

31966



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR  
SISTEMICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
LUCINA JIMENEZ VEGA

DIRECTORA DE REPORTE: PRESIDENTA DRA. MARIA SUAREZ CASTILLO

JURADO DE EXAMEN:

TITULAR: MTRA OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

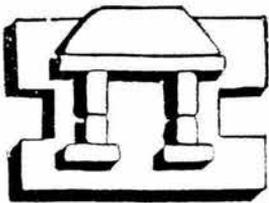
TITULAR: MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA E.

TITULAR: MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA

TITULAR: DRA. IRIS XCHITL GALICIA MOYEDA

SUPLENTE: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO

SUPLENTE: MTRA. MARIA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO



IZTACALA

LOS RLYES IZTACALA EDO. DE MEXICO

SEPTIEMBRE DEL 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



## UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

### RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

**LUCINA JIMÉNEZ VEGA**

DIRECTORA DE REPORTE: PRESIDENTA DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO

JURADO DE EXAMEN: TITULAR: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

TITULAR: MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA E.

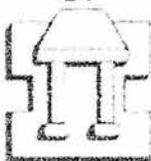
TITULAR: MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA

TITULAR: DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA

SUPLENTE: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO

SUPLENTE: MTRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO

LOS REYES IZTACALA EDO. DE MÉXICO septiembre del 2004



## AGRADECIMIENTOS

Este reporte se realizó bajo la dirección de la DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO, a quien agradezco profundamente la responsabilidad, el compromiso mostrado y el afecto para conmigo; tanto en la tutoría de este reporte como a lo largo de mi estancia en la Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Maestría en Psicología.

Gracias por acompañarme e instruirme durante estos años en mi formación como terapeuta familiar.

Gracias por ser ejemplo de entrega y compromiso como tutora y como persona, reconozco que eres un extraordinario ser humano.

Con respeto y afecto te escribo. Gracias. MAR.

A la maestra Ofelia Desatnik por el apoyo que siempre mostró para mi formación como terapeuta familiar. Gracias.

A todas las docentes y supervisoras de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, quienes contribuyeron también enseñando, orientando, guiando, supervisando a esta terapeuta familiar. Gracias.

A Miguel Márquez y a Jorge Enrique Urbina, agradezco su solidaridad para poner la video tecnología y la multimedia, al servicio de mi reporte de experiencia profesional.

Gracias.

A JORGE ENRIQUE URBINA ESLAVA

Corazón, esposo, cuore, tenías que estar aparte, te amo y respeto y te reconozco que eres un hombre inteligente, responsable, honesto y amable; gracias por tu nobleza y por estar conmigo en las buenas y en las malas. Eres un ser humano extraordinario, que proyecta su sombra benéfica para mí y para los demás (a muchos nos consta), a tu lado me siento amada, protegida, correspondida.

Te amo Jorge, infinitas y amorosas gracias.

A DIOS.

Al Pueblo de México.

Porque nuevamente por su apoyo estoy aquí finalizando la Maestría.  
Gracias.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Porque para mí, son y han sido, simbólicamente hablando madres nutridoras y desinteresadas que dan todo lo que pueden y tienen y más, amo a la Universidad, estoy orgullosa de haber egresado de ella, de trabajar aquí y de lo que representa a nivel nacional. Infinitas gracias.

A mi padre Fortino Jiménez Ortiz.

Ejemplo de hombre honesto, trabajador y responsable, siempre fuiste para mí un gran apoyo, un padre amoroso, comprometido y solidario, es por eso, por tu influencia, por tus valores, que reconozco que he tenido otros alcances. Te amo papá. Gracias.

A mi madre Lucina Vega Manjarrez.

Mamá siempre haz sido para mí un ejemplo de mujer responsable y trabajadora, llena de ánimo, audaz, de buenos deseos, gracias por tus consejos, ¿sabes? en ciertos aspectos soy como tú y me alegro, gracias por todo lo que me haz dado y que a lo largo de mi vida me ha permitido alcanzar otras metas, como puedes darte cuenta mamá, me educaste bien. Te amo, mamá. Gracias.

A mis hermanos

Me encanta decir que en total somos siete hermanos, que con los años somos y estamos más cercanos.

Laura

Mi hermana mayor, siempre estás y mucho más cuando haces falta, aprendí de ti a buscar ser lo mejor en la vida. Gracias Laurita.

Fortino

Mi hermano mayor siempre escuchando y teniendo una palabra grata, te admiro tu capacidad de respeto hacia los demás. Gracias Tino.

Enrique

Me haz enseñado a ser atenta, bien hecha, haz estado cuando te he necesitado. Henry gracias.

Adrián

Simpático e ingenioso como tú sólo, me gusta tu audacia y seguridad, te lo he aprendido. Gracias Adriano.

Alma

Hermana me haz enseñado la preocupación y el amor por los demás, te admiro el empeño y la dedicación en tu labor profesional, personal y familiar. Gracias. Te quiero.

Norma

¿Sabes Noy? que eres y te portas solidaria, honesta y comprometida, me siento acompañada por ti, hermana la más chica, te quiero. Gracias.

Recordando que entre otras dedicatorias mi tesis de Licenciatura la dediqué a mi misma,

No podía en esta ocasión dejar de hacer lo mismo.

Dedico esta tesis a Lucina Jiménez Vega por su curiosidad intelectual, esfuerzo e interés siempre en aprender, y que conociéndola como la conozco, buscará más proyectos de formación académica, profesional y personal.

A Norma Lucía Reyes Jiménez

Normita Yolotzin, Normilú, a tus siete años ya te perfilas como un buen ser humano, que más se le puede pedir a la vida, inteligente, amable, amorosa, ecologista, con iniciativa, en fin que más puedo decir que no delate mi cariño por ti. Te quiero. Tu tía Luci.

<b>INDICE</b>	2
<b>I. Introducción y Justificación</b>	4
1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar.	4
1.1. Características del campo psicosocial.	5
1.2. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	8
2. Caracterización de la entidad participante y de las sedes donde se realizó el trabajo clínico.	24
2.1. Contexto del programa, descripción y análisis sistémico de la entidad participante y las sedes.	24
<b>II. Marco Teórico</b>	34
1. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar y Posmoderna.	34
1.1 Modelo Estructural.	34
1.2 Modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas.	50
1.3 Modelo de Terapia Breve Orientada a Soluciones.	57
1.4 Modelo Estratégico.	66
1.5 Modelo de Milán.	74
1.6 Enfoque Posmoderno.	81
1.7 Terapia Narrativa	86
1.8 Postura Colaborativa	91
1.9 Equipo Reflexivo	94
<b>III. Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales</b>	97
1. Integración de expedientes por familia	97
2. Habilidades clínicas terapéuticas	97
3. Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica con familias	99
4. Sistema terapéutico total	112
5. Ética Profesional	115
6. Diseño de otras intervenciones	117
6.1 Intervención en red	117
6.2 Intervención comunitaria	121

6.3 Productos Tecnológicos	122
6.4 Elaboración y Aplicación de Proyectos de Investigación Cuantitativos y Cualitativos	129
<b>IV. Consideraciones Finales</b>	131
<b>Bibliografía</b>	134
<b>Anexos</b>	140
Manual sobre Terapia Estructural	141
Manual de Terapia Breve Centrada en Problemas	142
Manual de Terapia Breve Centrada en Soluciones	143
Ejemplo de Manuales	144
Productos Tecnológicos Colectivos	145

## **I. Introducción y Justificación**

### **1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar:**

El cambio de milenio se asoció con la posibilidad de que ocurrieran eventos de distinta índole, algunos problemáticos y otros relacionados a cambios positivos en el mundo y en la humanidad.

Por desgracia, tanto a nivel mundial como en nuestro país, el aumento gradual y por momentos abrupto del desempleo, el incremento en la pobreza, la delincuencia, la violencia familiar, los problemas de salud y una cada vez mayor matrícula escolar que requiere educación, sin la posibilidad real de darle satisfacción; nos confronta con la necesidad de encontrar soluciones a tales problemas, para lo cual desde hace años se contempló la necesidad de trabajar interdisciplinaria y multidisciplinariamente para el abordaje de los problemas enunciados.

El Gobierno Federal (Ulloa, 1997) ha tratado de atender a los problemas de marginación, pobreza, económica, social y familiar, por medio del Programa de Educación, Alimentación y Salud (PROGRESA); su propósito es que las familias con mayor marginación y pobreza, logren desarrollar sus potencialidades y aprovechen al máximo las oportunidades sociales, económicas y culturales que se les brinden en el futuro próximo. Actualmente se estima que un 60 % de la población en México, se encuentra en estado de extrema pobreza (Robles, 2000).

Con respecto a los profesionales de la salud, es claro que se requiere de una estrategia que integre múltiples factores para que los cambios sociales se expresen; un programa como PROGRESA en aislado, no tiene la eficacia esperada. Sin embargo, parte de estos numerosos problemas, son atendidos por médicos generales, especialistas, odontólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, y particularmente por los psicólogos, que en aislado o en conjunto han tratado de dar satisfacción a esas demandas, tanto de manera institucional pública, o privada. No obstante, cada vez es más evidente la necesidad de contar con profesionales de la salud capacitados y especializados en el tratamiento de problemas psicológicos, de una manera competente y con la posibilidad de atender a un número mayor de pacientes, de forma diferente a los que habitualmente se atienden en el ámbito privado.

Esto es factible y tendría mayores alcances si en vez de considerar exclusivamente al individuo, se pretendiera abocarse a un ámbito mayor y de otro nivel de complejidad, como lo es el entorno familiar (INEGI, 1998).

La familia constituye un objeto de estudio, a la vez que representa una gran riqueza para la observación y comprensión de los fenómenos sociales, culturales, demográficos y económicos. En la familia se reproducen en cierta medida y en pequeña escala, distintas normas y comportamientos sociales, se observan pautas de producción y reproducción, se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas, conflictos y se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, con relaciones de poder y dominación entre generaciones y géneros, entre otros aspectos.

La situación económica general ha provocado que muchas familias estén adoptando estrategias tendientes a reducir o mitigar el impacto del desempleo y de los bajos salarios. Estas estrategias de adaptación involucran tanto a la organización interna del grupo familiar, como al reforzamiento de los vínculos de parentesco que dan cuenta de la existencia de una red de comunicación y apoyo entre familias emparentadas, más allá de los muros de la vivienda. De hecho, se ha incrementado la participación económica de los miembros del hogar, a tal grado que el esquema del padre como proveedor único, está cediendo terreno frente al reconocimiento cada vez mayor de las actividades económicas desarrolladas por la esposa y los hijos, quienes en algunos casos contribuyen de manera importante a la obtención de ingresos para el sostenimiento del hogar. (Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, UNAM FESI, 2001, p. 4-5).

### 1.1 Características del campo psicosocial

El contexto psicosocial funciona de manera integrada con el desarrollo físico, psicológico, social, cultural y espiritual del individuo, siempre y cuando éste proporcione la seguridad necesaria y suficiente para dicho desarrollo; es decir, contar con alimentación y vivienda apropiada, escuela, salud, diversión; de no ser así, en vez de un efecto facilitador, se obtendría una detención en las posibilidades de desarrollo de una persona en sus diversas áreas de desarrollo humano. Particularmente en el caso de México y con una cifra impresionante del 60% de población en condiciones de extrema pobreza, el papel del contexto psicosocial funciona en general como limitante, porque se observa inseguridad por los robos, secuestros, desempleo, violencia familiar, delincuencia, drogadicción, falta de oportunidades escolares, de empleo respetuoso y bien remunerado, que finalmente y entre otras consecuencias, acarrea altos niveles de estrés, violencia, enfermedades

psicosomáticas, enfermedades producidas por malos hábitos higiénico dietéticos y pobre calidad de vida, entre otras.

Entre los principales problemas que presentan las familias encontramos los siguientes:

Violencia familiar, abuso sexual, fármaco dependencia, alcoholismo, suicidio, maltrato infantil, reprobación y deserción escolar, enfermedades psicosomáticas, depresión, delincuencia. A continuación se presenta una tabla que describe las problemáticas encontradas en la atención a familias que acuden a Terapia Familiar en la Residencia de Terapia Familiar Sistémica de la FES Iztacala (Suárez, 2003).

#### MOTIVOS DE CONSULTA Y PROBLEMÁTICA

Bajo rendimiento escolar y problemas familiares	42	Ideaciones suicidas	3
Enfermedades psicosomáticas y dificultades para relacionarse	10	Comunicación y Violencia Familiar	20
Depresión e intento de suicidio	8	Consumo de Substancias Tóxicas	8
Agresión y Rebelión	10	Problemas de alcoholismo	3
Depresión y abuso parental	8	Depresión, miedos e insomnio	5
Depresión y Conflictos de pareja	19	Infidelidad, Celos y Depresión	8

En primer lugar encontramos con cuarenta y dos casos problemas de bajo rendimiento escolar y problemas familiares en general; esto se relaciona con que los padres acuden a terapia porque al parecer están más interesados en los hijos cuando presentan bajo rendimiento escolar y porque también se ejerce presión sobre los progenitores por las autoridades escolares, como los maestros y los orientadores. Con respecto a la violencia familiar, con veinte casos, se observa que es el segundo problema más frecuente en esta tabla. De acuerdo con Gracia (2002) la violencia en las relaciones familiares es un problema social de primera magnitud, un hecho repetidamente confirmado con las estadísticas de la mayoría de los países occidentales. Cabe señalar que actualmente se ha descrito a este problema con la metáfora; el iceberg de la violencia familiar. En tercer lugar muy cercano al anterior, con diecinueve casos aparecen la depresión y los conflictos de pareja, la primera lo vivimos día a día como una mancha que se extiende a nivel mundial,

lenta e inevitablemente; en cuanto a la pareja, más que conflictos, son intentos por llevar una relación de esposos en la cual terapéuticamente hablando la meta no sería eliminarlos, mientras que sí lo sería para el caso de la violencia familiar.

Según Navarro (1992) por su riqueza conceptual y clínica algunos de los temas abordados en la terapia familiar han sido:

1. Estructura y funcionamiento de familias y parejas.
2. Elaboración de instrumentos de evaluación familiar.
3. Efectividad clínica de la terapia familiar.
4. Terapia familiar y enfermedades crónicas.
5. Interacción terapeuta – pacientes – familia.
6. Interacción equipo terapéutico –pacientes- familia.
7. Comparación entre distintas modalidades de terapia.
8. Estudio de técnicas y procedimientos de intervención
9. Interacción familia – cultura.
10. Interacción familia – síntoma – problema.
11. Ciclo vital y crisis de transición.
12. Comunicación e interacción familiar y marital.
13. Diseño de estrategias terapéuticas.
14. Construcción de modelos teóricos de psicopatología y salud mental.
15. Epistemología y terapia.
16. Ética y terapia.
17. Otros.

Podemos agregar a los anteriores:

1. Relación Institución –equipo terapéutico- terapeuta-familia-individuo.
2. Formación de supervisores y tutores dentro de la terapia familiar.
3. Diseño y aplicación de estrategias de difusión a la comunidad.

Para el abordaje de la problemática familiar, los Modelos de Terapia Familiar Sistémica y de enfoque Posmoderno, constituyen una alternativa viable en nuestro país para proporcionar posibles soluciones a este hecho, desde el campo de la salud.

## 1.2 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada

Históricamente, desde el punto de vista sociológico de la familia, Murdock (1949) estipula la organización de la familia elemental, asignándole tres roles: padre-esposo, madre-esposa e hijos y cuatro funciones fundamentales: económica, sexual, de procreación y de educación sociológica o de desenvolvimiento sociológico; actualmente tanto la organización, los roles, las funciones y los miembros componentes de la familia, han sufrido diversos cambios.

Erickson (1961) en *Infancia y Sociedad* señala la importancia de la identidad y de su desarrollo dentro del marco familiar.

Ackerman (1961) menciona que la psicoterapia familiar como tal, expresa que la familia es la unidad de desarrollo y experiencia y por lo tanto el foco de enfermedad y salud. Este autor además de su rol de terapeuta frente al grupo familiar, trabajaba con un equipo en busca de información sobre el contexto familiar.

Tomando como referencia el enfoque sistémico, en el sistema se dan relaciones que influyen en las condiciones de los miembros de la familia por lo que los síntomas esquizofrénicos podrían corresponder a formas de relaciones problemáticas de la familia.

Uno de los aspectos que hizo a la Terapia Familiar realmente extraordinaria, fue la posibilidad de otorgar tratamiento psicológico no solamente a un individuo como se había dado en la práctica cotidiana, sino poder hacerlo a un conjunto de miembros con interacciones y vínculos afectivos entre ellos muchos más complejos, tal como la familia.

Este aspecto además de extraordinario fue muy significativo por lo novedoso del tratamiento clínico, sin embargo se experimentó también la complejidad teórica, psicológica y metodológica de la realización de un trabajo de esta envergadura.

Recordemos que por muchos años se consideraban como responsables de las patologías psicológicas, a los procesos intrapsíquicos y por lo tanto bastaba con dar tratamiento al individuo causante de sus propios trastornos psíquicos evidentemente esta actitud también hacia que se tomara como el único responsable de sus síntomas y problemas.

Al conformarse la Terapia Familiar Sistémica quedó claro que en conjunto los miembros de la familia contribuían a la forma en que se presentaban las interacciones familiares.

De ahí que se pudieran observar los roles y el control que particularmente jugaba cada uno de los miembros del grupo familiar, las simpatías o enemistades generadas por la convivencia y las enfermedades físicas y psicológicas acompañadas de su respectiva sintomatología que aquejaban a dicha familia.

A continuación se presentan aspectos e influencias históricas que permitieron el surgimiento de la Terapia Familiar.

El antropólogo Bateson (1980) formuló las ventajas de una visión bicameral, una situación que dio un salto cualitativo enorme: la visión binocular, el poseer dos manos, dos hemisferios cerebrales; la Terapia Familiar encontró también la posibilidad del punto de vista bicameral; como lo planteó Hoffman (1981, p.15) “podemos adoptar una posición y hacer que alguien más tome otra posición, para comentar o revisar nuestra posición”.

Los primeros descubrimientos hechos por aquellos motivados a tratar familias con miembros esquizofrénicos, señalaron cómo éstas presentaban manifestaciones ordenadas, cíclicas que tenían sentido para la familia y ya no tenían sentido para considerarlas como hasta entonces enfermedad mental de uno de sus miembros, por el contrario encontraron también una coparticipación de cada uno de ellos para mantener esta situación de equilibrio patológico para la familia.

