lo cualitativo, con un enfoque hermenéutico y una estrategia de investigación de estudio de caso, y las técnicas de recolección de información se centraron en la revisión documental y la entrevista semiestructurada. La población participante fueron tres parejas DINKS y tres terapeutas familiares.

Se realizó una investigación cualitativa, que posibilita centrar la atención en las vivencias y las cosmogonías, y acercarse a las realidades que construyen las personas en su cotidianidad, en los escenarios que habitan, las relaciones que tejen y los significados que las guían (Galeano, 2018). El estudio se desarrolló desde un enfoque metodológico hermenéutico, el cual a través de una relación dialogal permite interpretar y desentrañar comprensivamente la realidad social, entendida como un proceso en permanente construcción, lo que amerita considerar la historia, la cultura, las creencias, las prácticas y los significados (Cárcamo, 2005). La estrategia de investigación fue el estudio de caso, que concede al investigador mayor comprensión sobre un tema teórico, la realidad social, la población o la condición particular (Galeano, 2004). Se utilizaron como técnicas de generación de información la revisión documental transversal a todo el proceso y las entrevistas semiestructuradas.

Proceso metodológico y selección de la muestra

Para la selección de la población se recurrió a una muestra intencionada, por medio de un trabajo en red para identificar posibles participantes que cumplirían con los criterios de selección; esta fue una forma de iniciar la estrategia de bola de nieve. Al considerar el objetivo general de esta investigación, se debían identificar dos poblaciones diferentes: una conformada por parejas DINKS y otra conformada por terapeutas familiares, para posibilitar una mayor comprensión de las realidades familiares desde diferentes actores, escenarios y perspectivas. Se entrevistaron tres parejas y tres terapeutas familiares que cumplieran con los criterios de selección que se mencionan a continuación.

Los criterios de inclusión para las parejas DINKS fueron: ser mayores de dieciocho años, tener una convivencia mayor a dos años, no tener hijos, convivir con un animal de compañía –perro o gato– que sea considerado como miembro de la familia y residir en el área metropolitana. Los criterios de inclusión de los terapeutas familiares fueron: ser profesional en terapia familiar, tener una experiencia clínica mayor a cinco años, haber atendido en consulta a parejas –sin que fuera necesario que hayan sido parejas DINKS o que el motivo de consulta haya sido el animal de compañía– y residir en el área metropolitana.

Después de la selección de los participantes, se realizaron los encuentros para aplicar las entrevistas semiestructuradas, que fueron grabadas en audio y transcritas textualmente. Se consolidó una lista de temas recurrentes o procesos comunes relevantes para identificar los aprendizajes que plantea para la terapia familiar la relación de las parejas DINKS que reconocen a sus animales de compañía como miembros de su familia. Los relatos textuales fueron explorados inductivamente a partir del análisis de contenido mediante matrices, para generar categorías. En la construcción del texto se incluyeron algunos relatos textuales extraídos de las transcripciones de las entrevistas, las cuales aparecen dentro del contenido con los códigos PD (número) para identificar a las parejas y TF (número) para identificar a las terapeutas de familia. Según las consideraciones éticas establecidas, se usaron códigos para responder al principio ético de confidencialidad, y los participantes firmaron un consentimiento informado en el cual convinieron formar parte de la investigación y autorizaron el uso de la información suministrada para fines investigativos.

Hallazgos y análisis

Parejas DINKS

Las parejas participantes en esta investigación desconocían que las características de su relación correspondían a los DINKS, conformación familiar que ha venido en aumento en las últimas décadas en los países latinoamericanos. Al comparar los hallazgos sobre estas parejas con otros estudios, se identificaron aspectos en común, como la decisión de no tener hijos o aplazar su tenencia, el nivel profesional y los altos ingresos, que les han permitido viajar y tener una vida social dinámica (Roura, 2008; Barimboin *et al.*, 2013).

De acuerdo con los relatos de las parejas DINKS que participaron de la investigación, la decisión de no tener hijos o de posponerlo está atravesada por distintas razones, una de ellas corresponde a que la pareja no logra llegar a un acuerdo frente a la decisión de ser padres; cuando uno lo desea, el otro no. En otros casos, los hijos no forman parte del proyecto de vida de ninguno de los integrantes de la pareja, mientras otros desean postergarlo, tal como lo nombra PD1: “Él era quien estaba más interesado en tener hijos, y últimamente decía: ‘Ya no quiero’. ¡Bueno!, no importa, esperemos unos diez años, quién sabe que nos antojemos o no, pero en estos momentos es un asunto que no deseamos”.

Otra de las razones mencionadas tiene que ver con la percepción del contexto actual como desesperanzador, inhóspito e inseguro para la crianza de un hijo. De igual modo, las parejas refieren la responsabilidad y el compromiso para toda la vida. Además, la disponibilidad e inversión de recursos como tiempo y dinero, lo que a su vez podría influir en el aplazamiento de proyectos personales, laborales y académicos, de adquisiciones de bienes y servicios, y de disfrute de espacios de ocio y esparcimiento, contrario a lo que podría ocurrir con la tenencia de un AC, que no requiere un compromiso significativo en el cuidado ni la alta inversión de recursos que demandan los hijos.

Una de las parejas hace hincapié en factores que consideran complejos en el momento de tener hijos, como la responsabilidad, las condiciones del entorno y la crianza. Así lo ilustra el siguiente relato: “La responsabilidad que implica tener un hijo, el entorno en el que vivimos, un país de guerra, de violencia, lo difícil de la educación, los temores que implica tener un hijo, a veces se nos torna complicado. No tengamos hijos” (PD1). Por su parte, PD3 refiere el ámbito económico como otro aspecto que influye en la decisión de no tener hijos: “En este momento criar un niño sale muy costoso, entonces no. Un animal de compañía genera gastos, pero no tantos, porque gracias a Dios Milagros es un perro muy saludable”.