De ahí que la manera tradicional en que se venían haciendo y aplicando evaluaciones diagnósticas también experimentara cambios, es decir las enfermedades que aquejaban a las familias ya no lo eran histórica y exclusivamente en el sentido médico; se abrió la posibilidad de analizarlas desde otro enfoque teórico y metodológico. Por ejemplo, encontraron que el enfoque bicameral podía ser aplicado a la situación familiar, al emplear dos salas para dividir las tareas de la terapia, posibilitando el abandono del ya arcaico concepto del terapeuta como agente libre que actuaba sobre un sujeto libre, el cliente o la familia.

¿Cómo se logró este cambio? El mérito corresponde a tres figuras que ejercieron una de las mayores influencias por decirlo así en la infancia de la terapia familiar; no provienen del campo de la Medicina ni de la Psicología Clínica aunque tal vez esto representó una ventaja y no una desventaja; Claude Shannon como el teórico de la información, Norbert Weiner con su cibernética y Ludwig von Bertalanffy como el teórico de sistemas generales.

La Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 1976) aportó los principios generales y el concepto de sistema entendiéndolo como una entidad que intercambia materia con el medio circundante, en el caso de un sistema abierto como lo son los organismos vivos; y también podemos hablar de la existencia de sistemas cerrados más frecuentes en la física y en la físico-química.

Los sistemas poseen ciertos principios, entre ellos el de la equifinalidad que dice que en cualquier sistema cerrado, el estado final está inequívocamente determinado por las condiciones iniciales; de tal manera que si se alteran las condiciones iniciales o el proceso, el estado final también cambiará.

Para los sistemas abiertos se puede alcanzar el mismo estado final, partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos; la equifinalidad es importante porque tiene significación para los fenómenos de regulación biológica, es decir los sistemas abiertos, en tanto alcancen un estado uniforme, deben exhibir equifinalidad.

Un segundo principio se refiere a que en los sistemas cerrados, la tendencia general apunta a estados de máximo desorden y a la igualación de diferencias es decir la entropía; por ejemplo la llamada muerte térmica del universo como perspectiva final; para los sistemas vivos se espera la transformación hacia un orden superior, heterogeneidad y organización o de entropía negativa o neguentropía; de acuerdo con Bertalanffy (1976) en los sistemas abiertos la contradicción entre entropía y evolución desaparece, de tal manera que los sistemas vivos al mantenerse en estado uniforme, logran evitar el aumento de entropía y hasta pueden desarrollarse hacia estados de orden y organización crecientes.

Para mayor claridad del término entropía, se escriben las definiciones del diccionario de terapia familiar de Simon, Stierlin y Wynne (1990, p.133) “la entropía es una medida aproximada de la desorganización y el desorden”, la “entropía negativa o neguentropía se refiere en términos generales al grado de orden u organización en un sistema cerrado”.

El concepto de sistema abierto, años después sería tomado por los teóricos de la terapia familiar, considerando a ésta como un sistema abierto, el cual atraviesa paralelamente determinadas etapas de ciclo vital de desarrollo, tratando de mantenerse en homeostasis o equilibrio para que finalmente algunos de los subsistemas que la componen, alcancen su diferenciación (en algunos casos, porque esto dependerá de la estructura familiar).

El término homeostasis fue introducido por Cannon en 1939, pero la idea de la existencia de un equilibrio interno se debe a Claude Bernard (1865) (ambos autores citados por Van Sommers, 1978). Bernard observó que el azúcar se mantenía a un nivel constante en los vasos sanguíneos del hígado en animales sujetos a experimento, que habían consumido líquido o carne endulzados y en animales que no habían sido alimentados. Reconoció que la invariabilidad del nivel del azúcar, a pesar de la diferencia de la ingestión de los alimentos, indicaba que el azúcar se almacenaba y se liberaba de manera controlada. Además señaló que esto se debía a la capacidad general que tienen diversos organismos para mantener su equilibrio interno a pesar de los cambios ambientales; y a esta capacidad fue a lo que se le denominó homeostasis.

En 1957 el Dr. Jackson fue el primero en utilizar el concepto de homeostasis, para describir formas de interacción familiar limitadas.

En su trabajo con familias de esquizofrénicos, observó que ante situaciones de mejora por parte del paciente, las interacciones del resto de la familia se deterioraban. Si bien en su primera acepción, la homeostasis significaba la capacidad de poder mantener una familia en condiciones estables, al ser observado con más detalle, se llegó a la conclusión de que justo era esta homeostasis la que había que romper o desequilibrar, con el fin de que se produjesen cambios en el sistema familiar.

Otro concepto que también es parte importante de los retomados para la Terapia Familiar, es el de feedback, malamente traducido como retroalimentación (retorno de una parte de la salida de un amplificador, a su propia entrada, diccionario enciclopédico Grijalbo, 1995, p.781), de una manera más general, la realimentación se define como la capacidad de los organismos vivos para automodificarse como consecuencia de cambios en su medio circundante.

Aplicado a una familia, el concepto de realimentación, se traduciría en su capacidad de cambio, de reestructuración o de reorganización

Ahora bien, la realimentación podría ser positiva o negativa, en donde ambas implican desviaciones tendientes a cambios, sin embargo en la positiva, este cambio tenderá a amplificarse, mientras que en la negativa tenderá a contrarrestarse.

Con mayor precisión en la Terapia Familiar Sistémica, se considera que el sistema familiar se compone de un conjunto de personas relacionadas entre sí y que forman o se aprecian

como una unidad ante el mundo externo, con objeto de definir o clarificar cuales son los elementos o quienes son los miembros del sistema son necesarios limites que funcionan como fronteras, individualizando por un lado a un grupo de otro, por otro lado individualizando subsistemas dentro del mismo sistema.

A continuación se citan los conceptos básicos que se manejan al hablar de los sistemas familiares (Ochoa de Alda, 1995).

#### 1. Totalidad:

No se comprende como la mera suma cuantitativa de las conductas de los miembros del sistema, sino como la interacción compleja y cualitativamente distinta entre los diferentes subsistemas del sistema familiar.

#### 2. Causalidad circular:

Ésta describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de secuencia de conductas, partiendo de la base de que existe una codeterminación recíproca entre los subsistemas.

Las familias incorporan ciertas secuencias de interacción que se repiten de manera pautada, con el propósito de regular su interacción y hacerlo así facilita su vida cotidiana.

La frase *secuencia sintomática* expresa el encadenamiento de conductas que se articulan en torno al síntoma, reguladas por una causalidad circular.

#### 3. Equifinalidad:

Alude a que un sistema familiar puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, por lo tanto no existe la unicausalidad.

#### 4. Equicausalidad:

Aquí se refiere este término a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.

#### 5. Limitación:

Una vez adoptada una determinada secuencia de interacción, disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, resultando en que esta se reitere en el tiempo, por ejemplo en el caso de una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o el problema.

#### 6. Regla de relación:

En todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes, ya que posiblemente el factor más trascendente para los seres humanos sea la forma en que las personas se comunican entre sí.

#### 7. Ordenación jerárquica:

En toda organización hay una jerarquía es decir algunas personas poseen más poder, respeto, responsabilidad, dominio, conocimiento que otras y esto ocurre también en el sistema familiar, agregando a lo anterior ayuda, protección, consejo, orientación, consuelo y cuidado que se brindan a los demás.

#### 8. Teleología:

La familia como sistema, se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por lo que atraviesa (ciclo vital) a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a cada uno de sus miembros; esto ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias, morfostasis y morfogénesis.

La morfostasis u homeostasis se refiere a la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio. En la familia se observaría por ejemplo, como un cambio en un miembro de la familia se relaciona con un cambio en otro o en otros miembros de la familia; es decir que un cambio en una parte del sistema es seguido por otro cambio compensatorio en otras partes del mismo, que restauran el equilibrio.

La tendencia del sistema a cambiar y crecer se denomina morfogénesis; comprende darse cuenta del cambio, desarrollo de nuevas habilidades, funciones, interacciones para manejar aquello que cambia y la negociación de una nueva redistribución roles entre los miembros de la familia.

Ahora se describe brevemente una teoría que influyó también fundamentalmente en la terapia familiar. Es la Teoría Cibernética, atribuida al matemático Norbert Wiener, este matemático tomó el nombre del griego kubernetes que significa timonel o gobierno, ya que él quería tener una palabra relacionada con el área de control; ya con mayor precisión la definió como "la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivientes" (1948) citado por Eguiluz (2001).

De esta manera, la aparición y uso de la cibernética posibilitó el armazón conceptual para la observación e interpretación de estructuras más complejas como las biológicas y las

sociales, teniendo como conclusión que también estos sistemas poseen estructuras de control.

De manera científica, la cibernética trata de investigar procesos sistémicos tales como la regulación de los fenómenos, procesamiento de la información, adaptación, autoorganización, autorreproducción, acumulación de información, y conducta estratégica (Simon, Stierlin y Wynne, 1984). Sin embargo, cabe enfatizar que para Wiener los animales respondían más a patrones mecánicos de comportamiento, mientras que en el hombre su equipo fisiológico le permitía aprender durante la mayor parte de su vida.

Sluzki (1985, p.26), en relación con la influencia que ejerció la cibernética sobre el campo de la terapia familiar señala que "...A grandes rasgos, la historia de este desarrollo pasa por Gregory Bateson, Warren McCulloch, Humberto Maturana y Francisco Varela, por Heinz von Foerster y Ernst von Glasersfeld, en una corriente que legitima a la "Nueva Cibernética" como modelo crucial que está proveyendo a la terapia sistémica un lenguaje que le permite pensarse".

Clarifiquemos más esto de la Cibernética de primero y de segundo orden.

Líneas arriba se había ya señalado como apareció el término de cibernética, cabe agregar con mayor precisión que tendía a establecer principios generales de regulación de los sistemas de todo tipo y de acuerdo con Sluzki (1959 los trabajos derivados de esta primer aplicación a la terapia familiar, se reflejaron en estudios sobre el énfasis neguentrópico, las reglas familiares, los mitos familiares, los patrones interactivos, etc.

El término segunda cibernética surge de Maruyama (1963), y en él hace énfasis en la amplificación de la desviación, la retroalimentación positiva, y los procesos sistémicos de cambio y subrayando más bien una homeodinámica es decir, cómo cambian los sistemas su organización; más que una homeostasis o cómo los sistemas mantienen su organización. Esta segunda cibernética se reflejó en la terapia familiar y aparecieron las intervenciones generadoras de crisis, los movimientos desequilibrantes y el uso de estrategias destinadas a desencadenar cambios de índole cualitativa; tales estrategias estuvieron a cargo de terapeutas, como Salvador Minuchin y Carl Whitaker.

Entonces, la llamada cibernética de segundo orden surgió debido al cambio radical que se experimentó, acerca del concepto de la Cibernética de primer orden y en la cual se incluyó por influencia de los estudios sobre recursividad, a la cibernética misma y se le llamó

cibernética de la cibernética o cibernética de segundo orden o con mayor precisión como cibernética de los sistemas observantes; esto, porque a diferencia de la primera la cual se basó en la hipótesis de que el sistema observado puede ser considerado como separado del observador; en la cibernética de segundo orden, se incluye el papel o la influencia del observador en la construcción de la realidad que está siendo observada.

Siguiendo con los comentarios de Sluzky op. cit, la aparición del principio de la incertidumbre de Heisenberg, los planteamientos filosóficos de Ludwig Wittgenstein, las contribuciones de los neurofisiólogos Maturana y Varela, los estudios de las ciencias del comportamiento y los de Jean Piaget como psicólogo evolutivo por mencionar algunos, también contribuyeron al cambio en la concepción de la cibernética.

La influencia del observador como agente constructor al mismo tiempo de la realidad que observa, se reflejó en la terapia familiar, al considerar al terapeuta no como un agente de cambio sobre la familia o en términos de metodología experimental como la variable experimental a introducir, sino como un coparticipante junto con la familia que no sólo producía cambios de manera lineal, sino que de una forma circular, a modo de circuito de realimentación también se producía cambios en él.

Más específicamente, en el ámbito de la terapia familiar las ideas generadas por la cibernética, dieron pie a la formulación de preguntas fundamentales basadas en nociones epistemológicas y ciertas premisas terapéuticas de diagnóstico, como la linealidad vs. circularidad.

Aquí pueden distinguirse dos fases:

En la primera interesa explorar como es que puede mantenerse la estabilidad de un sistema es decir su homeostasis o morfostasis y en la segunda las necesidades de cambio o morfogénesis.

Ya para finalizar estos comentarios se resalta la importancia sobre el cambio epistemológico, necesario para la terapia familiar sistémica.

Hoffman (1981) señala que para Gregory Bateson, pensar en la epistemología constituía una preocupación moral; para él, la epistemología significa las leyes de que nos valemos para dar un sentido al mundo. Estas reglas -no siempre conscientes- determinan gran parte de nuestro comportamiento y nuestra interpretación del comportamiento de los demás.

Para Bateson epistemológicamente hablando existían dos problemas:

Uno de ellos era la linealidad en el pensamiento que asigna una causa y un efecto específico a esa causa, en Psicología correspondería al modelo mecanicista de E-R (estímulo-respuesta), en la terapia familiar, la linealidad de pensamiento se manifestó al concebir que un paciente que presenta problemas es porque en su aparato psíquico hay desequilibrio, sin tomar en cuenta las relaciones con su entorno familiar y social; el segundo problema fue el dualismo que por ejemplo en la Psicología adoptó la dicotomía alma-cuerpo o bien cuando se desechó pensar en términos de alma, ésta se cambió por mente y entonces quedó mente-cuerpo; el dualismo en la terapia familiar se manifestó de acuerdo con Hoffman op. cit. en ideas como que “una familia necesita un síntoma”, o que “un síntoma desempeña una función homeostática en la familia”; emplear este tipo de lenguaje es suponer un dualismo entre una parte del sistema y otro. Es más correcto señalar que todas las partes juegan un papel para mantener la constancia o el cambio en cualquier sistema.

Así, lo que debe tomarse como importante es la recursividad en todos los circuitos, en los sistemas complejos.

Otro autor de línea Batesoniana, muy importante también para la terapia familiar, lo fue Bradford Keeney (1994, p.27), propuso el uso de una epistemología ecosistémica. Tomando a la epistemología como la más básica en comparación con cualquier otra teoría, en vista de que se ocupa de las reglas que gobiernan el funcionamiento de la cognición humana.

En el dominio sociocultural, la epistemología equivale al estudio de la manera en que las personas o sistemas de personas conocen cosas y de la manera en que ellos piensan que conocen cosas. En términos generales, el estudio de la epistemología nos lleva a reconocer cómo construyen y mantienen las personas sus hábitos de cognición.

Se percate o no una persona de que la tiene, es imposible afirmar que alguien pueda carecer de epistemología; nuestra particular epistemología hace, determina, lo que pensamos, decimos, hacemos e incluso sentimos.

Keeney op. cit. ubica dos diferenciaciones en la epistemología dentro de la terapia familiar;

1. Lineal Progresiva como la nosología psiquiátrica y el modelo clásico de psicopatología, y que se caracterizan por ser atomistas, reduccionistas y anticontextuales. Como ejemplos dramáticos de este punto de vista, se llegó al uso de métodos bioquímicos, quirúrgicos e incluso la electroterapia.

## 2. Recurrente, sistémica, ecológica, ecosistémica, circular o cibernética.

Esta epistemología hace énfasis, en la ecología, las relaciones, vínculos sociales y en los sistemas totales; es decir se interesa en las interrelaciones, las complejidades y los contextos. En la terapia se refleja por la actitud que tienen los terapeutas que entienden que su relación con los clientes forma parte de un proceso de cambio, aprendizaje y evolución.

De esta forma Keeney op. cit. propone que se adopte el término “epistemología cibernética”, que nos conecta dice él, con la tradición intelectual de Ashby, Bateson, McCulloch, Maturana, Varela, von Foerster y Wiener.

Entonces la epistemología cibernética en relación con la terapia familiar se ha reflejado en la noción de que las preguntas y las hipótesis que se plantea y que plantea el terapeuta, contribuyen a crear la “realidad” del problema que trata, es decir el terapeuta junto con la familia coparticipan en la creación de una realidad compartida.

Una última gran influencia en la terapia familiar lo constituyó la Teoría de la Comunicación humana. Se considera a Gregory Bateson, junto con su equipo en Palo Alto California, como el iniciador de la nueva teoría de la comunicación; a pesar de que en lo particular él no estaba interesado ni en la patología ni en las terapias; sin embargo sus descubrimientos tendrían gran influencia en la investigación y terapia de las familias.

La teoría propuesta por Bateson y algunos miembros del Mental Research Institute (MRI), encabezado por Don Jackson planteó una serie de axiomas que formaron parte de lo que se conoce como nueva teoría de la comunicación (Watzlawick et al. 1989, p.56-70).

El primero, indica que toda conducta es comunicación y que por lo tanto es imposible no comunicar o el dejar de comunicar.

El segundo axioma señala que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende una metacomunicación. El contenido es la información incluida en el mensaje, mientras que el aspecto relacional se refiere a qué tipo de mensaje es y cómo debe entenderse.

El tercer postulado señala que la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. Es decir, el hecho de que la comunicación pueda entenderse como una serie ininterrumpida de intercambios, en donde los seres participantes puntúan la secuencia de comunicación, organizando los hechos de la

conducta, cada uno a su manera; y aquí se pueden dar una serie de conflictos en la comunicación humana.

El cuarto axioma se refiere a los tipos de comunicación y éstas son de dos tipos: digital y analógica. De acuerdo con ellos el lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica bastante compleja y no tiene semántica, mientras que el analógico si la posee de una manera adecuada, pero en contraposición carece de la sintaxis adecuada, para poder definir de manera correcta la naturaleza de las relaciones humanas.

El quinto y último postulado, se refiere a que “todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o la diferencia”.

La Teoría de la Comunicación Humana aplicada al campo de la terapia familiar fue exitosa, de hecho a partir de sus postulados, se encontró que para las familias con alguno de los miembros esquizofrénico, se encontraban fallas en la comunicación, dando origen a lo que se conocería como Teoría del Doble Vínculo o de la Doble Atadura para explicar el comportamiento esquizofrénico.

Afortunadamente el campo de la Terapia Familiar también se vio sembrado por otras influencias como la del psiquiatra Don D. Jackson del Instituto de Investigación Mental de Palo Alto California, quien subrayó, a los comportamientos sintomáticos en las familias como encaminados a mantener el equilibrio o la homeostasis familiar; evidentemente esta visión ha transitado por diferentes rumbos como el cambio de la noción de equilibrio por el de evolución dentro de los sistemas familiares, por señalar brevemente sólo dos ejemplos.