Aunque las parejas asociaron la decisión de no tener hijos con las múltiples responsabilidades y el compromiso que esto implica durante el resto de la vida, no se encuentra una versión única al respecto; la responsabilidad está asociada con distintos aspectos, es decisión de cada persona y no es exclusiva a la tenencia de los hijos. Tal vez sientan temor ante una experiencia desconocida o tengan anclados los discursos culturales que vinculan los hijos con sufrimiento y pérdida de la libertad –más en el caso de la mujer que del hombre–, o no haya una razón para explicar la decisión de no tener hijos.

Los argumentos expuestos por las parejas dejan ver las contradicciones presentes en la relación humano-AC, puesto que su tenencia en ocasiones representa altos costos económicos y demandas de cuidado en situaciones asociadas a la salud del animal. Lo anterior pone de manifiesto, como lo menciona Acero (2017), que “la frontera humano animal además de metafórica es contradictoria” (p. 97). La preferencia por los AC porque representan menos responsabilidades puede ir en detrimento del animal; incluso en algunos casos, cuando las familias empiezan a tener dificultades, optan por abandonarlos, regalarlos o someterlos a la eutanasia, y así no deben asumir las responsabilidades del cuidado ni los costos del tratamiento de una enfermedad.

Por otra parte, se encuentran parejas *DINKS* que consideran a sus AC como parte de un proyecto vital compartido que les proporciona satisfacciones de tipo individual y como pareja, lo asumen con responsabilidad y compromiso sin importar los costos económicos y emocionales que conlleve su tenencia. En este sentido, adquieren relevancia las implicaciones que tiene para una pareja atravesar un proceso de separación o divorcio cuando el AC es considerado integrante de la familia. Así, es de esperar que se presenten más situaciones como la ocurrida en abril de 2019 en la Comisaría de Familia de Belén en Medellín, en la que se acompañó el primer caso conocido en Colombia de una conciliación por la tenencia de un AC de una pareja que después de la separación realizó acuerdos respecto a los gastos y el tiempo que debía pasar el perro con cada uno de ellos. El comisario decidió aceptarlo al guiarse por la Ley 640 de 2001, la cual establece las normativas de las conciliaciones y reconoce en este procedimiento alternativo de resolución de conflictos los vínculos generados por cada integrante de la pareja con el AC y la necesidad de que el ordenamiento jurídico proteja esa relación.

Animal de compañía reconocido como miembro de la familia

De acuerdo con Acero (2017), es posible que las formas en que las parejas hacen referencia o nombran a los AC estén relacionadas con el lugar que ocupan en la familia de la que forman parte; no es lo mismo un AC que pertenece a un hogar diferente a aquel que es propio y por quien se tiene afectos y sentimientos. Esta relación influye en la interacción humano-animal y se refleja en la consolidación del vínculo entre estas dos especies, asociado con el significado que la persona, la familia o la pareja construye en esta interacción cotidiana; es decir, surge una representación particular en cada

uno, lo que determina el grado de importancia y el valor que simbolizan para los seres humanos. En este orden de ideas, Sable (2013) refiere que el vínculo que conecta a las personas con sus AC crea un apego emocional que aporta a la explicación de por qué son significativos para los seres humanos, tal como lo describen PD1, quienes distinguen el vínculo establecido con cada uno de sus AC: “Berska es el hijo y Milú es el hijastro, porque Milú no es de nosotros, él vino después, pero no lo escogimos nosotros tampoco, nos lo dejaron”. Por su parte, PD2 indica cómo se refieren a sus AC: “Sin humanizarlos son los hijos, nosotros los nombramos los niños, ‘¿ya les diste comida a los bebés?’, o ‘¿las niñas necesitan la comida?’”.

Las parejas entrevistadas que consideran a su AC como miembro de la familia y lo llaman hijo manifiestan que esto no debe entenderse en el sentido literal, puesto que no se equipara con lo que involucra gestar o adoptar uno, en términos de las implicaciones más allá de las responsabilidades que requiere, así como lo muestra PD2: “Aunque para mí signifique un hijo, no se le asemeja en nada a tener un hijo de verdad, pues es un proceso tenaz”. Sin embargo, otra de ellas manifiesta que aunque no se compara la tenencia de un ser humano con un AC, existe cierta semejanza en cuanto a los cuidados que un animal debe recibir, tal como lo argumenta la pareja PD1: “Siento que yo les brindo el mismo cuidado y la responsabilidad como si tuviera un hijo. Si ella se enferma, eso implica ir al veterinario, sus cuidados, sus baños, ser responsable frente al cuidado”.

Por otro lado, consideraban que la decisión de tener un AC no estaba relacionada con una posible compensación por la ausencia de hijos, no eran sustitutos en términos de afecto, cuidado ni compañía. Aunque una de ellas en retrospectiva admitió que tal vez su AC llegó a ocupar el lugar que podría tener un hijo en sus vidas: “Nunca pensé que era el sustituto del hijo, pero inconscientemente lo era, yo creo que desde el primer momento en que llegó” (PD2).