De manera práctica la Terapia Familiar inició cuando por primera vez fueron observadas personas con comportamientos sintomáticos en su hábitat familiar, mostrando sus interacciones dentro del seno familiar observados por un terapeuta y por un equipo de trabajo, no en un consultorio médico, sino en una sala con espejo de doble vista y justo en una sala.

Se ha evidenciado ampliamente que el enfoque sistémico constituyó precisa y particularmente una de las aproximaciones epistemológicas pertinentes para la observación, la descripción, el estudio, la evaluación, la atención y la aplicación de técnicas que permitían solucionar problemas, atender necesidades, en el ámbito específico de la familia, dado que analizaba los procesos humanos en función de sus diversos contextos o sistemas y en sus diversas relaciones.

Las ventajas en comparación con otros procesos terapéuticos, se caracterizaron por su brevedad y eficiencia, por procurar atención no sólo a individuos, sino también de una manera más compleja a parejas, familias, grupos sociales y pudiendo ejercerse tanto en un ámbito privado, como en el público institucional.

Ahora bien, el término terapia familiar no sólo hizo referencia al trabajo clínico realizado, sino que devino necesariamente en un concepto teórico con su propio marco epistemológico; de ahí que muchas formas de terapia familiar pudiesen ser englobadas con el rubro de “sistémicas,” cabe hacer la aclaración que no todas la terapia familiar es de corte sistémico; existen otras que han integrado postulados del posmodernismo y que pueden denominarse posmodernas, acompañándose del apoyo del enfoque posmodernista y de una metodología *ad hoc*. Cabe aclarar dos puntos, uno de ellos que no todas las terapias familiares son sistémicas, y dos tampoco todas las terapias posmodernas son familiares.

Antes del surgimiento de la terapia familiar con enfoque sistémico, se abordaban los problemas familiares desde un punto de vista lineal; el sistémico, o circular, o recursivo, o ecológico o cibernético, pone el énfasis en las interacciones que se desarrollan dentro del sistema familiar, tomando en cuenta la situación en que ocurre y el ciclo de vida en el que se encuentra la familia; es decir, no solamente se toma en cuenta al individuo que puede ser el portador del síntoma, sino también a los otros miembros de la familia, incluso aunque estos no acudan a la terapia.

Con respecto a la visión Posmoderna, ésta florece en las ciencias sociales, tales como la Sociología, la Antropología, la Etnografía, la Psicología Social y trasciende hacia aplicaciones prácticas a través de la cibernética y la hermenéutica a la Terapia Familiar.

Actualmente la tendencia predominante en el mundo es la globalización, una civilización no diferenciada, que hunde a la identidad individual en una inconciencia colectiva, fraccionada por un conglomerado de sexismo, racismo y clasismo dominantes. Por el contrario, concebir la cultura y el conocimiento individual como una totalidad dialéctica, nos refiere a un proceso de autonomía relativa que supera cualitativamente la visión fragmentada, confundida con una supuesta percepción de la totalidad. Entre los autores interesados en el posmodernismo y teorías desarrolladas dentro de éste tenemos a:

Con el construccionismo social, (Mc Namee y Gergen, 1992) posibilitaron la comprensión de la persona en el interior de las múltiples formas de relación, incluyendo dentro de ese mundo relacional, al añejo conflicto del conocimiento objetivo y subjetivo.

Mientras la teoría del self hizo de la identidad, una referencia necesaria para entender al individuo y con base en ella delinear sus cambios, el construccionismo social abrió un campo en el que percibió al individuo como un ser participante, con posibilidad de tomar conciencia de sus relaciones, profundizar en el conocimiento de sí mismo y lograr cambios; en otras palabras, concibió al hombre como co – constructor, co creador de su historia.

El poder, vinculado al saber y ambos conducidos por el discurso (Gergen, 1997) permitieron la liberación del yo sometido a la saturación social y al dominio de diversos dilemas de identidad en el mundo contemporáneo.

Inicialmente, la atención fue puesta en la deconstrucción y el papel que desempeñaban la narración, el texto y la reflexión dentro del discurso expresado en la terapia familiar.

De una manera más precisa, la deconstrucción tuvo que ver con procedimientos que transformaban realidades y prácticas que se daban por hechas, esas llamadas “verdades” divorciadas de las condiciones y del contexto de su producción, entonces, los métodos deconstructivos, hicieron extrañas esas realidades y prácticas familiares dadas por descontadas al objetivarlas; incluso se dijo “volvieron exótico lo doméstico”. (Gergen, 1997).

Hacer exótico lo doméstico, en virtud de la objetivación de un mundo familiar y dado por hecho, facilitó la “reapropiación” del yo, es decir, tratar de hacernos más conscientes de la medida en la cual ciertos “modos de vida y de pensamiento” habían modelado nuestra existencia y que por lo tanto, podríamos estar en condiciones de vivir según otros “modos de vida y de pensamiento”. (Gergen, op.cit)

Los procedimientos de deconstrucción han sido designados también como “constructivismo crítico” o como “perspectiva constitucionalista” del mundo.

Desde esta perspectiva se asume que la vida de las personas está modelada por la significación que ellas mismas asignan a su experiencia, por la situación que ocupan en las estructuras sociales, por las prácticas culturales, el lenguaje del yo y su relación.

Se da pie entonces a hablar de los relatos que como seres humanos nos contamos y relatamos, de la significación y la resignificación de éstos.

La idea de que la significación que las personas atribuyen a su experiencia es lo que determina sus vidas, evidentemente ha abierto la necesidad de estudiar la naturaleza de los marcos que permiten la interpretación de tal experiencia; así, el relato, la historia o la narración, es lo que posibilita el marco para la interpretación; la actividad del sujeto de dar significación a sus propios relatos o narraciones, finalmente es porque a través de éstos las personas juzgan sus propias vidas y las vidas de los demás; al encontrar sentido en su experiencia; esas historias determinan también en gran medida que aspectos de la experiencia eligen para enfatizar y expresar.

Entonces, la metáfora narrativa propone que las personas viven sus vidas de conformidad con historias, que esas historias son modeladoras de su vida y que tienen efectos reales, no sólo imaginados, de modo que dichas historias procuran la estructura de su vida.

Para Bruner (2002) las historias están compuestas de panoramas duales: un panorama de acción que suministra al lector una perspectiva de la temática de los hechos que se desarrollan en el tiempo y un panorama de consciencia que está constituido por las interpretaciones de los personajes que figuran en la narración y las interpretaciones del lector cuando éste penetra por invitación del autor en la consciencia de los personajes; el panorama de consciencia comprende las significaciones dadas por los personajes y los lectores al “reflexionar” en los sucesos y tramas a medida que éstos se desenvuelven en el panorama de acción; incluyendo deseos y preferencias, características y cualidades personales, estados intencionales, motivos y finalidades y las creencias de esos personajes.

Tales historias o relatos están estructurados por nuestros conceptos culturales dominantes, y contribuyen a asegurar cierta determinación en la vida, sin embargo no es posible que abarquen todos los sucesos que aparecen en la vida tal cual se vive, análisis de historias de vida evidencian que cuando las refieren las personas, están llenas de lagunas e inconsistencias, además de observar contradicciones en sus historias.

En la Terapia Familiar, el enfoque Moderno, llevaba a interpretar a la familia como una estructura, con una organización familiar jerárquica propia y esencial, considerando la existencia de la familia, independiente de la existencia e interpretación de un observador, dentro de este mismo contexto, la posición del terapeuta es y debía ser la del experto. Y si

se observaban problemas (incluso este término era propio de esta visión moderna), la intervención del terapeuta debía llevar a la familia a un desarrollo normativo especificado, que a su vez traería crecimiento y salud a las familias.

Otro de los autores también pilar fundamental para el desarrollo de la narrativa fue Foucault (1975) quien se interesó en los mecanismos por los cuales un Estado Moderno podía establecer su dominio y estudió ¿cómo éste podía desplazarse desde la persona o las personas que controlan las relaciones dentro de una sociedad, hacia el discurso mismo que daba forma a estas relaciones; en otras palabras, el discurso de Foucault permitió comprender que una vez que las personas se adherían a un discurso dado –religioso, político o referido al género- se favorecían ciertas definiciones acerca de cuales eran las personas o los temas más importantes o que tenían legitimidad. No obstante, ellas mismas no siempre tenían conciencia de estas definiciones implícitas.

La contribución del biólogo y neurofisiólogo chileno Humberto Maturana, fue que su propuesta sobre una teoría general de la cognición, explicando que la mente surgió por la interacción humana y por el empleo del lenguaje. Su frase “la mente no está en el cerebro”, describe que ésta surgió de la interacción lingüística establecida entre los seres humanos; y de ahí que la conciencia entonces sea considerada como fundamentalmente social y no sólo bioquímica, fisiológica o neurológica.

En la terapia familiar de corte posmoderno, se llegan a externalizar vivencias de aquello que se considera problemático, en lugar de internalizarlas, lo que David Epston (1994) ha llamado “antilinguaje”, es cuando se logra hacer exótico lo doméstico, y /o familiar, pues alienta a las personas a identificar las historias privadas que han guiado sus vidas, y que hablan de su propia identidad, esa externalización ayuda con el tiempo a las personas, a revelar la constitución de su yo y de sus relaciones.

Así como se ha observado la aparición de una historia dominante en los relatos o en las historias de las personas, también se ha llegado a mirar que existen logros aislados (White y Epston, 1993) en esas narraciones, a las cuales se les ha llamado historias alternativas, que tienen que ver con territorios positivos o experiencias alternativas positivas de esas personas y que tal vez no se habían considerado significativas, siendo que evidenciaron capacidades y logros, a pesar de no ser estos relatos, los preferidos por esa persona para contarlos.

Lax (1999) propone que las maneras en que los clientes describen sus vidas, los limitan para desarrollar nuevos enfoques de su situación vital. La Psicoterapia es un proceso que consiste en desplazar el discurso “problemático” del cliente hacia otro discurso más fluido, y en hacer posible una gama más amplia de interacciones.

En términos generales, los trabajos bajo la línea Posmoderna, están vinculados al texto y a la narración, poniendo énfasis en perspectivas dialogales y múltiples, en el autodescubrimiento, en las configuraciones laterales versus las jerárquicas y hacen énfasis especialmente en el proceso y no en los objetivos. Se deja de concebir al Yo como una entidad cosificada, para considerarlo como una entidad narrativa; al individuo se le aborda dentro de un contexto de significado social y el conocimiento científico o los “hechos” considerados “innegables”, contribuyen al conocimiento narrativo, con especial énfasis en las creencias narrativas colectivas y en la manera en que funciona y se interpreta al mundo.

El Grupo de Milán y su énfasis por volver al pensamiento de Bateson, el trabajo innovador de Tom Andersen, Harold Goolishian y Harlene Anderson, Lynn Hoffman, David Epston y Michael White; permitieron realizar una transición del Modernismo al Posmodernismo dentro de la Psicoterapia Familiar, incorporando diversos cambios significativos tales como: plantear que las verdades universales son relativas, y con ello se abrió la necesidad de ceder el paso a la pluralidad de ideas acerca del mundo. La visión de las familias como sistemas homeostáticos fue reemplazada por la idea de las familias como sistemas sociales con posibilidad de generar equilibrios y desequilibrios y ambos con resultados productivos y normales (Elkaim, 1982). Más claramente, se conceptualizó a las familias como sistemas sociales compuestos de sistemas generadores de significado y organizadores del problema y ya no como sistemas en los que los síntomas desempeñan funciones.

Los representantes de la corriente narrativa son Michael White, terapeuta familiar que reside en Adelaide, Australia del sur y David Epston de Auckland Nueva Zelanda.

White (1984, 1986) propuso una separación lingüística que consistió en distinguir o diferenciar el problema, de la identidad personal del paciente, es decir abrir un espacio conceptual, que permitiese a los pacientes tomar iniciativas más efectivas, a fin de rehuir a la influencia que el problema ejercía sobre sus vidas.

## 2. Caracterización de la entidad participante y las sedes donde se realizó el trabajo clínico

### 2.1. Contexto del programa, descripción y análisis sistémico de la entidad participante y las sedes

El Programa de Maestría y Doctorado en Psicología es la síntesis de una veintena de planes de Estudio (Especialidades, Maestrías y Doctorado) de tres entidades académicas de la UNAM: Facultad de Psicología, FES Iztacala y FES Zaragoza; como producto de una evaluación externa se revirtió la dispersión de los programas de Posgrado, se optimizaron los recursos y se alcanzó un nivel de excelencia académica. Actualmente el Programa está favoreciendo la formación de un mayor número de doctores y maestros en Psicología; particularmente la Maestría, al reorientar sus objetivos, está formando profesionistas de un alto nivel académico, competentes y comprometidos a participar en la resolución de problemática social de salud y educación, necesarios en nuestro país.

El Programa tiene un plan de estudios flexible, disminuyó el número de cursos teóricos y aumentaron las horas de entrenamiento práctico con 1,656 horas de supervisión.

Está dirigido a fortalecer principalmente habilidades y competencias profesionales y paralelamente fomentar actividades de investigación.

Con el propósito de aumentar la eficiencia terminal, el programa incluyó dentro de los criterios de egreso, acreditar un examen de competencias profesionales. El alto nivel académico del programa lo incorporó al padrón de excelencia de CONACYT, por ello el mayor número de estudiantes tiene la posibilidad de obtener una beca favoreciendo la dedicación de tiempo completo a los estudios de Maestría.

La demanda se ha comportado con una tendencia regularmente en ascenso, mientras que la oferta ha sido constante, por esta razón el proceso de admisión es riguroso, realizándose una selección más diferenciada para el ingreso a las Residencias. Asimismo se pretende que ingresen los estudiantes que cubran los perfiles señalados por el Programa de Maestría y el Reglamento General de Estudios de Posgrado.

Con mayor detalle, el programa de Maestría y Doctorado en Psicología, cuenta con una estructura académico administrativa llamada Comité Académico, responsable de regular el ingreso, permanencia y egreso de los alumnos, profesores y tutores que participan en él.

A nivel doctorado son dos las entidades que participan; la Facultad de Psicología y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. A nivel maestría se incorpora una entidad más que es la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Las residencias ofrecidas actualmente y aprobadas en orden cronológico desde la primera hasta la más reciente son: Medicina Conductual, Adicciones, Psiconeurología, Psicología escolar, Educación Especial y Rehabilitación, Terapia Familiar Sistémica, Psicología Infantil, Evaluación, Psicología de la Adolescencia y Desarrollo Organizacional.

Particularmente la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, tiene como entidades participantes a la Facultad de Psicología y a la FES Iztacala; ésta última cuenta con tres escenarios clínicos; la clínica de terapia familiar ubicada en el edificio de Endoperiodontología, la clínica familiar del ISSSTE de Valle Ceylán y la clínica de terapia familiar en el CCH Azcapotzalco.

Con respecto a la práctica supervisada se puede enfatizar el carácter integrador y su gradual dificultad, en una secuencia que va de lo simple a lo complejo; los modelos teóricos se revisan y se aplican semestre a semestre. Existen distintas modalidades de trabajo, los que inician pueden observar a los más avanzados y aprender de ellos, la supervisión es directa y planeada. En los equipos de supervisión, los más avanzados pueden fortalecer sus habilidades con una supervisión indirecta, para ganar autonomía y consolidación en las habilidades que fueron adquiriendo en los semestres anteriores. Como integrante de la primera generación de Iztacala se tuvo la oportunidad de realizar rotaciones en diferentes escenarios clínicos y supervisoras, ampliando así las perspectivas de los alumnos. Todo ello contribuyó al cumplimiento del perfil de egreso.

Los escenarios clínicos cuentan con la infraestructura necesaria de operación, la clínica de la FESI (entidad participante) sirve para la formación teórico-metodológica, es decir, existen espacios para los seminarios y de entrenamiento clínico.

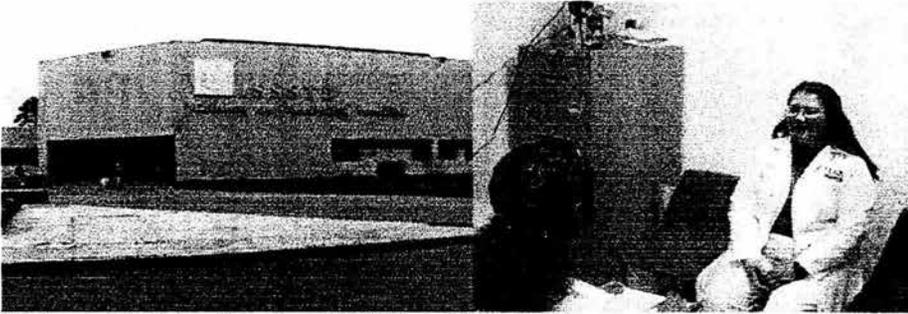
Con respecto a las sedes: Una de ellas es la Clínica Familiar de Valle Ceylán, del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el área de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias Humanidades Azcapotzalco (CCHA), la colaboración con estas sedes se regula a través de convenios ex-profeso para la realización de las actividades de la residencia con base en el cumplimiento de la normatividad especificada para el desarrollo de la misma.

**ENTIDAD PARTICIPANTE****Facultad de Estudios Superiores Iztacala.**

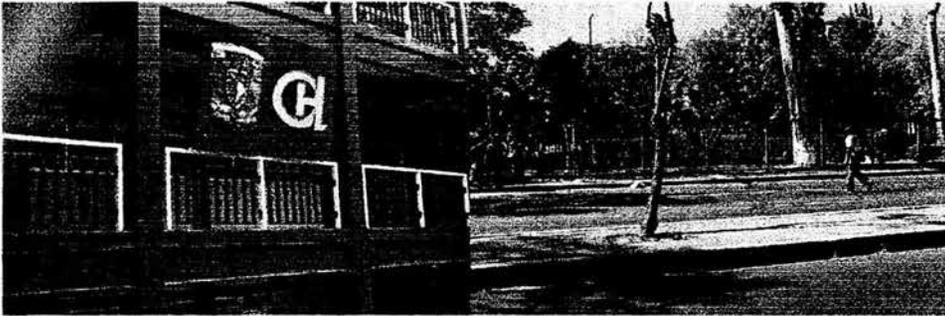
Av. De los Barrios No. 1. Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México.

C. P. 54090. Teléfono: 56-23-12- 39. Planta Alta del edificio de Endoperiodontología.

## SEDES DE ENTRENAMIENTO



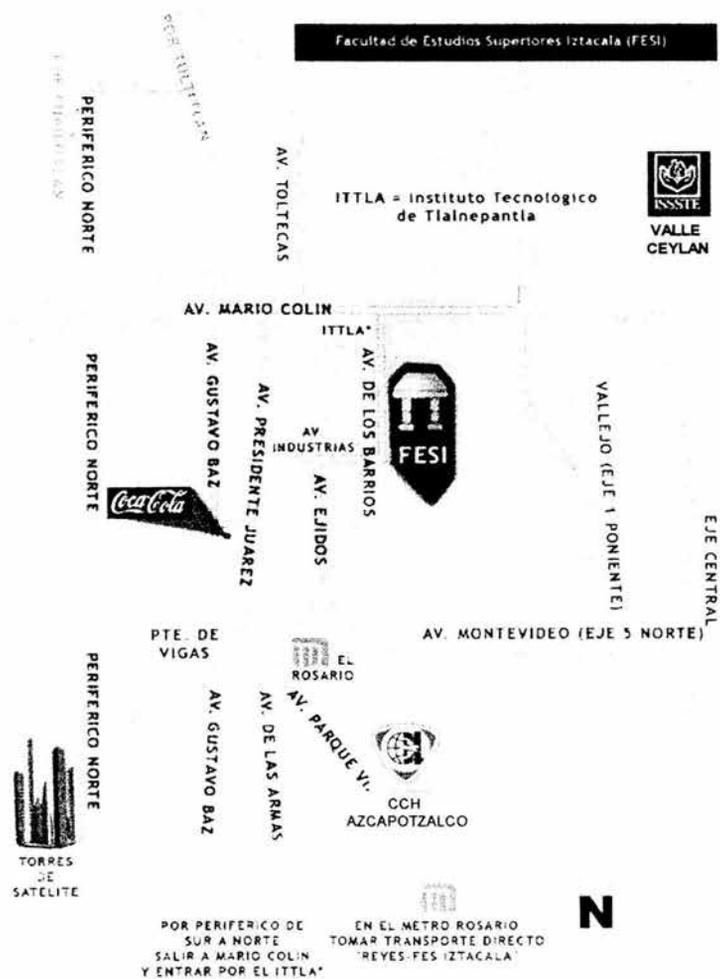
**Clínica de Medicina Familiar, ISSSTE de Valle Ceylán.**  
 Calle Xalapa No. 68. Col. Valle Ceylán, Tlalnepantla, Estado de México.  
 Teléfono: 53-69-97-10 y 53-69-97-11.



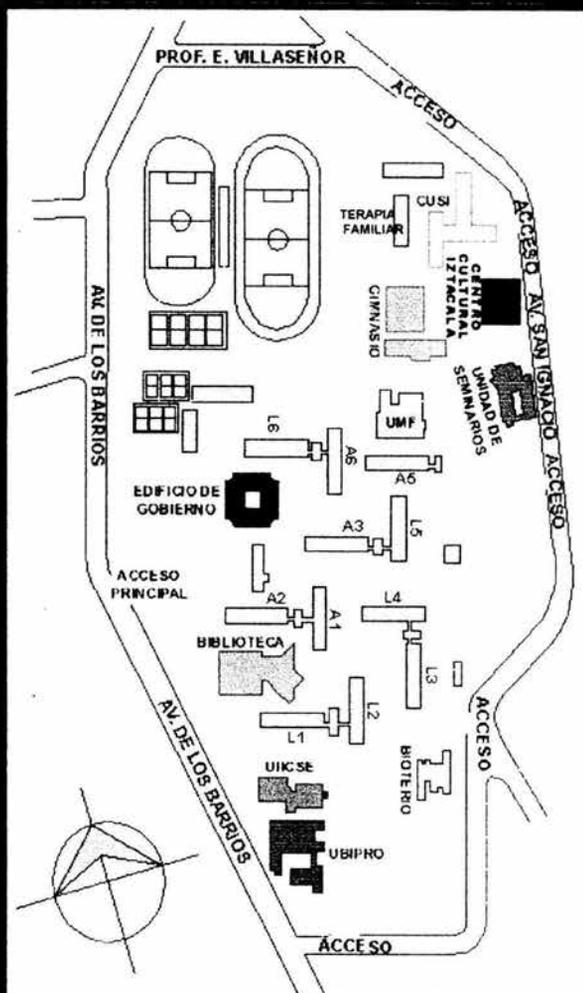
**Colegio de Ciencias y Humanidades  
 Azcapotzalco.**  
 Av: Aquiles Cerdán No. 26  
 Col Ex Hacienda El Rosario.  
 C.P. 2060.  
 Tel. 53-18-55-34.



# MAPA DE LOCALIZACIÓN



Facultad de Estudios Superiores  
Iztacala



Al principio, en los tres escenarios clínicos, nos encontramos con una infraestructura mínima para poner en marcha el programa; poco a poco las condiciones de trabajo se fueron mejorando, con la participación de la corresponsable de la Residencia, el apoyo y la participación de profesores y alumnos. Por supuesto hay necesidades que siguen pendientes, sin embargo con el propósito de dar solución a los problemas se favorecieron estas prioridades: becas, espacios y equipo.



Actualmente en general, se cuenta con la infraestructura necesaria para el desarrollo de los objetivos de la Residencia en Terapia Familiar: aulas, cámara de Gessell, equipo de video, biblioteca especializada, laboratorio de cómputo, acceso a red Internet.

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala, cuenta en la planta alta del edificio de Endoperiodontología con el área de Terapia Familiar construida ex profeso, con cubículos de doble vía de observación, equipo de sonido, videocassettera, cámara de video grabación, teléfono de intercomunicación, televisión a color y asesoría técnica pertinente para uso y cuidado de los equipos y, otorgó el servicio a la comunidad a partir de marzo del 2002.

Como siempre ha procurado la UNAM, el pago por las consultas fue simbólico, el costo por consulta fue de \$50.00 pero si sus ingresos eran menores al salario mínimo \$30.00.

El Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco, inicialmente no contaba con cámara de observación de doble vía y la familia convivía dentro del mismo espacio con el equipo de trabajo, actualmente a raíz del trabajo en terapia familiar realizado en esta sede, las autoridades construyeron un espacio ex profeso con cámara de Gessell, proporcionado conjuntamente por el programa y el CCHA, con el fin de ofrecer este servicio en mejores condiciones. Por otra parte aquí, no se estableció ningún costo por el servicio, siendo la fuente de referencia de los pacientes el departamento de psicopedagogía..

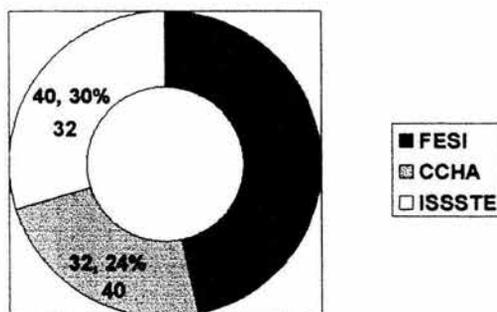
En el caso del ISSSTE de Valle Ceylán, el espacio físico lo proporcionó la clínica y el equipo técnico como video cámara, video grabadora y televisión, fue proporcionado por el programa, la terapia familiar se ofreció como otro de los servicios sin costo proporcionados por la Institución, con la petición expresa de usar bata blanca para la atención a las familias, al parecer esto influyó en el enganche terapéutico (joining) de algunos pacientes, dado que el terapeuta era percibido y referido como “doctor”.

## FUENTES DE REFERENCIA DE LAS FAMILIAS



En las familias, se percibió la necesidad de contar con un servicio más especializado, satisfacer su demanda de confianza no sólo en el terapeuta sino también en la Institución, seguridad de la familia con respecto a la confidencialidad de lo hablado en terapia y a la capacidad profesional de su terapeuta familiar.

### POBLACIÓN ATENDIDA





## II. Marco Teórico

Se describirán modelos de Terapia Familiar Sistémica, cuyos principios básicos derivan de la Teoría General de los Sistemas, de la Cibernética, de la Teoría de la Comunicación Humana y que ya fueron descritos en el capítulo I, por lo que en este apartado se describirán directamente los modelos específicos.

### 1.1. Análisis de los Principios Teórico metodológicos de los Modelos de Intervención de Terapia Familiar y Posmoderna

Se presentan las principales aportaciones de los Modelos: Estructural, Estratégico, de Terapia Breve Centrada en Problemas y Terapia Breve Orientada a Soluciones, de Milán; dentro de los enfoques Posmodernos la Terapia Narrativa, la postura Colaborativa y la del Equipo Reflexivo; se señalan semejanzas y diferencias, considerando fundamentos y conceptos para cada uno y algunas categorías particulares; para ejemplificar algunas de ellas: familia, paciente, ciclo vital, terapeuta, síntoma, intervenciones y equipo terapéutico; encontraremos variaciones en éstas evidentemente dependiendo del modelo o del enfoque.

### Modelo Estructural

En el *Modelo Estructural* el primer axioma o la primera categoría de la que se parte es el término que da nombre al modelo: Estructura.

El término estructura denota pautas de interacción relativamente duraderas que concurren a ordenar u organizar subunidades componentes de una familia, en relaciones más o menos constantes. Estas alianzas y coaliciones pautadas entre los miembros de la familia son las estructuras que regulan su cotidiano flujo de información y de energía. En este sentido una estructura no es un contenedor estático de un intercambio personal, sino una metáfora de intercambios de conductas que ocurren con regularidad (Umberger, 1987, p.30)

Minuchin (1974, p.86) en su libro Familias y Terapia Familiar, define a la estructura familiar como: “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”.

De acuerdo con el enfoque estructural, existen los siguientes parámetros familiares:

*Jerarquía.* Que identifica la distribución del poder dentro del seno familiar, ¿quién lo ejerce y cómo lo hace?

*Alianzas.* Que describen la unión de dos o más personas con base en la identificación, sexo intereses, edad, metas en común, para beneficio personal o del grupo.

*Coaliciones.* Que describen a dos o más personas unidas también pero para ponerse en contra de otros.

*Límites.* Que se refieren a las líneas fronterizas que son capaces de plantearse en la dinámica familiar, éstos pueden ser claros, difusos o inexistentes.

*Geografía.* Que se refiere al espacio físico que ocupan los miembros de la familia en un momento dado.

*Territorio.* Se refiere al espacio emocional que ocupan los miembros de la familia en un momento dado, en una pauta de interacción específica o en un holón particular, aquí se puede hablar de centralidad y periferia.

#### Familia

Para la categoría de familia Minuchin op. cit. menciona que: “una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales” (p. 86).

El autor comenta que cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros de ese grupo, modificándose así las experiencias del individuo. La familia acude con el terapeuta con el fin de obtener ayuda u orientación, o al menos así lo expresan en un principio, para modificar ciertas situaciones familiares.

La familia presenta una estructura estable en su diario vivir. Dicha estructura, de acuerdo con este enfoque, está compuesta por diferentes tipos de holones o subsistemas familiares, entendiéndose por holón una partícula o parte del sistema; el término fue acuñado por Koestler (1979).

Los holones son los siguientes: individual, conyugal, parental y fraterno (Minuchin, 1974).

*Holón Individual.* Incluye el concepto de sí mismo en contexto.

*Holón Conyugal.* Constituye el subsistema formado por la pareja de esposos. Una de las tareas más vitales del subsistema conyugal es la fijación de límites intra y extra familiares, la satisfacción de las necesidades y demandas internas y externas de la familia, ofrecer

protección y refugio contra las tensiones de fuera. Una disfunción dentro de este holón, traerá graves consecuencias para la familia, obviamente dependiendo de la etapa de ciclo vital en la que se encuentren y de otras características de la estructura familiar.

*Holón Parental.* Las interacciones dentro de este holón que se refiere a los progenitores, incluyen la crianza de los hijos y las funciones de socialización. En esta relación, el niño aprende que la autoridad es racional o arbitraria, distingue lo correcto y lo incorrecto, el cómo y el para qué de establecer vínculos con los demás.

*Holón Fraterno.* Este subsistema constituye para los hijos de una familia, el primer grupo de iguales o compañeros con los que se interactúa. Puede ser que jueguen entre ellos, se diviertan, se apoyen, se ataquen, se bloqueen, etc.; pueden negociar, cooperar o competir; este holón se ve influido por la etapa del ciclo vital en que se encuentra la familia y también por otras características de la estructura familiar.

Recordemos que aún cuando la familia a primera vista nos pueda dar la impresión de estar estática, se gestan en ella una serie de movimientos y cambios, los cuales se reflejan en una estabilización de ésta, algo así como cambiar para seguir iguales, o bien en cambios que traen modificaciones en la estructura inicial de la familia.

### Paciente identificado

Es muy común que se acuda regularmente a Terapia Familiar, con un paciente identificado o diríamos portador del síntoma y que a éste se le adjudique la función de mantener el equilibrio familiar aunque puede llevar a la terapia a la familia por el desequilibrio familiar de ese momento, o los problemas que aquejan a la familia en conjunto.

### Síntoma

Se conceptualiza al síntoma como una falta de adecuación entre la estructura que presenta la familia y el requerimiento de su desarrollo, la intervención se dirige a provocar una crisis, es decir un desequilibrio en la estructura familiar; bajo la suposición de que una modificación de ésta posibilitará un funcionamiento distinto de los miembros de la familia adaptándose a nuevas exigencias de ciclo vital o de contexto.

### Ciclo vital

En los subsistemas descritos anteriormente, se ha mencionado no menos de dos veces el término ciclo vital, pues bien éste se refiere de acuerdo con Estrada (1997) a que la familia pasa por un ciclo en donde despliega ciertas funciones como nacimiento, crecimiento, reproducción y muerte. Para Espinosa (2001) las etapas por las que atraviesa el ciclo vital de la familia y que en comparación con las de Estrada son mucho más precisas, comienzan desde el noviazgo, matrimonio, crianza, adolescencia, hijos adultos jóvenes, nido vacío y vejez. Evidentemente además de los parámetros específicos de la estructura familiar, también es indispensable tomar en cuenta la etapa del ciclo vital que vive en ese momento la familia.

### Terapeuta

De acuerdo con uno de los principales representantes del *modelo estructural*, es evidente que desde el inicio de la terapia familiar, la función del terapeuta comienza con una actuación de liderazgo, sin embargo, aún cuando el terapeuta se comporte apegado a la técnica y trate de ser objetivo y aséptico, tal vez esto lo lleve a la superficialidad y a una manipulación en beneficio del poder personal y en consecuencia no muy eficaz (Minuchin y Fishman, 1984, p.281) casi al final de su libro señalan “Desde luego, existen muchas otras técnicas que nosotros usamos, pero que pueden dar buenos servicios en manos de terapeutas experimentados. Sin embargo, la técnica no es la meta. La meta sólo se puede alcanzar si se deja de lado la técnica”.

También es común que cuando asiste la familia a terapia, se desplieguen una serie de mecanismos que tienden a mantener la homeostasis familiar, así sea ésta disfuncional. De esta manera el terapeuta familiar puede coparticipar con la familia en terapia básicamente de tres maneras:

1. *Con una posición de cercanía* en la cual el terapeuta entra dentro de la interacción familiar coligándose con todos o algunos miembros de la familia de diversas formas; por ejemplo confirmando, validando la realidad de los holones en la familia, señalando aspectos positivos y reconociéndolos o aún premiándolos. Detecta también áreas de conflicto o generadoras de sufrimiento, tensión, confusión entre los miembros de la familia. Minuchin (1981, p.47):

“El terapeuta incrementa su capacidad de maniobra instituyéndose en fuente de la autoestima y el status de la familia. De ese modo también reúne el poder de retirar su aprobación si los clientes no responden a sus orientaciones”.

2. *Con una posición intermedia*, en la que el terapeuta coparticipa mediante el rastreo (obtención de información) de las interacciones, como un oyente activo pero neutral.

Por ejemplo, al analizar su propia manera de rastrear la información puede darse cuenta de que se dirige habitualmente a la madre sin tomar casi en cuenta al padre, y observar como fue “jalado” hacia la centralidad de la madre, dejando de una manera isomorfa con la familia, al padre periférico.

3. *Con una posición distante*. En este caso el terapeuta hace uso de su posición de especialista en la materia y actúa más como director que como actor; ¿cómo? puede hacer por ejemplo que la familia escenifique alguna o algunas interacciones que se han perfilado como importantes para la comprensión de la danza familiar. En esta posición distante, el terapeuta acepta y apoya los valores y las creencias de la familia.

También como parte de la coparticipación del terapeuta pero ahora bajo el rubro denominado planificación, el terapeuta familiar debe establecer algunas hipótesis iniciales acerca de la familia en cuestión, después del primer vistazo o interacción con los miembros de la familia; sin embargo es posible que dicha o dichas hipótesis cambien o se modifiquen conforme continúen las sesiones.

### Síntoma

Es frecuente que cuando una familia asiste a terapia, lo haga señalando a un miembro de la familia como el causante de los problemas familiares; a éste se le denomina paciente identificado, porque actúa como portador del síntoma de la disfuncionalidad familiar, de tal manera que se le considera el responsable de los males de la familia; también es frecuente que se espere que se atienda específicamente a este miembro “que es el que en verdad necesita la terapia”. Sin embargo el quehacer del terapeuta justamente consiste en redefinir el síntoma y enfocarlo hacia las pautas de interacción familiar, en vez de seguir depositándolo en el miembro de la familia identificado como el enfermo.

Por ejemplo: Si la madre trae a su hija para que se le cambie el mal carácter, la tarea del terapeuta es la de explorar qué significa el enojo para la mamá, como lidia con él, su hija, ella misma y otros miembros de la familia.

#### Intervenciones

En el abordaje *Estructural* la existencia de técnicas surgidas de este modelo, permite cuestionar la estructura de la familia, con el fin de que se puedan cambiar las experiencias de cada miembro de esa familia y en consecuencia sus ideas, sentimientos y acciones.

Cabe especificar que las intervenciones se dan prácticamente y el terapeuta desde la primer sesión tratará de clarificar cual es la disposición de la familia hacia el cambio a lo largo de toda la sesión

Para Minuchin (1984), la terapia estructural de familia es un cuerpo de teorías y técnicas que estudian al individuo en su contexto social, e intentan modificar la organización de la familia. Señala él, que las técnicas tienen cierta referencia a la artesanía, en términos de cuidar detalles, atender a la función del producto y a la relación entre el esfuerzo y los resultados, aunque la técnica sola no asegura eficacia.