Al respecto, Agudelo (2013) afirma que con frecuencia se observa en las parejas DINKS la predilección de incluir en su grupo familiar al AC como una manera de compensar la ausencia de los hijos o subsanar la imposibilidad de concebirlos o no querer hacerlo. En este sentido, Gutiérrez (2017) indica que pese a que una de las características de las parejas DINKS es decidir no ser padres para dedicarle más tiempo a la relación y a sí mismos, y alcanzar metas profesionales, académicas y personales, comienzan a incluir al AC como un integrante más de la familia, al reemplazar la tenencia de hijos por

la del AC, principalmente por perros. Y el autor menciona términos como perro-papás, perro-abuelos y perro-hijos.

En este orden de ideas, Sable (1995) menciona que en las parejas sin hijos los AC cobran este significado tan especial, puesto que se perciben a sí mismos como cuidadores indispensables para sus animales, así como los hijos dependen de sus padres para la sobrevivencia, idea que refuerza la pretensión de llamarlos “hijos”. De otra parte, la influencia de estos en la dinámica relacional de las parejas DINKS puede fortalecer su vínculo, como lo advierte Allen (1995), quien alude a un estudio que señala que “las parejas con perros tenían un mayor bienestar y aquellas con mayor apego a su perro y confianza en él tenían una mejor relación” (p. 587). Asimismo, los AC pueden ser reguladores emocionales al mitigar el estrés y desviar o reducir los conflictos o su impacto negativo, pues su presencia permite cambiar el tono y el tema de las conversaciones en situaciones críticas (Allen y Blascovich, 1996).

La pareja PD3 llama la atención sobre lo que perciben ellos que causa en otros la relación cercana y el trato especial y familiar que tienen con su AC, a la vez que defienden su actuar:

Nuestra mascota no es tratada como todas. Cuando nosotros le decimos hijo delante de otras personas, que hace parte de la familia, quedan impresionados, porque quizá hay mucha gente que tiene un animal en la casa y es maltratado, o es simplemente un x, una carga. Él nunca ha sido para nosotros una carga.

Las parejas participantes del estudio consideraron que la interacción cotidiana con los AC permitió una cercanía que las llevó a establecer un vínculo afectivo y a significarlos como miembros de su familia, y otorgarles el nombre de “hijos”, “bebés” o “hijastro”. En este sentido, Gutiérrez *et al.* (2007) hacen mención al lugar de parentesco dado por las familias a sus AC, quienes pasan a ocupar un lugar importante en la vida y las actividades del diario vivir de sus dueños. Pensarlos en términos del parentesco muestra la vinculación profunda que se tienen con ellos.

De igual modo, las rutinas diarias vividas en los hogares con los AC denotan esa “familiaridad”, como lo afirman Serpell y Paul (2011) al decir que el “estatus de familia de los animales de compañía es confirmado por la clase de cosas que la gente hace con ellos” (p. 2). Al respecto, la investigación

Relación familia-animales de compañía: Aportes a la discusión acerca de la denominada familia multiespecie⁸ realizó una encuesta a 536 personas para identificar las prácticas cotidianas de las familias con sus AC. Concluyó que el 82% de las personas los incluían en las fotos familiares, el 72% afirmó dormir con ellos, el 99% hablaba con ellos y se sentía escuchado, y el 97% afirmó que los consideraban parte de la familia.

Vínculo humano-animales

Se entiende por vínculo el lazo cercano y afectivo que surge en la interacción entre dos personas y que trasciende en la relación humano-animales al reconocer a este último como integrante de la familia (Urizar, 2012). Los AC responden ante los cuidados y atenciones recibidos por sus cuidadores, brindan amor incondicional y permiten el contacto físico sin representar riesgo a través del abrazo y las caricias, siendo esta una necesidad fundamental para el ser humano y de la que disfrutan ambas especies (Walsh, 2009b).

Un AC puede ser asumido como una fuente de afecto y compañía, y como aquel ser que asume un rol terapéutico al proporcionar alivio a sus cuidadores, y que brinda consuelo y reconforta en los momentos de tristeza; sus gestos y actitudes podrían entenderse como una muestra de solidaridad. En este sentido, Walsh (2009a) afirma que los AC representan un apoyo social y emocional que facilita el afrontamiento de las dificultades, en la que la resiliencia juega un papel importante. Ante la sensación de vulnerabilidad, soledad o depresión, quienes forman parte del entorno están en libertad de preocuparse, alejarse o incomodarse, y es allí cuando el vínculo con el AC toma relevancia al brindar consuelo, afecto y una sensación de seguridad que fortalece la confianza de manera recíproca en esta relación.

Son estos algunos de los elementos que aportan a la construcción del vínculo humano-animales, el cual se representa a través del reconocimiento del AC como miembro de la familia. Aunado a lo anterior, la pareja PD3 refiere: “Cuando uno está triste y llora, nuestra mascota siente. Él va y pone la cabeza, como ‘¡aquí estoy!’”. Es muy raro porque no es como cuando uno lo llama a consentirlo, sino [que] él va a uno y se queda ahí”.

⁸ Investigación adelantada entre los años 2017 y 2019 por el Grupo de Investigación en Familia –GIF–, adscrito a la Facultad de Trabajo Social de la UPB y el grupo Centauro de la Facultad de Veterinaria de la UdeA, con la vinculación como auxiliares de investigación de estudiantes de la Facultad de Trabajo Social y el Semillero de Familia de la UPB.

Se observa que en el relato de las parejas, los AC representan más que compañía; simbolizan solidaridad, ternura, confianza, afecto, amistad e incondicionalidad, características que generalmente se le atribuyen al ser humano y que han ayudado a considerarlos miembros de la familia. La pareja PD1 expresa que se ha formado un vínculo de amor, al reconocer que en momentos de dificultad la presencia de su AC les genera una sensación de estabilidad: “Hace poco estaba angustiada. Lo que hizo Juana (AC) fue estar, se hizo al lado y se me montó encima, es un asunto de estar presente y tranquilizar. Me genera estabilidad el vínculo que se ha formado de amor”.