Antes de pasar a describir las técnicas, es necesario señalar la importancia del rastreo que es un procedimiento por el cual el terapeuta insiste a la familia para que ésta especifique detalles de rutinas conductuales, a manera de obtener un cuadro coherente con la queja presentada.

Rastrear el contenido de la vida familiar lleva ya consigo una posibilidad terapéutica, en algunas familias, al ofrecer una versión tal vez nueva y ampliada de la realidad, en que el foco ya no recaiga sobre el paciente identificado. Evidentemente el rastreo también implica el uso de preguntas de exploración sobre el síntoma pero con enfoque sistémico.

Las técnicas utilizadas en el Modelo Estructural (Minuchin y Fishman, 1984) son:

Cuestionamiento del Síntoma. Aquí la tarea del terapeuta es cuestionar la definición que la familia trae del problema, así como su tipo de respuesta. El objetivo de dicho cuestionamiento será el de reencuadrar o cambiar la concepción que tiene la familia del

problema, llevándola a que encuentre explicaciones de tipo afectivo, cognitivas, de comportamiento, culturales, etc.

Las técnicas al servicio de la estrategia anterior serán: la escenificación, el enfoque y el logro de intensidad.

*Escenificación.* Cuando los miembros de una familia se presentan a sesión por primera vez, éstos habitualmente proporcionan información en cantidad y calidad sobre las interacciones familiares, que reflejan un sesgo en las apreciaciones de los miembros, así pues el terapeuta se preguntará ¿cuáles de estas interacciones, informaciones y puntos de vista, tendrán que ver con las interacciones que cotidiana y normalmente establecen en sus escenarios naturales? La solución a este problema se presenta cuando el terapeuta provoca que los miembros de la familia muestren, que actúen sus pautas habituales de interacción, al hacer que hablen o discutan sobre algunos de los problemas que consideran disfuncionales; aquí se evidenciarán algunos o todos los parámetros del enfoque estructural, el cómo toman decisiones, el por qué de los desacuerdos, las reglas explícitas e implícitas que usan, en fin como diría Minuchin, habría que observar la danza de la familia y la única forma de hacerlo es ponerla a bailar. “La escenificación es la técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que baile en su presencia” (Minuchin, 1981, p. 90).

La escenificación facilita la formación del sistema terapéutico y en esta danza el terapeuta comparte también el escenario.

En el momento mismo en que la familia escenifica su realidad dentro de la sesión de terapia, se puede provocar un cuestionamiento de la realidad familiar; de esta manera es posible que la familia pueda modificar su esquema cognitivo y afectivo sobre lo que presentaron como problema familiar y/o sobre a quien se considera como miembro problemático, el llamado paciente identificado.

La escenificación permite la formulación de metáforas tomadas de las interacciones de los miembros de la familia.

Ya con mayor detalle, la escenificación se puede considerar como una danza compuesta por tres coreografías principales:

En el primer movimiento el terapeuta observa las interacciones espontáneas de la familia y decide los campos disfuncionales que él detecta y que decide iluminar.

En el segundo movimiento de esta danza, el terapeuta es el que propone la coreografía a seguir, organizando secuencias escénicas en las que los miembros de la familia bailan su coreografía disfuncional frente a él.

En el tercer y último movimiento el terapeuta propone coreografías alternativas o modalidades diferentes de interacción, entre los miembros de la familia, con el fin de obtener información predictiva sobre las interacciones, e infundir esperanzas a la familia.

*Enfoque.* Viene del verbo enfocar, cuyos sinónimos son orientar, encaminar, encauzar, apuntar, dirigir, acertar. En la terapia familiar, dependiendo de la pauta de interacción que el terapeuta esté observando y viviendo, éste debe tener claridad de si se trata de dar énfasis a lo que está ocurriendo en la interacción, acertar cuando pone su atención en el meollo de la interacción, o bien encaminarla cuando todavía no es muy evidente lo importante de determinada interacción, porque conforme se acerca a ésta, el terapeuta se percata de su importancia.

Como es evidente, el enfocar es una actitud compleja por parte del terapeuta, que requiere en primer lugar que éste seleccione un enfoque y en segundo lugar que elabore un tema para trabajar sobre él. Evidentemente lo anterior en relación con su meta terapéutica o con las hipótesis que ya se había formulado.

Aquí es cuando Salvador Minuchin nos habla del desarrollo de una “visión de túnel” en la cual evidentemente deja de percibir o poner atención a otra información.

*Intensidad.* Uno de los sinónimos de intensidad es grado, fuerza, vehemencia e insistencia. De esta manera la intensidad describe la fuerza, el grado, la insistencia o la vehemencia con la cual un terapeuta debe actuar para que los miembros de una familia con sordera auditiva selectiva, “logren oírse” mutuamente.

Sin embargo, aquí las características del terapeuta son un factor importante en la producción de la intensidad. Ciertos terapeutas con una suave intervención, son capaces de suscitar respuestas muy intensas por parte de la familia; mientras que otros deben aumentar la insistencia de su participación para apenas obtener una ligera respuesta.

De hecho, la intensidad para funcionar con vehemencia requiere a su vez de algunas modalidades:

La primera se refiere a la repetición del mensaje y ésta implica como su nombre lo indica el repetir el mensaje las veces que sea necesario a lo largo de la sesión, ya sea en términos de contenido o de estructura.

La segunda modalidad tiene que ver con las llamadas interacciones isomórficas.

Éstas se refieren a que en la estructura familiar se manifiesta una diversidad de interacciones que responden a un mismo sistema de reglas y que en consecuencia son equivalentes desde el punto de vista dinámico. El cuestionamiento de las interacciones isomórficas produce intensidad, por la repetición de mensajes dentro de un proceso.

La tercera tiene que ver con la modificación del tiempo pero evidentemente del tiempo dentro de la sesión terapéutica que en lo personal prefiero denominarlo como lo hace Minuchin como el tempo, para no confundirlo con el tiempo común y corriente. A veces en las familias, se dan en el “tempo” mensajes de ir con precaución o cautela porque se está llegando a umbrales peligrosos; lo que hace aquí el terapeuta es alentar a la familia a que no frene su interacción, aún cuando el semáforo evidencia amarillo o rojo.

La cuarta tiene que ver con cambio de la distancia y se refiere aquí a la distancia emocional que los miembros de la familia han establecido entre ellos. Obviamente también en la geografía física se procura poner distancia, pero en lo que respecta a esta modalidad, hace más énfasis en los aspectos psicológicos y pone de manifiesto que un cambio en la distancia, puede hacer más intensa una interacción, o bien darle un enfoque diferente.

La quinta y última modalidad de resistencia a la presión de la familia se refiere a que el terapeuta resista a la tentación o la presión para que él haga lo que la familia desea.

En ocasiones incluso puede no ser evidente que es lo que la familia desea, pero el terapeuta se puede encontrar absorbido por la interacción y ni siquiera percatarse del por qué está haciendo tal o cual acción.

*Cuestionamiento de la Estructura Familiar.* Se ha observado que la concepción del mundo en las familias y en sus miembros, está en función de las posiciones que cada uno de los miembros ocupa dentro de la estructura familiar y de su posición dentro de los diferentes holones.

Aquí el terapeuta se va a mostrar cercano y distante con los diferentes holones, dependiendo de las necesidades de la terapia, de esta manera podrá desplazarse y trabajar en los diferentes subsistemas, cuestionando algunos de los parámetros de la estructura familiar y pudiendo hablar de cómo funcionan y por qué. La modificación del contexto produce un cambio en la experiencia. Para esta estrategia, las técnicas disponibles son:

La fijación de fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad.

*La fijación de fronteras*, que están destinadas a modificar la participación de los miembros de los diferentes holones.

*El desequilibramiento*, que modifica la jerarquía de las personas dentro de un holón y la complementariedad que cuestiona la idea de jerarquía lineal.

*Fijación de Fronteras*. Aquí se afirma que las personas funcionan siempre sólo con una parte de su repertorio y que es posible usar alternativas potenciales, si se logra que el individuo empiece a actuar en otros subsistemas, o bien si cambia la índole de su interacción en un subsistema determinado. Las técnicas de fijación de fronteras pueden apuntar a la distancia psicológica entre los miembros de la familia y a la duración de la interacción dentro de un holón o subsistema significativo.

*Distancia Psicológica*. Uno de los primeros indicadores de la distancia psicológica, curiosamente es físico y se evidencia en la manera en como se sientan en la primer sesión los miembros de una familia.

El cómo se hayan sentado puede ser indicador ya sea de las alianzas o coaliciones que se han gestado en la familia y, evidentemente; esto constituye aspectos más de índole psicológica. Sin embargo, dichas suposiciones tendrán que ser corroboradas, cambiadas o desechadas. También la distancia psicológica puede ser escuchada en el contenido verbal de las interacciones y más elocuentemente en el desarrollo de las pautas de interacción de tal familia.

*Duración de la Interacción*. Hace referencia a extender o alargar un proceso, con el fin de aumentar su intensidad, también puede ser usada para limitar subsistemas o separarlos. Recordemos que en esta técnica de fijación de fronteras, se pretende cambiar las afiliaciones de los miembros de la familia a los diversos subsistemas o la distancia entre los holones.

En este caso más que el contenido de la interacción, importa la interacción por sí misma. El terapeuta puede decidir prolongar la interacción con él, dejando a la familia ciertas tareas que deberán cumplir y comentar para la próxima sesión.

*Desequilibramiento.* Para esta técnica la meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema.

Cabe señalar que cuando la familia acude a terapia familiar, y se le concede al terapeuta un lugar jerárquico por ser el especialista, este hecho modifica la estructura jerárquica de poder dentro de la familia; es decir se le concede al terapeuta la ascendencia necesaria sobre la familia dado que es un perito en la materia.

Sin embargo, el terapeuta se tendrá que usar a él mismo como miembro del sistema terapéutico para cuestionar y modificar la distribución del poder en el sistema familiar. No obstante, el terapeuta tendrá que actuar de una manera estratégica, de pronto respaldando el poder de algún miembro de la familia que requiera tenerlo, de pronto respaldará al miembro con mayor jerarquía dentro de la familia, de acuerdo a los parámetros de ese grupo familiar y a la disfuncionalidad de ésta. La consecuencia más importante de la aplicación de esta técnica, es que se pueden producir cambios significativos cuando los miembros individuales de la familia son capaces de experimentar con roles y funciones ampliados en contextos interpersonales y estos cambios pueden llegar a generar realidades nuevas para los miembros de la familia. Esto permite que se descubran y posibiliten alternativas en todos los subsistemas.

Las técnicas de desequilibramiento se agrupan en tres categorías:

*Alianza con miembros de la familia.* Esta consiste en que el terapeuta respalda a las personas, pone de relieve sus lados fuertes, les otorga reconocimiento y se convierte para estas personas en una fuente importante de fortalecimiento de su autoestima. Realiza estas alianzas para mover la posición jerárquica de este miembro dentro de la familia.

*Ignorar a miembros de la familia.* Demanda por parte del terapeuta la capacidad de ignorar a alguno o a algunos miembros de la familia, de actuar como si no existieran, pero con sumo cuidado porque de no hacerlo con cierto tacto, puede causar serios conflictos entre los miembros de la familia, de tal manera que de pronto se formarán entre el terapeuta y alguien del grupo una alianza, para después alternarse hacia otros miembros de la familia.

*Coalición contra miembros de la familia.* El terapeuta puede participar como miembro de una coalición contra uno o más miembros de la familia. Esto lo puede llevar a un enfrentamiento, pero justo se requiere que utilice su posición de poder como especialista, para cuestionar y descalificar la pericia de algún integrante de la familia. Cabe aquí señalar que las coaliciones también podrían ser alternantes.

*Complementariedad.* Una manera un tanto chusca pero muy clara de describir la complementariedad, se expresa en el dicho mexicano “nunca falta un roto para un descosido, ni una media sucia para un pie podrido”. Es decir, por lo general las personas se viven como sujetos de acciones y reacciones, sin embargo poseen una versión unilateral de la misma realidad, aunque sepan que una moneda tiene dos caras, sólo alcanzan a discriminar una de ellas.

Para promover este modo diferente de conocimiento, el terapeuta tiene que cuestionar la epistemología habitual de los miembros de la familia en tres aspectos:

En primer lugar cuestionará el problema. En segundo lugar cuestionará la idea lineal de que un miembro de la familia cuestiona al sistema, cuando en verdad cada uno de los miembros sirve de contexto a los demás. Y en tercer lugar, cuestionará el modo en que la familia recorta los sucesos.

*Cuestionamiento del problema.* El primer cuestionamiento a realizar por parte del terapeuta, es la certidumbre de que el paciente portador del síntoma, o al que la familia ha identificado como el enfermo, es el responsable de la disfuncionalidad familiar, como si “arreglándolo o eliminándolo” fuese suficiente para “curar” a la familia. Como diría Minuchin, “no estemos tan seguros”.

Debe desetiquetarse al paciente identificado y que la familia deje de señalarlo, insistiendo en que el del problema es él, o bien diciendo o tomando la actitud de “si no fuera por él la familia estaría bien”. El cambio apunta a hacer ver a los miembros de la familia, que justamente la familia en conjunto es la que presenta problemas.

*Cuestionamiento del control lineal.* Obviamente relacionado con el anterior, el terapeuta debe cuestionar la idea de que un solo miembro de la familia puede controlar al sistema en conjunto. Es evidente que aquí toma mucho sentido hacer énfasis en la noción de sistema familiar y de circularidad para poder romper la visión lineal de la disfunción familiar.

*Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos.* Aquí el terapeuta cuestiona la epistemología de la familia, introduciendo el concepto de un tiempo ampliado y encuadrando la conducta individual como parte de un todo más complejo y completo. La meta será hacer ver a cada uno de los miembros su coparticipación dentro de la dinámica familiar.

Damos paso aquí a hablar de otro aspecto muy importante de la familia, el cual se refiere a sus concepciones, construcciones o realidades sobre su familia, sobre su mundo.

Cada familia posee una cantidad de esquemas cognitivos que validan o respaldan su organización familiar. Es decir, lo que sería su estructura real y su estructura creída. De hecho la intervención terapéutica modificará su visión del mundo. Nos referimos entonces a las Realidades de la familia.

#### *Cuestionamiento de la Realidad Familiar*

##### *La concepción del mundo de la familia*

Para Minuchin y Fishman (1984), podemos decir que lo que reconocemos en los hechos es el significado que atribuimos al agregado de hechos, sin embargo la realidad se tiene que compartir con otros..., con otros que la validen.

*La elaboración de una concepción del mundo.* Asumimos como seres humanos una concepción del mundo, validada socialmente y esta realidad encuadra a su vez a la persona. Las vías por las cuales se elaborará una concepción del mundo, deberán tomar en cuenta a la familia, a las instituciones como la Iglesia, la Escuela, la Sociedad etc. que forman, conforman y deforman la manera particular en que conceptualizamos a la realidad. Cabe agregar que, en particular la familia, constituye el núcleo en el cual las reglas sociales se cortan a la medida de la experiencia particularmente individual.

Validación de una concepción del mundo. La manera de legitimar la concepción del mundo es a través de:

1. El lenguaje con su respectivo y específico vocabulario.
2. Los mitos y la historia familiar.

3. El cuerpo de conocimientos que se pone en manos de especialistas o peritos en la materia, y

4. Los aspectos universales de la correlación de la familia con el mundo entero.

Todo lo anterior tomando en cuenta que como seres humanos nacemos, crecemos, nos reproducimos y aún morimos dentro de contextos sociales (familia, escuela, estado, iglesia)

Una vez abordadas las realidades familiares, damos paso a la descripción de la manera en que las familias realizan sus construcciones cognoscitivas.

### *Construcciones*

Se infieren las construcciones de la realidad familiar, a partir de la observación de su proceso de organización, de sus acciones e interacciones, de sus cogniciones y de los afectos que expresan verbalmente y además se evidencian. Sobre esta construcción de la realidad por parte del grupo familiar, el terapeuta actúa y produce la llamada “realidad terapéutica” llamada así, porque se arregla con base en una meta terapéutica; es decir el terapeuta con este arreglo, puede llegar a modificar la explicación que la familia da de su realidad. Así pues, la realidad de la familia es una construcción terapéutica. Sin embargo al construir realidades terapéuticas, se observa que el terapeuta está limitado por su historia personal, por la propia construcción de la realidad de esa familia en particular y por como en especial lo hizo esa familia.

Existen varias técnicas para transmitir el mensaje de que la familia y sus integrantes disponen de otras alternativas o interpretaciones de la realidad a parte de la propia. El objetivo es que la familia logre una concepción diferente del mundo, en la que ya no sea necesario el síntoma y sí una visión o construcción más flexible y plural que alcance a admitir la posibilidad de la variedad.

Las técnicas para modificar la realidad de la familia, se agrupan en tres categorías principales:

1. La utilización de símbolos universales.
2. La utilización de verdades familiares. Y
3. La utilización del consejo profesional o experto.

*Símbolos universales.* Aquí el terapeuta presenta la realidad como si se rebasara el ámbito estrictamente familiar, es decir como si estas construcciones fueran más allá de éste medio

y constituyeran parte de un todo más amplio y complejo llamado universo, Dios, la sociedad, la moral, etc. y lo que hace el terapeuta al señalarla es prescribir el camino correcto.

*Verdades familiares.* Las justificaciones y explicaciones, que las familias utilizan para sus interacciones constituyen las llamadas verdades familiares. Aquí se trata de que el terapeuta con el mismo lenguaje usado por la familia, utilice metáforas que describan la propia realidad de la familia. Cuando el terapeuta valore que es oportuno, utilizará esta construcción para enfatizar una dirección diferente dentro de la terapia.

*Consejo especializado o experto.* En esta técnica, el terapeuta presenta a la familia una explicación diferente a la de la realidad familiar, y la basa en su experiencia, en su calidad de perito en la materia, en su conocimiento o sabiduría sobre el quehacer familiar. El terapeuta hace uso de este liderazgo y señala a los miembros de la familia construcciones alternativas basadas en su experiencia.

Con respecto a familias con características especiales, entre ellas las resistentes al cambio, existen técnicas que lo propician, Ahora se mencionarán las llamadas paradojas que se basan en tres supuestos:

1. La familia es un sistema autorregulador.
2. La presencia del síntoma constituye un mecanismo de autorregulación.
3. El concepto de resistencia sistémica al cambio, que es consecuencia de los dos anteriores.

Se utilizan las paradojas principalmente como herramienta clínica para enfrentar la resistencia al cambio, y evitar una lucha por el poder entre la familia y el terapeuta.

Se ha observado que las familias con hijos sintomáticos presentan una contradicción; por un lado, aparentemente quieren cambiar, piden que el síntoma se modifique, pero sin cambiar su sistema. El terapeuta conectará el síntoma con el sistema, de tal manera que resulte imposible modificar el uno sin hacerlo con el otro.

Sin embargo, el tratamiento con paradojas ni es siempre necesario ni siempre deseable; digamos que se prescribe sólo bajo ciertas circunstancias muy específicas, cuando la familia ha sido resistente a los cambios.

Estas intervenciones se pueden clasificar como directas o basadas en la aceptación, por el hecho de que el terapeuta espera que la familia las acepte; como paradójicas y basadas en el desafío, porque el terapeuta espera que la familia las desafíe.

*Intervenciones directas*, basadas en la aceptación. Se entienden los consejos, las explicaciones, las sugerencias, interpretaciones y tareas que están destinadas a que se les tome literalmente y a que se les respete tal y como se prescribieron. Su objetivo es modificar de manera directa las reglas o los roles de la familia.

*Intervenciones paradójicas*, basadas en el desafío. Su éxito depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta o las obedezca hasta un grado tan absurdo que se vea obligada a retroceder.

El objetivo de la paradoja sistémica es esa interacción oculta que se expresa en un síntoma.

Las tres principales técnicas utilizadas para idear y aplicar una paradoja sistémica son:

La redefinición, la prescripción y la restricción.

*Redefinición*. Se propone modificar el modo en que la familia percibe el problema, con el fin de que el síntoma deje de ser un elemento ajeno al sistema, para convertirse en parte importante de él.

*Prescripción*. Consiste en que una vez logrado el punto anterior, se debe recetar aquel mismo ciclo de interacción que es el que produce el síntoma. Y como consecuencia de estos dos pasos, el tercero:

*Restricción*. Implica que cada vez que la familia presente signos de cambio, el terapeuta deberá refrenarlos.

*Inversiones basadas en la aceptación y el desafío*. Aquí, el terapeuta imparte directivas a un miembro de la familia, para que invierta su actitud o su conducta en un aspecto decisivo, con la esperanza de provocar de ese modo una respuesta paradójica en otro miembro de la familia. Se basa al mismo tiempo en el desafío y en la aceptación. Se refiere a que la realidad vivida por el grupo familiar, que curiosamente ellos mismos han construido, ya se tornó insoportable. Ahora bien dado que esta realidad la construyó el grupo familiar a partir de sus interacciones, será necesario modificar dichas pautas de interacción entre sus miembros, para que ellos puedan experimentar otras formas de construcción de su realidad.

De esta manera, que la realidad de conflicto, tensión y sufrimiento que una familia puede compartir, se reencuadra bajo un nuevo esquema, y por lo tanto se percibirá como una realidad diferente.

### Cambio

Es importante como categoría común a los Modelos que se van a presentar la de cambio en la familia, se comenzará desde el Modelo Estructural.

El cambio se produce cuando se da en la familia un reequilibramiento sobre una nueva estructura, considerada como más adecuada a la etapa del ciclo vital correspondiente.

Como objetivo terapéutico, el propósito es cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías, introduciendo formas novedosas y diversidad en las estrategias de vida familiar, diferentes a la rigidez y a la disfuncionalidad familiar que los trajo a terapia. Adicionalmente, se quiere enfatizar que cada familia posee histórica, social y culturalmente recursos propios que si se les identifica y comprende, se pueden utilizar como instrumentos que actualicen, reestructuren y amplíen el repertorio de conductas, aptitudes y actitudes de los miembros de la familia.

Para terminar con la síntesis de este enfoque deseo citar literalmente las últimas frases con que Minuchin y Fishman (1984, p.286) terminan su libro de técnicas de terapia familiar:

Cierren ahora este libro. Es un libro sobre técnicas. Más allá de la técnica está la sabiduría, que es el conocimiento de la conexión que une las cosas entre sí. 'La sabiduría –sostiene Gregory Bateson- no sólo exige un conocimiento de los hechos que atañen a los circuitos, sino un conocimiento consciente, con raíz en la experiencia tanto intelectual como afectiva, que sea la síntesis de ambas'. Cuando las técnicas se guían por esa sabiduría, la terapia se convierte en arte de curar.

### **Modelo de Terapia Breve Centrado Problemas**

Este enfoque fue creado en el año de 1968, después de la muerte de Don D. Jackson, quien fundó el grupo MRI (Mental Research Institute) en 1959. Actualmente se denomina Brief Therapy Center del Mental Research Institute de Palo Alto.

Su trabajo se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado

infructuosas. El nombre del Modelo de Terapia Breve surge porque se concibe como un tratamiento de corta duración, de una a doce sesiones.

Es esencial para este modelo centrarse en la existencia de un problema principal del paciente, pero ubicado en el momento actual e identificando el cambio mínimo necesario para solucionar dicho problema, en vez de pretender reestructurar familias enteras o bien de ubicarse en el pasado. Es necesario agregar que la terapia breve, parte de un modelo no patológico y usa un enfoque estratégico. Se le ha denominado también modelo de *intervención en crisis* por tratar problemas de naturaleza aguda y repentina. En un inicio, la Terapia Breve comenzó como una investigación de tratamientos que empleaban técnicas innovadoras para el cambio y que se centraban en el problema principal del paciente, como una nueva modalidad para apreciar los problemas humanos.

Las estrategias se apoyan en una hábil utilización de la postura del paciente y de sus familiares ante el problema, la terapia y el terapeuta con la finalidad de evitar confrontaciones que dificulten el tratamiento. Cabe señalar la extraordinaria influencia de Milton H. Erickson con sus técnicas de hipnoterapia sobre los pioneros de este enfoque.

Se conocen la Terapia Breve basada en el Problema y la Terapia Breve basada u orientada hacia las Soluciones; se presentará en primer lugar, la basada en el problema.

#### Problema

Se centra en el problema, mas no en el concepto de síntoma: éste se define como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas y el terapeuta se concentra precisamente, en esa secuencia reiterada de comportamientos; se considera que los problemas consisten en una conducta presente inadecuada, dando importancia a la identificación precisa de tal conducta (¿qué es, en qué aspecto es considerada como problema, por quién?) y al funcionamiento y persistencia de la conducta problema. De acuerdo con Ochoa de Alda (1995) el síntoma se origina en un cambio de vida del paciente o de la familia y a éste le nombran “dificultad”, lo que aquí se requiere es desarrollar un nuevo tipo de respuesta básicamente.

Se dice que una conducta es problemática cuando ésta tiende a realizarse frecuentemente, con una duración prolongada, sosteniendo que tal conducta problema se configuró y se ha conservado por el sistema de interacción social del individuo, en especial la familia, pudiendo presentarse también en un centro escolar o laboral por ejemplo.

En la Terapia Breve para que una dificultad se convierta en problema deben ocurrir dos condiciones: 1) que se haga frente de forma inadecuada a la dificultad y 2) que cuando no se soluciona tal problema se le aplique una dosis más elevada de la misma solución.

De esta manera si se usa el término síntoma, éste se refiere a la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social, es una etiqueta que se le adosa. Los síntomas o problemas surgen por un mal enfrentamiento a las dificultades de la vida cotidiana. Entre las soluciones intentadas por el paciente se tienen básicamente las siguientes:

1. Se trata de forzar algo que sólo puede ocurrir de manera natural o espontánea.  
Se debe renunciar al intento de auto-coacción y dejar de esforzarse demasiado.
2. Se trata de dominar un acontecimiento temido tomando la estrategia de aplazarlo, pueden incluirse en este rubro conductas de fobia, timidez, bloqueos. Aquí se puede exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide terminarla con éxito.
  1. Tratar de alcanzar acuerdos mediante el uso de la coacción. En este rubro pueden entrar las interacciones personales. Se tratará de colocar al paciente en actitud de inferioridad, tendrán que hacerse redefiniciones.
  2. El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación. Se le comenta al paciente: me gustaría más que lo hiciera por sí mismo o porque lo quiera hacer. Es decir, se solicita algo directamente.
3. La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa. Aquí se trataría de romper la díada acusador-defensor.

#### Familia

Con respecto a cómo se conceptualiza a la familia dentro del *Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas*, se dice que una conducta es problemática cuando ésta tiende a realizarse frecuentemente, con una duración prolongada, sosteniendo que tal conducta problema se configuró y se ha conservado, por el sistema de interacción social del individuo, en especial la familia, pudiendo presentarse también en un centro escolar o laboral.

Tomar en cuenta el sistema de interacción social del individuo, en este caso la familia, que es parte de un sistema más macro; es de especial importancia porque se considera necesario

analizar el contexto interactivo global del individuo, no solamente su relación con la familia y cabe agregar que en este sentido el ciclo vital no es importante.

#### Ciclo vital

El MRI inicialmente consideró los problemas ligados al ciclo vital como elementos muy importantes en la gestación de los síntomas; posteriormente asignó a las transiciones del ciclo vital familiar una importancia semejante a la de cualquier otro cambio.

#### Paciente

Un paciente acude a Terapia Breve Centrada en problemas porque desea cambiar situaciones que no ha sido capaz de modificar por sí mismo; esto se debe a que las personas persisten en sus problemas, porque no advierten las pautas o actividades que los mantienen vivos a éstos. Sin embargo cabría preguntarnos ¿cómo es que los individuos insisten en dar las mismas soluciones a sus problemas cuando se han percatado de que no funcionan? Se piense que todos creamos nuestros propios mapas de conductas y soluciones y se consideran como los guías más efectivos, aunque en realidad no lo sean. Ejemplo de esto es la frase “Si no me esforzara como lo hago actualmente, de seguro la situación estaría peor”.

Poniendo atención a la medida en que el paciente ha hecho “más de lo mismo” y se ha enfrascado en un círculo vicioso, podremos determinar la gravedad o no del problema.

Aún cuando se considera que acude el paciente, se trata de que éste se convierta en cliente, definido como la persona que acude a terapia con un alto grado de motivación para resolver el problema, buscando activamente la ayuda del terapeuta (Op. cit. 1995) y que de alguna forma se comprometa con el tratamiento; o bien puede ocurrir que el miembro de la familia presentado como paciente, no llegue a fungir como cliente sino curiosamente algún otro miembro, por lo regular el más interesado en acudir a la terapia, con el fin de gestar cambios dentro de la familia y entonces se afirma que éste es el que funciona como cliente en la terapia.

#### Terapeuta

El interés particular de la Terapia Breve Centrada en problemas es solucionar el problema actual del paciente dentro de un tiempo limitado, utilizando las técnicas necesarias de estímulo para el cambio; no toma como indispensable ubicar al cliente dentro de un ciclo vital específico, es decir bajo este modelo el ciclo de vida por el que atraviesa la familia en

cuestión, no es importante como tal, sino lo es más el problema por el que acuden a consulta.

El terapeuta entonces, debe considerarse a sí mismo como un miembro más dentro de la unidad social, en la cual está contenido el problema, también porque él contribuye a definirlo. En la Terapia Breve Centrada en Problemas se concibe la acción del terapeuta, como la *capacidad de maniobra del terapeuta*. Ésta se refiere a la libertad de actuar del terapeuta, que sea capaz de crear y usar las actividades que él juzgue convenientes durante el tratamiento, sin presión de ninguna especie por parte del paciente.

Con respecto a las actividades, evidentemente deben seguir ciertos propósitos y no deben verse intervenidas o interrumpidas por intereses o presiones de los pacientes. Sin embargo no debemos olvidar la cuestión ética que subyace al tratamiento, que constituye una responsabilidad intrínseca del terapeuta.

La *capacidad de maniobra* del terapeuta será mayor en la medida en que la del paciente sea casi nula. Los medios para aumentarla son la oportunidad y el ritmo, tiempo necesario, uso del lenguaje condicional, actitud igualitaria, la capacidad de concreción del cliente.

La oportunidad y el ritmo implican la flexibilidad que tenga el terapeuta para cambiar su estrategia dependiendo de los resultados que obtenga de ella, en vez de agarrarse de ella. Por lo anterior es necesario ir poco a poco evaluando las reacciones y opiniones del paciente, ante cada paso, con el fin de que el terapeuta pueda en un momento dado cambiar la estrategia y adecuarla a la postura, valores, creencias, prioridades e inclinaciones internas del paciente.

El tiempo necesario se refiere a no dejarse presionar por el cliente, tratando de lograr también que el cliente se comprometa a comunicarse con mayor claridad, mientras que el terapeuta tiene tiempo para esclarecer el problema o la situación y podrá pensar y planear cuando en ese momento no puede ofrecerle al paciente una línea específica a seguir. Por ejemplo se le puede decir el día de hoy me cuesta trabajo captar lo que ocurre, y tratar de mostrar verbalmente la falta de comprensión.

Con respecto al lenguaje condicional, aquí el terapeuta, a través de su discurso o lenguaje debe dar la impresión de tener una determinada postura, pero sin hacerlo realmente; debe recordarse que debe mantener la libertad de optar por diferentes líneas. Por ejemplo le

puede decir, opino que Ud. cree que debe tratarse de una manera diferente al hijo mayor y al hijo menor.

El uso de la concreción por parte del paciente debe procurarse cuando está siendo muy vago en su discurso o cuando no puede o no quiere comprender, es entonces cuando el terapeuta debe forzar al paciente a ser claro y concreto en sus comentarios. Por ejemplo, cuando le dice podría aclararme ¿en qué consiste eso de sentirse sumamente ansioso?

#### Intervenciones

En este enfoque se pide a los pacientes y a sus familias que definan metas concretas a alcanzar mediante el tratamiento terapéutico; esto permite evaluar los resultados de la terapia y también indica cuándo finalizar la terapia.

En primer lugar se definen operativamente los objetivos que se pretenden alcanzar con el tratamiento, especificados por lo regular en términos de conductas, de ahí que se puedan evaluar dichos objetivos. En segundo lugar se elige un cambio mínimo necesario para facilitar un efecto de irradiación o de generalización a otras conductas, pertenecientes al cambio de tipo dos o a las nuevas conductas que reducirán la sintomatología y traerán soluciones promovidas por el trabajo terapéutico. En tercer lugar usar estrategias contrarias a la clase de soluciones intentadas hasta entonces por el paciente. En cuarto lugar la utilización de la postura del paciente (su lenguaje, sistema de valores, actitud frente al problema etc.) y finalmente en quinto lugar el terapeuta busca mantenerse en una posición “inferior” (one down) evitando la confrontación a fin de poder intervenir en cualquier momento; esto se da porque desde este enfoque, se supone que remarcar la superioridad del paciente favorece la creación de resistencia por parte de los pacientes.

En la Terapia Breve, el interés está puesto en solucionar el problema actual del paciente dentro de un tiempo limitado, utilizando las técnicas necesarias de estímulo para el cambio.

Existen 4 maneras básicas de lograr el cambio Fish, Weakland y Segal (1982):

1. Rompiendo con las pautas de interacción que mantienen la conducta problemática.
2. Reinterpretando o bien resignificando al problema.
3. Buscando soluciones inusuales al problema.
4. Cambiando la evaluación negativa de la conducta problemática.

Se considera que la aparición y el mantenimiento de los problemas son considerados como parte de un proceso de círculo vicioso en el que las aparentemente conductas bien

intencionadas de solución por parte del cliente, más bien le otorgan durabilidad al problema; así pues la alteración de tales conductas debe servir para interrumpir el ciclo e iniciar la solución auténtica del problema que ha dejado de ser provocada por otras conductas pertenecientes al sistema de interacción particular.

Con respecto a las llamadas intervenciones específicas, se diseñaron cinco estandarizadas, útiles en problemas caracterizados por cinco tipos de soluciones intentadas.

La denominación de cada intervención viene rotulada por el intento de solución del paciente o de la familia. Son las siguientes:

1. Forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente (trata problemas de insomnio, tics, dolores de cabeza, tartamudeo, actividad sexual, etc.) Se dice al paciente que debe provocar deliberadamente el síntoma por ejemplo si presenta insomnio se le pide que no duerma.
2. Dominar un acontecimiento temido aplazándolo. Aquí se le impedirá al paciente acabar su tarea con éxito.
3. Llegar a un acuerdo mediante coacción. Aquí se trata de eliminar la actitud dominante (de los padres por ejemplo) y se supone desaparecerá la conducta provocadora e inductora de rebeldía, de un adolescente.
4. Conseguir sumisión a través de la libre aceptación. Es un intento de solución muy habitual entre padres e hijos y en las relaciones de pareja. En este caso se trata de lograr una respuesta espontánea del otro que coincida con los deseos de uno mismo. El sujeto piensa que si pide directamente lo que desea, su obtención quedará invalidada por no haberlo conseguido de manera espontánea.

La intervención se fundamenta en la necesidad de hacer peticiones directas.

1. Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa. Aquí la intervención es interrumpir la secuencia de acusaciones y de justificaciones, se denomina interferencia o confusión de señales.

Las intervenciones llamadas generales consisten en:

1. No apresurarse. Se da el mensaje de que es preferible el cambio paulatino porque es más sólido que el repentino.
2. Peligros de una mejoría. Si la postura del sujeto es de oposición al terapeuta, la intervención funcionará acelerando el cambio, si la persona comprueba que la mejoría no es

un lecho de rosas, se sentirá menos obligada a exigirse a rendir más, no esforzándose demasiado.

3. Un cambio de dirección. Cuando las intervenciones no han producido el cambio deseado, el terapeuta cambia de dirección argumentando que se ha dado cuenta que ha seguido un camino equivocado.

4. Cómo empeorar el problema. Se emplea cuando en las últimas entrevistas se continúa sin haber cambios.

### Cambio

En este enfoque, el objetivo terapéutico es alcanzar un cambio, denominado de tipo dos en relación a la clase de solución intentada.

El cambio de tipo uno comprende cambios dentro de la misma clase de soluciones intentadas, que únicamente contribuyen al mantenimiento del síntoma; el cambio tipo dos que sabemos es el deseable, consiste en la creación de una nueva clase de intentos de solución, pero que hacen desaparecer o bien reducen la sintomatología.

## **Modelo de Terapia Breve Orientado a Soluciones**

O'Hanlon y Weiner-Davis (1990), ubicaron en la década de los años sesenta, particularmente con Abraham Maslow, la reflexión de que la Psicología había estado hasta entonces, avanzando en la dirección equivocada, explorando e intentando entender y resolver la patología ya fuese conductual, emocional, y psicológica de la humanidad.

El propio Maslow (1979) señaló que el concepto de salud psíquica, poseía varias deficiencias intrínsecas a la hora de utilizarlo con propósitos científicos y entonces él particularmente prefería usar el término "autorrealización" porque subrayaba la plenitud humana.