Ante comportamientos específicos de la pareja como juegos bruscos, alzar la voz, gritar o bailar, el AC pareciera entender que la pareja se encuentra en peligro, por lo cual demuestra su inconformidad al ladrar. Al mismo tiempo es un catalizador para regular las discusiones entre los miembros de la pareja, además de ser una oportunidad de volver a la calma y tener un diálogo asertivo. Ello da cuenta de la relevancia que ha tomado en las relaciones, especialmente en situaciones de conflicto en las que asume de alguna manera el papel de árbitro al evitar que trascienda la discusión, como lo relata la pareja PD3: “Milagros empieza a ladrar cuando jugamos brusco, parece que no le gusta la violencia, que uno grite a otra persona o que uno le vaya a agredir con golpes”.

Una manera de reafirmar al AC como integrante de la familia es integrarlo al cumplimiento de algunas de las normas establecidas en el hogar. Por este motivo se sanciona, se regaña o se premia, actitudes que el animal identifica a través del cambio en el tono de la voz de los cuidadores y de la indiferencia de estos al relegarlo de las actividades familiares. Ante esta actitud el AC espera pacientemente un cambio de la pareja para acercarse nuevamente con un comportamiento cariñoso, tal como lo narra la pareja PD3:

“No, señor, ya me dijeron que usted está castigado”. Él está esperando que cualquiera de los dos ceda o lo llame, él está atento. Entonces uno le cambia las palabras, el tono de voz; uno comienza: “Venga pues”. Ahí mismo se alegra, sale, mueve la cola. Y nosotros: “No, no, no, pero no lo hemos perdonado”, entonces vuelve y se echa (risas); es fantástico.

Varios estudios (Walsh, 2009b; Díaz, 2015; Gutiérrez *et al.*, 2007; Acero, 2017; Meléndez, 2014; Bentosela y Mustaca, 2006; Beck, 1999; Poresky y Hendrix, 1990) han descrito que es posible construir un vínculo con el AC a partir de la interacción entre el ser humano y el animal, en la que se

pretende suplir las necesidades básicas de acuerdo con su especie. Esta relación trasciende al surgir sentimientos de afecto que se fortalecen entre las dos especies al descubrir una manera de comunicarse a través del lenguaje analógico, de sonidos y de gestos. La comunicación reafirma el vínculo entre ellas, al punto de ser complejo, doloroso y casi impensable el hecho de considerar la pérdida del AC y reconocer este evento como uno de los momentos más difíciles por los cuales tendrán que atravesar, como lo relata PD3:

Nos da miedo pensar que Milagros ya no esté con nosotros, porque reemplazar ese amor es muy complicado, no hay otro como él. Y obviamente pues la ausencia. Y tenemos claro que es algo inevitable, que va a pasar, incluso le tenemos funeral, él tiene su funeraria y todo como nosotros; creo que si llega a faltar, me enloquezco.

La terapeuta de familia Froma Walsh (2009a) afirma que cuando un AC ha tenido influencia en la dinámica relacional de la pareja o la familia, el hecho de que muera es una pérdida que podría afectar el sistema relacional, y cuando este ha sido quien de algún modo ha regulado la tensión en la relación, puede provocar angustia y conflicto en ella. Los planteamientos de esta autora ponen de relieve que a partir del establecimiento del vínculo humano-animal y del significado que las parejas en el caso de esta investigación le otorgan al animal como miembro de la familia, es que pueden identificarse afectaciones en la relación, sin que signifique que el AC es igual a un ser humano. Existe la posibilidad de establecer un vínculo con otra especie, en el que hay un beneficio recíproco en tanto se reconozcan desde la diferencia y se respeten las necesidades de cada una de las partes, sin que uno se imponga sobre el otro, como ocurre con la humanización.

Aprendizajes para la terapia familiar

Los cambios sociales que impactan a las familias han generado importantes aprendizajes para la terapia familiar, y las parejas **DINKS** que consideran a sus AC como miembros de la familia no son la excepción. Al terapeuta estar en contacto con realidades dinámicas, debe prepararse para un proceso permanente de construcciones inacabadas que implican comprensiones, reconceptualizaciones y resignificaciones que desafían o cuestionan los cimientos académicos, teóricos e investigativos de la terapia familiar y del terapeuta de familia; incluso, este último puede sentir cuestionado su sistema de creencias.

El contexto de intervención de la terapia familiar está influenciado por las realidades sociales que emergen en el entorno del cual forma parte. Desde la formación profesional, se propician aprendizajes necesarios para realizar una adecuada intervención terapéutica en cuanto a la escucha activa, el respeto y la validez que se le otorga a la historia del consultante, y la curiosidad y el interés por indagar e identificar en los relatos segmentos que permitan al profesional, en conjunto con la persona que asiste a consulta, resignificar su historia. Por lo tanto, la experiencia profesional con la que cuentan los terapeutas para atender a las distintas organizaciones familiares que han surgido como resultado de la propia dinámica social es innegable, y aunque los entramados relacionales son el foco de la terapia, no puede dejarse a un lado la influencia de los factores externos que constantemente influyen en la dinámica familiar, en ocasiones nuevos para el terapeuta y en otras para la terapia familiar. De esta manera, se pone de manifiesto la pertinencia de profundizar en aquellos temas que desconocemos y que pueden ser del interés del profesional o de relevancia para la terapia misma.