El cambio de enfoque podría haber consistido en estudiar a los individuos mejores y más sanos de la especie humana, para averiguar lo que queremos saber sobre las personas.

Sin embargo, en vista de que la terapia psicológica procedía de la Medicina, de la Filosofía, de la Religión, en las cuales se hacía énfasis por explicar, diagnosticar y comprender la naturaleza humana, la psicoterapia implicaba intentos deliberados de producir un cambio de punto de vista y/o de acción, que llevaba a la solución; no obstante, aún cuando ya se

había experimentado durante años que el tener una explicación sobre la naturaleza y el origen del problema no producía necesariamente el resultado terapéutico deseado, en general se seguía trabajando sobre esa misma línea. O'Hanlon y Weiner-Davis (op. cit.), consideraron debido a que la psicoterapia recibió a terapeutas de otros campos profesionales, como: trabajadoras sociales, enfermeras, sacerdotes, consejeros, trajo como resultado el impulsar cambios y soluciones en vez de comprensión y explicación.

Tradicionalmente la psicoterapia había estado orientada hacia el *pasado*, buscando en la infancia del cliente las raíces de los síntomas actuales. Afortunadamente con la aparición de la Terapia de la Conducta, la Psicología del Yo, la Terapia de la Gestalt y la Terapia Familiar, se hizo necesario recurrir al *presente* o al aquí y ahora como aspectos indispensables y centrales para la Terapia. Especialmente en este momento la Terapia ha evolucionado como una orientación hacia el *futuro* en la que no interesa como surgieron los problemas ni incluso como se mantienen, sino que se ocupa de cómo se resolverán, es decir solamente se fija en aquellos datos que dan información de qué es lo que funciona o es útil en casos concretos, es decir se centra en las *soluciones*. Entre los terapeutas sobresalientes, podríamos considerar a Milton H. Erickson como precursor del trabajo con soluciones.

Para Erickson era evidente que *cada individuo poseía una reserva de sabiduría aprendida y olvidada, pero siempre disponible para él mismo*. Proponía que sus pacientes explorasen otras formas de organizar su experiencia sin explorar la etiología ni la dinámica de la disfunción. En otras palabras, comenzaba a separarse del enfoque centrado en el problema. Las influencias básicas para estos autores fueron Erickson, el Mental Research Institute o MRI. y el Brief Family Therapy Center o BFTC.

#### Recursos - Soluciones

Como lo señala el propio O'Hanlon en 1990, esta terapia:

“se centra en los recursos de las personas más que en su déficit, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones” (p.9).

La Terapia de Soluciones se consideró como un enfoque nuevo en comparación con el resto de las demás terapias, por su énfasis en las posibles *soluciones*, más que en los problemas, como tradicionalmente durante muchos años se había venido enfocando la psicoterapia de diversas orientaciones.

Es indispensable y necesario, centrarse sobre lo que es posible y puede cambiarse y no en lo imposible e inamovible.

La Terapia Centrada en Soluciones tiene como sus principales representantes a Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, William O'Hanlon, Weiner Davis y Mathew Selekman.

Cliente

Se asume que el cliente tiene una forma única de cooperar y que la tarea del terapeuta es identificar y utilizar esta forma de cooperación.

Terapeuta

De Erickson se retomó específicamente el enfoque de utilización. Milton Erickson (1977) sostenía que el terapeuta debería, al igual que un buen jardinero, emplear todo lo que el cliente le presentara, incluso lo que apareciera como yerbajos de resistencia, síntomas, creencias rígidas, conducta compulsiva, etc. como componentes esenciales a tener en cuenta y ser utilizados activamente como parte de la solución. Es muy interesante el pensamiento Ericksoniano porque pensaba que la terapia debía ser ajustada para satisfacer los estilos y la idiosincracia de cada cliente. Por ejemplo, el denominado "árbol de decisiones" o cursograma" planteado por Steve de Shazer (1989) se desarrolló con el fin de ayudar a los terapeutas a identificar los patrones de cooperación de los clientes con respecto a las tareas asignadas, cuyo propósito sería el identificar el estilo de cooperación del cliente y por parte del terapeuta poder dar una respuesta paralela.

Nosotros afirmamos que los prejuicios que se derivan de las expectativas del terapeuta, tanto si son positivas como si son negativas, influirán sobre el curso y el resultado de la terapia. (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990, p. 44).

Mantenemos premisas que se centran en los recursos y las posibilidades; por fortuna, estas afirmaciones también ayudan a crear profecías auto cumplidoras. (Op. cit. p. 45).

De ahí que se parta al igual que Milton H. Erickson, de la creencia y posterior evidencia de que los clientes tienen recursos y fortalezas para resolver sus quejas.

Como lo mencionan los autores citados en los dos párrafos anteriores: "si admites que el cambio es constante, te comportarás como si el cambio fuera inevitable" (op. cit. p.46).

No obstante, cuando los clientes reportan que no ha habido cambios, cabe señalar que lo que probablemente no ha cambiado es su percepción o su forma de evaluar lo que hacen. De ahí también que una de las funciones como terapeutas basados en soluciones sea identificar y ampliar los cambios en el cliente, en términos de que se dé cuenta y de ampliar el cambio. Es importante señalar que sitúa a los clientes en un marco en el que piensen que disponen de todas las capacidades y recursos para resolver su problema.

Un objetivo igualmente importante es crear un contexto en el que nuestros clientes se sientan mejor preparados para resolver sus dificultades que cuando entraron en nuestra oficina. Se ha notado que cuando las personas tienen dificultades, a menudo olvidan que tienen recursos y capacidades.

#### Intervenciones

De Erickson se retomó la llamada “pseudo-orientación en el tiempo” que De Shazer llamó técnica de la bola de cristal (De Shazer, 1989); Erickson usando la Hipnosis, ayudaba a las personas a crear una sensación de distorsión temporal, de forma que podían ir con facilidad adelante y atrás en el tiempo. Debían visualizarse en un tiempo futuro con el problema resuelto y describirle qué habían hecho; les hacía olvidar esta experiencia por amnesia y tras cierto tiempo, por lo general le informaban haber resuelto sus quejas.

Considerar a Milton H. Erickson también como precursor de la Terapia Breve, se debió a que él pensaba que la terapia debía concluirse muy deprisa porque así como la enfermedad se podía desarrollar de repente, así la terapia podía darse igual de pronto y ser igual de corta.

Con respecto a la importancia del empleo de analogías para provocar el cambio, en el trabajo de Milton H. Erickson se encuentran muchos ejemplos en los que se ofrece a los clientes una nueva orientación y un nuevo marco de referencia para facilitar la resolución de problemas terapéuticos. Este tipo de reorientación se denomina “replanteamiento” en la Terapia Familiar, la Terapia Breve y la Terapia Ericksoniana. Específicamente las analogías ofrecen nuevos marcos que crean un contexto para el cambio en la Terapia.

O’Hanlon (2001) plantea el empleo de metáforas y de la hipnosis para el tratamiento de problemas somáticos en la psicoterapia.

Sin embargo es importante seguir una regla general para decidir si es oportuno o no emplearlas.

En primer lugar, diferencia entre problemas de acción, que se refieren a una conducta de la persona que busca la ayuda del terapeuta y problemas de experiencia, que suponen dificultades afectivas o somáticas.

Para los problemas de experiencia emplea un método indirecto (que normalmente supone técnicas hipnóticas y metafóricas) que no implica que la persona deba realizar alguna acción deliberada.

Para los problemas de acción aplica un método más directivo y basado en la acción, llamado intervención en las pautas.

El autor conceptualiza a la metáfora como el efecto de trasladar conocimientos de un contexto a otro, es decir desde su contexto inicial a otro contexto nuevo. Entonces se propone que el objetivo de la metáfora en la terapia sea transferir la capacidad que ha desarrollado o utiliza el cliente en un escenario, al contexto donde esta capacidad podría resolver el problema que lo ha traído a la terapia.

Una metáfora es un recurso literario que incluye un símil (decir que una cosa es “como” o “semejante” a ella; por ejemplo decir que tus dientes parecen perlas (por bellos, blancos y bien hechos); las metáforas nos ayudan a emplear conocimientos o experiencias que ya poseemos para comprender nuevas experiencias.

Erickson, es tomado como precursor en el uso de metáforas, de las presuposiciones y de la llamada técnica de “intervención sobre patrones”.

En general se considera que si el cliente actúa de la siguiente manera debe:

1. Si se da una tarea directa y el cliente responde siguiendo las instrucciones, estaría indicada otra tarea directa.
2. Si responde a la tarea directa modificándola, se recomienda usar ese patrón, ofreciendo tareas fácilmente modificables.
3. Si no hacen las tareas porque las olvidan, las rechazan o no pudieron hacerlas, no se les da ninguna tarea específica. En vez de ello, durante la sesión se pueden contar metáforas o historias de cómo otras personas resolvieron problemas similares.
4. Si los clientes hacen lo contrario de lo que sugiere el terapeuta, en las directivas futuras existirá la posibilidad de responder en un sentido terapéutico oponiéndose a lo que se sugiere.

5. Se desarrolló y advirtió la sorprendente efectividad de las prescripciones y tareas invariables que se denominaron “*tareas de fórmula*”, que se refiere a que se encontró que varias de sus tareas parecían tener efectos notables independientemente de la naturaleza de la queja presentada.

El resultado de centrarse y concentrarse más en los aspectos de la solución que en los del problema, permitió el desarrollo de la llamada “*pregunta del milagro*.” “Supón que una noche mientras duermes, hubiera un milagro y este problema se resolviera. ¿Cómo te darías cuenta, qué sería diferente?”.

Finalmente para cerrar esta parte sobre los antecedentes históricos, cabe señalar la acuñación de la denominada “*pregunta de la excepción*” que lleva a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado, en vez de en el futuro, haciéndoles centrarse en aquellas ocasiones en las que no tienen o no han tenido problemas, pese a esperar que los tendrían.

Como ya se había señalado, por desgracia existió mucho énfasis en la patología y en los déficits del cliente y dependía de la orientación teórica del terapeuta el enfocarse hacia la patología o hacia la salud, justamente encontrando para un mismo cliente ambos extremos. Esto en función del cristal en uso, para trabajar con su cliente, lo que necesariamente lleva al terreno de las creencias, de éstas que no se sabe que son creencias y de aquellas que se consideran verdades. En ese sentido, en un libro tan viejo como el *Enuma Elish* ya se decía “la palabra crea” y entonces si como terapeuta mi primera creencia hacia el cliente es que está enfermo e incapacitado, no nos extrañaría que no sólo lo tratemos así, sino que además nuestro cliente se comporte así. Lo anterior obra también en el sentido inverso, si mi expectativa como terapeuta influye en mi cliente; que tal si parto de percibir soluciones y no problemas, en este sentido “la magia” también funcionará.

En primer lugar es muy importante centrarse en la cocreación de un problema resoluble. Co-crear porque el terapeuta no se basa en su conocimiento enciclopédico sobre enfermedades mentales o psicopatología, sino que “*haciendo camino al andar*” conjuntamente con su cliente, examinan e interpretan la realidad, partiendo de:

1. Desaparecer la idea de que hay un problema.

Se empiezan todas las primeras sesiones con la premisa de que es posible negociar una realidad terapéutica que haga desaparecer la idea de que hay “un problema”.

## 2. Negociar un problema resoluble.

Si durante el transcurso de la conversación inicial no conseguimos eliminar el problema, nuestra siguiente prioridad es hacer que el problema parezca más manejable y menos impermeable a una resolución de problemas creativa. Nuestro objetivo es reducir el tamaño del problema a ojos del cliente, haciéndolo parecer más manejable.

## 3. Adaptarse al lenguaje del cliente.

Un principio cierto y comprobado del trabajo de Milton H. Erickson y otros terapeutas más es: emplear inicialmente las palabras que usan los clientes como forma de unirte a ellos y establecer rapport.

La gente selecciona determinadas palabras para reflejar sus experiencias. Las palabras elegidas poseen ciertas connotaciones para el hablante. En la medida en que, como terapeuta, adoptamos el lenguaje de nuestros clientes, éstos habitualmente llegan a creer que entendemos, apreciamos y nos identificamos con sus experiencias subjetivas. La empatía y la cooperación se apoyan en esta creencia. A menudo los clientes se relajan notablemente cuando sienten que se les comprende.

## 4. Adaptarse a la modalidad sensorial del cliente.

Bandler y Grinder (1990) desarrollaron una técnica que implicaba corresponder los verbos y predicados de la gente con las modalidades sensoriales que están usando, ya sea que éstas se orientaran visual, auditiva o cinestésicamente. Sugieren que el terapeuta se ajuste a la modalidad sensorial del cliente a fin de indicar comprensión y desarrollar empatía.

Encauzar el lenguaje del cliente (Reetiquetar positivamente).

Inicialmente utilizamos las palabras que usan los clientes y empezamos luego a encauzar los significados de esas palabras en una dirección productiva o positiva o bien a emplear palabras distintas.

Primera entrevista, algunas preguntas que se vierten durante la entrevista, están elaboradas para generar información sobre el encuadre que el cliente hace actualmente de su situación y se les llama reflexivas; otras denominadas constructivas, están orientadas hacia el futuro, diseñadas para construir soluciones y crear la expectativa de cambio. Las preguntas presuposicionales, están hechas para funcionar como intervenciones, es decir con éstas se intenta influir sobre las percepciones de los clientes dirigiéndose a las soluciones. Reflexionar sobre estas preguntas ayuda a los clientes a considerar su situación desde

nuevas perspectivas. Las llamadas preguntas de escala se utilizan como una forma de poder trabajar en los casos en que la queja y los objetivos son excesivamente vagos y para poder obtener descripciones conductuales de los mismos., también sirven para generar información de utilidad para el cliente a fin de que éste pueda establecer submetas y metas, identificar avances y atribuirse responsabilidad por los cambios conseguidos.

Es también importante en la primera sesión posibilitar la unión entre el cliente y el terapeuta, por lo general se comienza conversando sobre cualquier situación distinta a la que lo trajo a terapia. Habitualmente la pregunta ¿qué lo trae por aquí? contacta con la descripción del problema que evidentemente debe ser breve y no necesita de toda una descripción histórica e historiográfica.

Las excepciones al problema se indagan y por regla general nos encontramos con que existen situaciones en las que simplemente no ocurre el problema, es entonces cuando debemos interrogar y conocer qué ocurre. La idea es muy simple. Si las personas quieren experimentar más éxitos, más felicidad y menos estrés en su vida, se les ayude a identificar y evaluar lo que es diferente en aquellos momentos en que ya disfrutaban del éxito, son felices y están libres de estrés. Ahí está la solución: dedicarse más a aquellas actividades de las que hay constancia de que han conseguido aunque sea por periodos cortos el objetivo deseado.

La excepción es aquella situación en la que no se presenta la conducta problema.

Las excepciones no sólo implican conductas, sino también ideas, sentimientos y percepciones, que son contrarias a la queja del cliente; la gran ventaja es que potencialmente pueden llevar al cliente a una solución. La excepción se puede ubicar, identificar, coconstruir al conversar con el cliente.

Existen 5 pasos en el trabajo con excepciones:

1. Evocar el tema de las excepciones.
2. Hacer énfasis sobre la excepción de manera que no pase inadvertida para el cliente y se de cuenta de que existe una diferencia.
3. Ampliar.
4. Atribuir el control al cliente para lograr más excepciones.
5. Indagar más sobre otras excepciones, enfatizar.

Normalizar y despatologizar. Si especuláramos sobre las causas de muchas dificultades en los seres humanos, veríamos que algunos eventos se mantuvieron el tiempo suficiente como para ser considerados un problema, sin embargo depende del terapeuta ver estos “problemas como patológicos o enfermizos” o como dificultades de la vida cotidiana.

Proyección al futuro. Las prácticas de proyección al futuro como la pregunta del milagro, la técnica de la bola de cristal etc. se emplean para construir junto con los clientes objetivos útiles; se denominan así porque son relevantes para el cliente, son cortos, específicos, positivos y alcanzables; también sirve la proyección al futuro para “descongelar” al cliente de su congelamiento en el pasado o en el presente

#### Cambio

El objetivo terapéutico consiste en ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes, ampliar las soluciones eficaces y resaltar aquello que es agradable en la vida de los individuos y de las familias.

El hecho de que a veces aparezca el síntoma y a veces no, permite con esta distinción, crear la expectativa de que es posible vivir sin la conducta problemática.

#### Prescripciones para el cambio

En la terapia centrada en las soluciones son tres las cosas que se intentan hacer:

##### 1. *Cambiar la “forma de actuar” en la situación percibida como problemática.*

Queremos cambiar las acciones e interacciones que intervienen en la situación, dando libertad a los clientes para usar otras acciones, atípicas, que tengan más probabilidades de resolver el problema que la repetición de pautas sin éxito. Un cambio en lo que hacen puede producir también un cambio en su marco de referencia. Además los cambios en la “forma de actuar” en la situación pueden generar recursos y capacidades nuevas u olvidadas.

##### 2. *Cambiar la “forma de ver” la situación percibida como problemática.*

Cambiar los marcos de referencia de los clientes, tanto en la sesión como fuera de la sala de terapia, puede llevar a cambios en las acciones y en la estimulación de potencialidades y recursos no utilizados.

##### 3. *Evocar recursos, soluciones y capacidades que se puedan aplicar a la situación que se percibe como problemática.*

Recordar a las personas sus recursos y fomentar estas fuerzas y capacidades puede llevar a cambios en sus acciones y en su punto de vista. Por ejemplo:

Cambiar el lugar en el que se produce la queja.

Añadir al menos un elemento nuevo al patrón de la queja.

Cambiar la secuencia de eventos en el patrón de queja.

Descomponer el patrón de queja en elementos más pequeños.

Unir la realización de la queja a alguna actividad gravosa.

En relación con este enfoque, finalmente ha mostrado ser altamente efectivo, pero sobre todo su importancia radica en que a diferencia de la terapia breve basada en problemas, en este modelo se hace énfasis en las soluciones o en el círculo virtuoso que puede desarrollar el paciente.

### **Modelo estratégico**

Jay Haley (1980) y Cloé Madanes (1984) desarrollaron el enfoque de Terapia Familiar Estratégica muy influido por la Terapia de Milton Erickson, sosteniendo que el terapeuta debía asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad para resolver los problemas del cliente.

Para Haley (1980, p.7):

Una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. Cuando se encuentran un terapeuta y una persona con un problema, la acción que tiene lugar está determinada por ambos, pero en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta.