De acuerdo con lo antes mencionado, la terapeuta familiar TF3 comenta que las familias son dinámicas y cambiantes, y la realidad va a un ritmo más acelerado que el conocimiento: “Es como si la realidad fuera más rápido que el conocimiento, como si las teorías y el conocimiento fueran detrás de la realidad. Todos los días pasa algo diferente y lo que hacemos es que vamos teorizando detrás de”.

En este sentido, Díaz (2015) llama la atención sobre la necesidad de acercarse y conocer esta realidad social que viven algunas parejas *DINKS* con sus AC considerados miembros de la familia desde una postura sistémica, que hace una lectura relacional, de tal manera que todos los que ocupan el lugar de integrantes puedan participar en las intervenciones, los relatos y las construcciones. Asimismo, Walsh (2009a) enfatiza que la perspectiva sistémica es esencial para comprender la importancia de los vínculos con el AC y considerarlos en relación con procesos dinámicos de las familias e integrados en sistemas sociales complejos.

Desde esta perspectiva y en conjunto con los postulados de la cibernética de segundo orden, el lugar del terapeuta es relevante en la construcción del sistema terapéutico en la medida que pueda propiciar una relación horizontal con la familia, invitar a procesos colaborativos, facilitar el proceso dialógico, tratar de coconstruir y comprender las realidades, utilizar la curiosidad como camino a la neutralidad y ocuparse del *self* del terapeuta (Anderson, 1999).

Sobre este último aspecto, una de las terapeutas familiares participante indica que esta realidad en la que el AC es reconocido como miembro de la familia puede llegar a cuestionar, contradecir y desafiar el sistema de creencias o el ser del profesional, lo que a su vez es la principal herramienta con la que cuenta; por consiguiente, considera necesario que la formación en terapia familiar incluya aspectos técnicos, metodológicos y del ser. En este sentido, Ceberio y Linares (2005) refieren que “más allá de la formación teórica y práctica, conviene no olvidar que el terapeuta es, fundamentalmente, un ser humano” (p. 134). Por esto mismo, el *self* del terapeuta ha de ser tenido en cuenta, y en su proceso de formación es pertinente hacer un trabajo que le permita reconocerse desde sus emociones, cogniciones, historia y contextos social y cultural. Cabe señalar que ambas dimensiones de la formación del terapeuta –es decir, la profesional y la personal– son indispensables y la una no excluye la otra (Garzón, 2008).

Nombrar al AC como miembro de la familia es un tema de discusión tanto teórico como práctico. Los terapeutas familiares que formaron parte de este estudio refieren su inquietud ante los relatos sobre el AC que en ocasiones traen a consulta las parejas DINKS y que ha empezado a formar parte de la cotidianidad no solo de estas parejas, sino de un gran número de personas en la sociedad actual (Gutiérrez *et al.*, 2007; Acero, 2017).

A algunos terapeutas les cuestiona el hecho de que al AC se le considere un miembro de la familia y que sea entendido como otro igual respecto al ser humano; sin embargo, el lugar que ocupa es diferente para cada familia o persona de acuerdo con sus vivencias, la construcción de significados y atributivos culturales que hacen difícil enmarcarlo en una única definición, tal y como lo afirma Acero (2017) a continuación:

Las significaciones y actitudes culturales contemporáneas difícilmente se pueden ubicar en una sola categoría. Los animales de compañía no siempre tienen un solo significado: son hijos pero también objetos; son substitutos de compañía humana, pero se les aprecia por su valor inherente como animales; son fuente de placer, pero también de problemas; hay quienes los quieren, otros les sienten miedo o desprecio. (p. 94)

Si bien las parejas nombran a su AC como un miembro más de su familia, es pertinente que los terapeutas familiares identifiquen las características y los significados que los consultantes le atribuyen para otorgarle el lugar de integrante, y comprender la influencia que puede tener en la dinámica

familiar, sin que esto signifique equipararlo con un ser humano. Por el contrario, se espera el respeto de su especie y de sus condiciones particulares (Acuña y Alvial, 2017; Arango *et al.*, 2018).

En algunas narrativas de los terapeutas participantes se menciona que los AC no deben ser vistos como parte de la familia, sino como lo que son, sin desconocer que tienen un lugar significativo para sus dueños. Pero equipararlos con los humanos y humanizarlos puede convertirse en maltrato animal, al desconocer su naturaleza y sus necesidades, para anteponer los deseos de los humanos. En este sentido, TF1 señala:

¿Miembro de familia? Yo haría ciertas preguntas para ver qué tan miembro de familia es: “Si ustedes se van de paseo, ¿siempre se lo llevan? ¿Cómo lidian con el tema de que van a un hotel y no reciben al perro? ¿Buscan lugares donde estar como hoteles y restaurantes donde necesariamente les puedan aceptar a la mascota?”. Eso me ayudaría a mí a entender si es un decir de ellos o si realmente ellos así lo consideran.

Por su parte, TF2 indica que “uno tiene que aprender a diferenciar que los animales de compañía son animales de compañía, con los que uno genera afectos, genera cercanía, pero generarles un trato humanizado creo que también es una forma de generar maltrato”.

Al respecto, Acero (2017) señala que este trato humanizado está ligado al desconocimiento de la naturaleza, que se une con el deseo de las personas de dar y recibir afecto, lo que podría ser una barrera para la relación humano-animal. A esto se suman estudios como los de Coello (2018) y Checa y Rodríguez (2014), quienes definen la humanización como la atribución al AC de cualidades, emociones y características propias del ser humano, al ignorar aquellas que son particulares de su especie y causar sufrimiento.

El significado que tenga el AC para el terapeuta familiar puede diferir del que trae la familia. No es labor del terapeuta confrontar o convencer al consultante de que está equivocado solo porque no comparte su postura. Si una familia consultara porque considera a su AC como un integrante más y este se encuentra inmerso en una situación relacional problemática, la labor del terapeuta es identificar las dinámicas, los significados y las representaciones que están implícitos en los relatos y a partir de allí orientar la intervención. En este sentido, TF1 plantea:

Yo no entraría en la discusión de “mira, te voy a tratar de demostrar que el animal es un animal y que no es un miembro de tu familia”, porque para ellos sí lo es y creo que nosotros como terapeutas tenemos que entender que para ellos sí lo es. Entonces más importante que entrar en el contenido es en los patrones, es en las dinámicas, es en los significados; es desde ahí que tenemos que trabajar.

Algunos de los terapeutas entrevistados refirieron haber tenido parejas DINKS en consulta y que durante las sesiones emergió el AC en medio de los conflictos de la pareja, como una excusa para iniciar una discusión. Los consultantes hacían mención a aspectos sobre aquello que les disgustaba en relación con el cuidado o la tenencia, y en otros casos cuando uno de los miembros se disgustaba con la pareja, también se disgustaba con el AC, como lo comenta TD2: “Él decía: ‘Cuando fulanita está enojada conmigo, yo me tengo que ir solo con el perro, ella no saca al perro, me toca a mí, es como si nos abandonara a los dos y se molestara con los dos’”. En este orden de ideas, Caín (1985) refiere que los AC pueden quedar triangulados en conflictos relacionales. Frente a una posible triangulación, una de las terapeutas señala que lo más indicado es sacarlo del conflicto, establecer límites y abordar los desacuerdos de la pareja.

Lo más importante fue sacar los animalitos de ahí. Y lograr ubicar que la tensión entre los dos no la tenían que pagar otros, que podrían ser los hijos si tuvieran, o podría ser algún otro pariente. En cambio, cuando ellos logran verse de manera bidireccional y no triangulada, logran identificar que no es necesario, no es justo que sean otros, que además son espectadores y no tienen incidencia ni forma de defenderse, hagan parte de. Es que la mascota es a lo que hagan por ellos, entonces que ellos logren ver diferente las responsabilidades que tienen que asumir sirvió en ese momento. (TF3)

En suma, Caín (1983) menciona que el sistema familiar está conformado por miembros interconectados, sus lugares y sus relaciones. Los AC con frecuencia son considerados el pegamento de la familia, acercan a los integrantes y aumentan la cohesión familiar, mejoran la cotidianidad y promueven mayor interacción y comunicación. Sin embargo, no en todos los casos ocurre de esta manera, como es el tema de la triangulación, que si bien no fue el eje central de esta investigación, sí fue un asunto referido por varias de las terapeutas participantes, quienes acompañaron casos en los que la pareja se trianguló con los AC. Al respecto, Caín (1985) manifiesta que los triángulos

son una forma en que los seres humanos lidian con estados emocionales intensos y en la que están implicadas ya sea tres personas o dos personas y el problema. Lo anterior hace pensar en la posibilidad de que persista la llegada de casos a consulta en los que el AC tenga relevancia, lo que invita al profesional en terapia a considerar la pertinencia de aprovechar este recurso para beneficio del proceso terapéutico, sin olvidar la legitimidad que puede llegar a tener su voz y sus invitaciones durante las sesiones.

Por otro lado, los terapeutas entrevistados coincidieron con otros autores (Acero, 2017; Arango *et al.*, 2018; Díaz, 2015; Gutiérrez *et al.*, 2007; Charnetski *et al.*, 2004) en que el AC puede traer beneficios para la familia, y no descartan la posibilidad de profundizar en el tema para comprender una posible influencia de este en la dinámica relacional de la pareja. Por tanto, es pertinente que los terapeutas familiares interesados en esta realidad investiguen y amplíen sus conocimientos acerca de la influencia del AC en las familias, desde el significado que cada uno de sus integrantes le otorga, con el propósito de acrecentar las perspectivas de intervención de la terapia familiar.

Conclusiones

Las parejas participantes no sabían que su conformación se denominaba *DINKS*, organización familiar que se encuentra en aumento en las últimas décadas en los países latinoamericanos. Al comparar los hallazgos en estas parejas con otros estudios, se identificaron aspectos en común, como el nivel profesional, los altos ingresos económicos, una vida social activa y la decisión de no tener hijos o de aplazar su tenencia. Para sustentar dicha decisión las explicaciones son diversas, entre ellas se encuentran: la dificultad para llegar a un acuerdo, los tiempos del deseo de tenerlos no coinciden, los hijos no son parte de sus propósitos de vida, el entorno es peligroso para la crianza, los altos costos económicos, el grado de responsabilidad y el compromiso que implican. Estos argumentos ponen de manifiesto contradicciones presentes en la relación humano-AC, puesto que los AC conllevan altos costos económicos y demandan cuidados, tiempo y reorganización de las responsabilidades en el interior del hogar.

Las parejas consideran a su AC como miembro de la familia, no como el reemplazo de un integrante humano, como es el caso de los hijos. Aunque los nombren como tal, advierten que no es en sentido literal, pues no

podrían compararse; no obstante, una pareja en particular señala que de cierto modo su AC podría compensar la ausencia de los hijos, en razón del afecto y los vínculos estrechos que llegan a tejerse. En cuanto a los terapeutas familiares, a algunos les cuestiona el hecho de que a estos se les considere miembros de la familia, y a todos les inquieta que pueda ser entendido como otro igual respecto al ser humano.

Las parejas participantes consideraron que habían logrado a través de la interacción cotidiana establecer una cercanía en la que había surgido un vínculo afectivo con sus AC, lo que los llevó a significarlos como miembros de la familia. Representan más que compañía; los identifican con amor, confianza, incondicionalidad, ternura, afecto, amistad y solidaridad. Además, se presentan como un apoyo social y emocional para sobrellevar situaciones dolorosas y conflictivas, y sentimientos de soledad, angustia y tristeza. Temen el momento de su muerte y contemplan a este ser y este vínculo como irremplazables, lo que pone de relieve la necesidad de procurar una relación equitativa entre estas especies, en coherencia con las necesidades y diferencias de cada una.

El terapeuta familiar puede estar en desacuerdo con el significado que tiene el AC para la familia y cuestionar el hecho de que sea considerado como integrante. No obstante, en el caso de que la relación humano-AC se traiga a la conversación terapéutica, el profesional debe sumergirse desde la perspectiva sistémica y constructorista en el diálogo para comprender juntos dinámicas, interacciones, patrones, lugares de los integrantes, historias y situaciones conflictivas que suscitaron un espacio de consulta. Igualmente, para acompañar dicho diálogo desde una postura colaborativa, el terapeuta debe ocuparse de su ser, para reconocerse desde sus sentimientos, pensamientos, historia y creencias, pues ello atraviesa los procesos que acompaña.



La presencia de los AC se ha incrementado en las familias colombianas en las últimas décadas, lo que aumenta las posibilidades que en un futuro cercano más parejas y familias lleven al espacio terapéutico situaciones que emergen tras la tenencia de estos, tales como conflictos en los que el AC sea triangulado con la pareja, dificultades respecto al cuidado y responsabilidades, duelos por la muerte del animal o por la separación, por mencionar solo algunos. Ante este panorama, se considera pertinente que la terapia familiar profundice sobre la interacción humano-animal para procurar reciprocidad entre la investigación y la práctica, y ampliar las perspectivas y escenarios de intervención de esta especialidad, que debe conectarse con los cambios que trae la realidad social manifiesta en las familias.

Referencias

- Acero, M. (2017). *La relación humano-animal de compañía como un fenómeno sociocultural: perspectivas para la salud pública* (tesis de doctorado). Universidad Nacional de Colombia.
- Acuña, M. S. y Alvial, C. V. (2017). *El miembro no humano: Una aproximación sistémica relacional hacia la comprensión de familia en parejas con mascotas* (tesis de pregrado). Universidad de Chile. Repositorio Académico UC. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/174115>
- Agudelo, L. (2013). *Realidades familiares contemporáneas: algunas contingencias en la estructura familiar, desafíos para la intervención terapéutica* (tesis de maestría). Universidad Pontificia Bolivariana.
- Allen, K. (1995). Coping with life changes and transitions: The role of pets. (Enfrentar los cambios y transiciones de la vida: El rol de las mascotas). *Interactions*, 13(3), 5-8.
- Allen, K. y Blascovich, J. (1996). Anger and hostility among married couples: Pet dogs as moderators of cardiovascular reactivity to stress. (Rabia y hostilidad en parejas casadas: Perros mascota como moderadores de reactividad cardiovascular al estrés). *Psychosomatic Medicine*, 58, 1-2.
- Anderson, H. (1999). Reimagining family therapy: reflections on Minuchin's invisible family. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25, 1-8.
- Arango, D., Carmona, E. y Zapata, M. (2018). *Significados que construyen las familias pertenecientes al grupo Canicross del municipio de Bello – Antioquia, acerca de la dinámica familiar con la vinculación de la mascota* (tesis de pregrado). Corporación Universitaria Minuto de Dios. Repositorio Uniminuto. <http://hdl.handle.net/10656/6268>
- Barimboin, D., Bonelli, A. y Calero, A. (2013). El lugar del hijo en la sociedad posmoderna. Parejas Dinks. *Borromeo*, 4, 27-45. <http://borromeo.kennedy.edu.ar/Articulos/Barimboimparejasdinks.pdf>
- Beck, A. M. (1999). Companion animals and their companions: sharing a strategy for survival. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 19(4), 281-285.
- Bentosela, M. y Mustaca, A. E. (2006). Comunicación entre perros domésticos (Canis familiaris) y hombres. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 375-387. <http://www.scielo.org.co/pdf/rtps/v39n2/v39n2a12.pdf>
- Bernal, I. C. . (2020). "Juntos aunque separados". Parejas LAT en la ciudad de Medellín. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, 29 (29), 173-194.
- Boscolo, B. y Bertrando, P. (1996). Los tiempos del tiempo una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas. *Paidós Ibérica*
- Caín, A. (1983). A study of pets in the family system (Un estudio de las mascotas en el sistema familiar). En A. Katcher y A. Beck (Eds.), *New perspectives on our lives with companion animals (Nuevas perspectivas sobre nuestra vida con animales de compañía)* (pp. 72-81). University of Pennsylvania Press.

- Caín, A. (1985). Pets as Family Members. *Marriage & Family Review*, 8(3-4), 5-10. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J002v08n03_02
- Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y análisis cualitativo. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (23).
- Ceberio, M. y Linares, J. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica: La construcción del estilo terapéutico*. Paidós Iberia.
- Charnetski, C. J, Riggers, S. y Brennan, F. X. (2004). Efecto de acariciar a un perro en la función del sistema inmunitario. *Psychological Reports*, 95(3_suppl), 1087-1091. <https://doi.org/10.2466/pr0.95.3f.1087-1091>
- Checa, L. y Rodríguez, E. (2014). Problemas y consecuencias de humanización de los animales. *Asociación medioambiental para la conservación de plantas y animales AMECO*, párr. 9. <http://noticiasameco.blogspot.com/2014/04/humanizacion-de-los-animales.html>
- Coello, Z. (2018). Características de un perro humanizado. *Experto animal*. <https://www.expertoanimal.com/caracteristicas-de-un-perro-humanizado-23510.html>
- Congreso de la República de Colombia. (1887). Código Civil Colombiano.
- Congreso de la República de Colombia. (2016). Ley 1774 de 2016. Por medio de la cual se modifican el Código Civil, la Ley 84 de 1989, el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y se dictan otras disposiciones. <https://bit.ly/3ioRJWr>
- Corte Constitucional de Colombia. (1997). Sentencia T 035. Régimen de propiedad horizontal [Hernando Herrera Vergara] <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/t-035-97.htm>
- Díaz Videla, M. (2015). El miembro no humano de la familia: las mascotas a través del ciclo vital familiar. *Revista Ciencia Animal*, 9, 83-98. <https://bit.ly/3wThAd4>
- Donati, P. (2003). Manual de sociología de la familia. *Revista Internacional de Sociología*, 61(35), 231-233.
- Fenalco. (2016). *Estudio de mascotas*. <http://www.fenalco.com.co/node/1863>
- Galeano, M. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Fondo Editorial Universidad Eafit.
- Galeano, M. (2018). *Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada*. La Carreta.
- Garzón, D. I. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: su intersección en la formación de terapeutas sistémicos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 4(1), 159-171.
- Giddens, A. (2007). *Un mundo desbocado, los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Taurus.
- Gutiérrez, C. G. (2017). *La perla. Club social, cultural, ocupacional y de emprendimiento: una alternativa para la comunidad LGBT de la zona metropolitana de Guadalajara* (tesis de maestría). ITESO. <https://rei.iteso.mx/handle/11117/4728>
- Gutiérrez, G., Granados, D. y Piar, N. (2007). Interacciones humano-animales: características e implicaciones para el bienestar de los humanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 16. 163-184.

- Johnson, J. (2009). *Dogs, Cats, and Their People: The Place of the Family Pet and Attitudes about Pet Keeping*. UWSpace.
- Meléndez, L. (2014). El vínculo humano-animal y sus implicaciones para la psicología en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 160-182.
- Nast, H. (2006). Critical pet studies? *Antipode*, 38(5), 894-906.
- Poresky, R. y Hendrix, C. (1990). Differential effects of pet presence and pet-bonding on young children. *Psychological Reports*, 67, 51-54.
- Rivas, N., Pautt, V. y Bent, N. (2017). Familias y mascotas: Una construcción relacional en torno a la tenencia y cuidado de caninos adoptados (tesis de pregrado). Universidad de Antioquia. Repositorio UdeA. <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/14022>
- Roura, I. (2008, octubre). Las 5 nuevas familias mexicanas. *Entrepreneur México*, 16, 46.
- Sable, P. (1995). Pets, attachment, and wellbeing across the life cycle. *Social Work*, 40(3), 334-341.
- Sable, P. (2013). The pet connection: an attachment perspective. *Clinical Social Work Journal*, 41(1), 93-99. <https://doi.org/10.1007/s10615-012-0405-2>
- Serpell, J. A. y Paul, E. S. (2011). Pets in the family: An evolutionary perspective. En T. K. Shackelford & C. A. Salmon (Eds.), *The Oxford Handbook of Evolutionary Family Psychology*. Oxford University Press.
- Urizar, M. (2012). *Vínculo afectivo y sus trastornos*. <http://www.avpap.org/documentos/bilbao2012/DesarrolloAfectivoAVPap.pdf>
- Walsh, F. (2009a). Human-animal bonds I: The relational significance of companion animals. *Family Process*, 48(4), 462-480.
- Walsh, F. (2009b). Vínculos entre humanos y animales II: el rol de las mascotas en las familias y la terapia familiar. *Family Process*, 48(4), 584-606.

 <p data-bbox="345 269 490 342">Universidad Pontificia Bolivariana</p>	<p data-bbox="561 280 701 305">SU OPINIÓN</p>	
<p data-bbox="278 384 973 444">Para la Editorial UPB es muy importante ofrecerle un excelente producto. La información que nos suministre acerca de la calidad de nuestras publicaciones será muy valiosa en el proceso de mejoramiento que realizamos.</p> <p data-bbox="340 445 911 487">Para darnos su opinión, comuníquese a través de la línea (57)(4) 354 4565 o vía correo electrónico a editorial@upb.edu.co</p> <p data-bbox="340 487 911 529">Por favor adjunte datos como el título y la fecha de publicación, su nombre, correo electrónico y número telefónico.</p>		

Esta obra se publicó en archivo digital
en el mes de agosto de 2021.

Este libro contiene los resultados de doce investigaciones realizadas en la Maestría en Terapia Familiar UPB entre 2011 y 2020, todas de tipo cualitativo, con enfoque hermenéutico, fenomenológico o interaccionismo simbólico que, mediante estudios de caso o investigaciones documentales procuraron comprensiones en torno a dos ejes: a) realidades que viven las familias en la contemporaneidad: significados, formas de relacionarse o situaciones que enfrentan; b) los procesos terapéuticos con familias: la persona del profesional, algunas formas de acompañamiento, y aprendizajes desde la terapia familiar ante las vivencias particulares que se atienden. De ahí que esta publicación presenta una pluralidad de preocupaciones investigativas vigentes que ha motivado los trabajos de grado durante la primera década del programa y los aportes de estas reflexiones al campo de la Terapia Familiar.