Observamos aquí una diferencia primordial en comparación con los modelos de terapia tradicional como el psicoanalítico, en el cual al contrario de lo estipulado por Haley, el terapeuta debe evitar al máximo proporcionar alguna directiva al paciente; es decir es el propio paciente el que debe determinar qué es lo que ocurre en la sesión. De ahí que Haley considerara al psicoanalítico, un enfoque pasivo. Sin embargo haciendo una reflexión al respecto, el paciente no actúa pasivamente, más bien de manera diferente, es activo por todo el trabajo de conexión y síntesis que tiene que hacer.

En contraposición al enfoque activo estratégico, en el cual se identifica junto con el paciente un problema y se centran en él, ambos, terapeuta y paciente, se fijan metas, se interviene deliberadamente en la vida de una persona, o se examinan los resultados de la terapia. Y... bueno bajo la perspectiva anterior se le consideró a este tipo de Terapia “manipulativa”.

Al igual que la Sistémica, la Terapia Estratégica se deriva de la teoría de la comunicación, porque ambos enfoques se basan en el sistema cibernético y las teorías de la retroalimentación y se relacionan estrechamente con la teoría de la información y la de los juegos; en ambos interesa el aspecto funcional de los síntomas de la familia y del individuo. Haley op. cit. consideró que Milton H. Erickson fue además de un eminente hipnólogo, un terapeuta estratégico, porque observaba a las personas y a sus complejos modos de comunicación, motivaba a la gente de manera que siguiera sus directivas e influía en ellas mediante las palabras, las entonaciones y los movimientos corporales. También alentaba la concepción de que la gente es modificable, el espacio y el tiempo maleables y daba ideas específicas de cómo orientar a una persona a fin de que ésta se hiciese más autónoma. De ahí que se considere necesario escribir brevemente sobre él.

Revisando brevemente las estrategias de Milton H. Erickson, cuando él encontraba resistencia en sus pacientes, en vez de hacer hincapié en la resistencia, por el contrario la aceptaba y la alentaba; a esta técnica se le llamó *alentar la resistencia*.

Otra técnica usada por Erickson fue la llamada *ofrecimiento de una alternativa peor*; en ésta, al ofrecerle al paciente la posibilidad de elegir entre algo peor o algo que el paciente elige, el paciente termina eligiendo por él mismo, en vez de la alternativa peor que le ofreció el terapeuta. Erickson también usó *metáforas*, que más adelante se explicarán con mayor amplitud. La técnica llamada *alentar la recaída*, también es conocida como *prescripción de la recaída* y consiste en informar al sujeto de que a pesar de su mejoría es muy probable que recaiga; el efecto de esta información es que el paciente se resista a recaer y continúe mejorando. La *frustración de una respuesta para alentarla* se refiere a que una respuesta difícil de observarse, se alienta más a que no se dé y el efecto de esto es que sí se muestre. El *énfasis en lo positivo*, se refiere a que, dada la suposición de que toda persona alberga un deseo natural de crecimiento, un paciente cooperará más si el terapeuta destaca sus acciones positivas. La *siembra de ideas de Erickson* consistía en establecer en

sus pacientes en estado hipnótico, ciertas ideas para después construir con ellas. La *ampliación de una desviación* se refiere a que una vez alcanzada una pequeña respuesta se construye sobre ella ampliándola hasta lograr la meta, como la onda formada por una piedra tirada sobre un lago.

Entrando a un terreno de mayor precisión en la *Terapia Estratégica* es muy importante partir de las siguientes categorías, propias de este enfoque:

#### Definición de un problema / síntoma

En la *Terapia Estratégica*, se define el síntoma en términos operativos y se centra más en la situación social que en la de factores intrapsíquicos del individuo. Es decir, un problema puede tener diferentes aspectos sociales y entonces un problema se define como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; la terapia se concentra justamente en esta secuencia reiterada de comportamientos.

Acorde con lo planteado en los años cincuentas. Haley (1974) destaca que el síntoma podía considerarse una conducta adaptativa a la situación social en la que se presentaba, en lugar de algo irracional basado en percepciones erróneas provenientes del pasado. Afirmaba que los problemas que presentan los grupos sociales se relaciona a que se desempeñan con jerarquías incongruentes que repercuten en niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática.

#### Familia

Los problemas familiares son vistos como la expresión de esquemas organizativos disfuncionales como por ejemplo: fronteras generacionales difusas, formación patológica de triángulos, confusiones en la jerarquía familiar, perturbaciones de adaptación en el contexto del ciclo vital de la familia.

#### Ciclo vital

En el contexto del ciclo de vida familiar por ejemplo, le interesa al terapeuta estratégico ¿cómo se utiliza un síntoma para ayudar a la familia a dominar una crisis propia del ciclo vital de ese momento. De ahí que evidentemente esta categoría sea importante para este enfoque.

Uno de los principales objetivos del tratamiento estratégico es ayudar a las familias a superar la crisis que enfrentan en su ciclo vital.

#### Cliente

El consultante se denomina con mayor propiedad como cliente.

La función o el significado de un síntoma no pueden encuadrarse en el nivel del individuo solo, de ahí que los problemas del paciente identificado tienen que ser comprendidos y modificados en el contexto del sistema familiar; entonces las directivas en esta terapia son modificar las secuencias, las reglas y el significado de la interacción familiar.

#### Terapeuta

Se debe tomar en cuenta al terapeuta dentro del contexto social del paciente; es decir el terapeuta debe concebirse a sí mismo dentro del problema, puesto que contribuye a definirlo. Esto último es tan importante que al clasificar o diagnosticar un problema, éste puede solidificarse y tornarse permanente.

En la Terapia Estratégica el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. El terapeuta comienza negociando las metas de la terapia con la familia y seguidamente procede a desarrollar una *estrategia* para alcanzar esas metas.

Los terapeutas con orientación estratégica preguntan por ejemplo ¿cómo sirven los síntomas para sostener la homeostasis familiar?

#### Intervenciones

Primera entrevista. De acuerdo con el punto de vista anterior, resulta muy importante la formulación del problema y el cómo resolverlo; si no se quiere caer en una postura rígida y estereotipada, lo contrario sería adoptar una postura flexible, creativa y espontánea.

De este modo es importante establecer el contrato terapéutico que debe contener con precisión el problema sobre el cual se va a trabajar, las posibles metas a alcanzar y la cantidad y duración de las sesiones, es importante seguir las siguientes etapas:

1. Saludar a la familia y hacer lo conveniente a fin de que se sienta cómoda.
2. Planteamiento del problema, en el cual valga la redundancia, se investiga sobre el problema expresado por la familia.

3. Etapa de interacción, en la cual se pide a los miembros de la familia que conversen entre sí. El terapeuta debe observar el estado de ánimo de la familia, cómo los padres disciplinan a los hijos y cómo a su vez los hijos responden. Los integrantes de una familia no pueden describirle a un terapeuta sus interacciones o sus secuencias porque las desconocen; de esta forma el terapeuta sólo podrá tener información acerca de estas pautas de conducta observando las interacciones familiares. Entonces el terapeuta podrá identificar la clase de secuencia existente en esta familia. Es importante en esta etapa que el terapeuta *no* comunique a la familia sus observaciones.

4. Etapa de fijación de meta, se pide a la familia que especifique los cambios que desea lograr y finalmente se especifica fecha, hora y número de sesiones aproximadas a las que ha de asistir toda la familia o parte de ella.

Es importante tener claro por qué han acudido a terapia, cuál es el problema que los aqueja y específicamente, se tomará en cuenta para preguntar el modo en que el terapeuta formula las preguntas y a qué miembro de la familia va dirigida. Por ejemplo el terapeuta puede preguntar ¿en qué puedo serles útil? Y más adelante ¿qué cambios desean lograr?

Se sugiere una pregunta general y ambigua que le permita a la familia exponer sus puntos de vista. Con respecto a qué miembro o miembros de la familia dirige las preguntas, se debe permitir que intervengan varios miembros de la familia.

Lo anterior nos prepara para recibir la información proveniente de la familia y existen tres maneras de recibirla:

1. El terapeuta dejará que la familia exprese el problema metafóricamente.
2. El terapeuta formulará de la manera más concreta y detallada el problema y las metas a alcanzar.
3. El terapeuta pedirá que le resuman el problema y le especifiquen los cambios deseados.

Otro aspecto importante dentro de este enfoque es:

Finalidad de las directivas

1. Principalmente se espera lograr que la gente se comporte de una manera diferente a la que venía actuando, evidentemente esto le dará experiencias subjetivas diferentes.
2. Al orientar o dirigir el terapeuta, intensifica la relación entre clientes y terapeuta, esto es importante porque para la siguiente entrevista se tendrá una apreciación diferente del terapeuta.

3. La manera en que la gente reacciona ante una directiva, constituye una rica fuente de información sobre la familia, cumplan o no la directiva y cómo lo hagan.

#### Tipos de directivas

Existen dos maneras de impartir directivas:

1. Decirle a la gente qué debe hacer con el propósito de que lo cumpla y
2. Decírselo a sabiendas de que no lo va a cumplir, aquí se espera que se rebelen y no sigan las directivas.

#### Motivación familiar para seguir las directivas

En este enfoque se ofrece o se presenta la tarea como un medio de alcanzar el fin deseado a través de la terapia.

#### Informe sobre la tarea

Cuando se imparte una tarea siempre debe solicitarse un informe sobre la misma en la siguiente entrevista y por lo regular ocurre una de tres posibilidades: El paciente hizo la tarea, no la hizo o la hizo parcialmente. Cualquiera de los tres casos que haya ocurrido le permite al terapeuta evaluar las actitudes de la familia en cuestión.

#### Tareas metafóricas

La formulación explícita de lo que el terapeuta desea que ocurra en una familia, no siempre será lo más acertado. Se ha encontrado que la gente está más dispuesta a cumplir una directiva si no tiene conciencia de haberla recibido; así, la forma de hacer lo anterior es con el uso de metáforas. Una metáfora es una formulación acerca de una situación, suceso que se parece a otro; es la relación de la analogía entre un acontecimiento y otro.

Las metáforas no se expresan sólo con palabras sino también hay acciones metafóricas, por ejemplo la forma en que el terapeuta trate a los niños en el consultorio, puede influir en el trato que les den sus padres; de esta manera el terapeuta muestra algo con sus acciones, es decir el terapeuta se expresa mediante acciones parecidas a lo que él desearía que hubiera ocurrido.

#### Tareas paradójicas

Este aspecto es muy interesante, porque si bien se espera que de acuerdo al deseo del terapeuta que los miembros de la familia hagan lo que se les diga, aquí ocurre lo contrario, el terapeuta emplea estas tareas porque espera que la familia se resista a cumplir con ellas, y entonces ésto propicie el cambio.

Los clientes pueden percibir cierta incongruencia porque aún cuando el terapeuta dice que desea ayudarlos a cambiar, al mismo tiempo les está pidiendo que no cambien. Paradójicamente, aún cuando se espera que una familia acuda a terapia con “verdaderos” deseos de cambiar, ocurre que en realidad no desean cambiar.

Las tareas paradójicas incluyen dos aspectos generales:

1. Encarar a la familia en un sentido global.
2. Impartir directivas que involucren sólo a una parte de ella.

En el primer aspecto se trata de comunicar diferentes cosas a la vez; algo así como dos mensajes, por un lado cambien y por el otro no lo hagan, no cambien.

En el segundo aspecto, el terapeuta no desea involucrar a todos los miembros de la familia, sino a uno o a unos cuantos.

Etapas de una intervención paradójica

1. Establecer una relación tendiente a provocar el cambio.
2. Definir claramente el problema.
3. Fijar los objetivos con claridad.
4. Ofrecer un plan.
5. Descalificar diplomáticamente a quien es tenido por autoridad en la materia, porque es común que no haga lo correcto.
6. Impartir la directiva paradójica.
7. Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento usual.
8. A medida que continúa el cambio el terapeuta deberá evitar que se acredite como un logro del terapeuta, por ejemplo mostrándose perplejo ante una mejoría.

Diseño de las tareas

Antes de diseñar una tarea se debe reflexionar sobre el problema presentado en función de la secuencia que tiene lugar en la familia y hallar una directiva que cambie a ambos.

Se puede pedir a los clientes que hagan una lista de los problemas, que se conduzcan de determinada manera durante la semana o que se reúnan a conversar a una hora fija.

#### Modos de comunicación digitales y analógicos

Los seres humanos somos capaces de comunicarnos de dos maneras, o con dos estilos o dos lenguajes diferentes. Es decir o de una manera precisa y lógica o de una manera metafórica y a estos modos de comunicación se les conoce como digital y analógico.

La comunicación digital está integrada por mensajes en donde cada formulación posee un único referente específico es decir hay un estímulo y una respuesta unidireccionales y específicos, cada mensaje corresponde a una categoría específica.

La comunicación analógica incluye las categorías de “como si”, lo análogo puede expresarse verbalmente con el uso de metáforas, o mediante una acción como se hace en la mímica por ejemplo; un mensaje análogo no puede clasificarse en categorías sin tener en cuenta el contexto de mensajes distintos dentro del cual surge.

Dentro de los procedimientos psicoterapéuticos, el empleo de analogías o metáforas ha llegado a ocupar un lugar muy importante. En el caso de la Terapia Estratégica, las metáforas no sólo se han usado en la terapia misma, sino en primer lugar en la formulación del problema como una metáfora, de tal manera que el cambio terapéutico sería concebido como un cambio en el problema - metáfora del paciente.

Finalmente se quiere resaltar que para este enfoque es importante identificar y precisar el ciclo vital por el que atraviesa la familia en cuestión, porque evidentemente como parte del desarrollo natural de ésta, influye en sus problemas.

#### Cambio

En este enfoque, la finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conductas inapropiadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar.

Las conductas, percepciones y sentimientos de los miembros del grupo cambian cuando se alteran dichas secuencias. El terapeuta debe identificar e impedir que se formen coaliciones que traspasen los límites generacionales y que el síntoma se utilice para regular encubiertamente el poder familiar.

## Modelo de Milán

El Grupo de Milán se desarrolló en el Centro de Estudios de la Familia en Milán, Italia; Este enfoque terapéutico se aplicó frecuentemente en casos de psicosis. Parte de una orientación Psicoanalítica en el año de 1967, comenzando a tratar casos de pacientes psicóticos, anoréxicos y bulímicos.

En 1971 adoptan el enfoque de Palo Alto, y desarrollan la intervención contraparádójica, diseñada para anular el doble vínculo observado en la esquizofrenia.

Básicamente este modelo se desarrolló a partir de un plan de investigación realizado a fines de 1971 con 15 familias con miembros psicóticos. Decidieron utilizar el término bleuleriano esquizofrenia, entendiéndolo como “una peculiar modalidad comunicacional, inseparable de las distintas modalidades comunicacionales que pueden observarse en el grupo natural en que ésta aparece”, en el caso del Modelo de Milán la Familia que utilizaba un modelo de intercambio esquizofrénico. Los creadores de este modelo fueron Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata (1988).

Su investigación se basó en los modelos de la Cibernética y la Pragmática de la Comunicación Humana, teniendo como hipótesis que la familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se han constituido en el tiempo a través de ensayos y errores.

La idea central era que cada grupo natural como la familia, se formó en un cierto lapso de tiempo mediante una serie de ensayos, intercambios y retroalimentaciones correctivas, experimentando así sobre lo que se permite y no se permite en la relación, hasta convertirse en una unidad sistémica original que se sostiene por medio de reglas que le son peculiares. Las reglas se consideran intercambios de carácter comunicacional en lo verbal y en lo no verbal.

Ellos se asumen en concordancia con el primer axioma de la Teoría de la Comunicación Humana: toda conducta es una comunicación. De esta manera, las familias consideradas patológicas se rigen por reglas particulares, de tal manera que la única forma de lograr un cambio, sería intentando cambiar las reglas. Los resultados demostraron que cuando se logró descubrir y cambiar una regla fundamental, se podía obtener rápidamente la desaparición del comportamiento patológico.

Sin embargo, no hay que olvidar que aunque un individuo (como el terapeuta por ejemplo), actúe sobre el sistema, a su vez también se ve influido por las comunicaciones que provienen del mismo sistema; entonces, el poder se encuentra en las reglas del juego establecidas en el tiempo y en el contexto pragmático de aquéllos que están implicados.

Otra de las influencias enormes sobre el Modelo de Milán como en muchos otros, fue Bateson (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989).

En específico el doble vínculo descrito por Bateson, como una modalidad comunicacional apta para transmitir y mantener un desafío sin alternativas y por lo tanto sin fin.

En el nivel verbal se daba una indicación que a continuación, en el segundo nivel casi siempre no verbal, era descalificada. Al mismo tiempo, se agregaba el mensaje de estar prohibido hacer comentarios, o sea metacomunicarse sobre la incongruencia de los dos niveles y también estaba prohibido abandonar el campo.

En el grupo de Palo Alto que hacia 1956 publicó *Toward a Theory of Schizophrenia*, basándose específicamente en la Teoría de los Tipos Lógicos de Russell (1951); se lee la tesis fundamental que afirma que existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros, la clase no puede ser un miembro de sí misma, ni uno de los miembros puede representar a la clase, porque el término usado para la clase es de un nivel de abstracción distinto de los términos empleados para los miembros.

El Centro para el Estudio de la Familia inició su actividad en Milán, Italia en mayo de 1967. A finales de 1971 el equipo estaba constituido por dos hombres y dos mujeres, psiquiatras psicoterapeutas. Trabajaban en parejas heterosexuales a fin de mantener un equilibrio. Las parejas terapéuticas no eran fijas, sino que se cambiaban con cada nueva familia en diversas combinaciones. Descubrieron que con familias de transacción psicótica era muy importante contar con un miembro observador permanente.

Los creadores del Modelo de Milán, pretendieron ofrecer como instrumentos adecuados para el análisis de la comunicación (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988):

El concepto de contexto como matriz de los significados.

La coexistencia del lenguaje analógico y digital.

El concepto de secuencia en la interacción.

El concepto de necesidad de definición de la relación y niveles verbales y no verbales.

El concepto de vínculo simétrico y complementario.

Los conceptos de paradoja sintomática y paradoja terapéutica.

Con el propósito de facilitar la orientación relacional o circular cuando describen conductas o interacciones, sustituyen el verbo “ser” por el verbo “mostrar”.

Con respecto a su teoría sobre el juego, lo patológico valga la redundancia es el juego que sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla a lo largo de muchos años antes de consolidarse como un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dirigen las conductas e interacciones de la familia y que incluso puede provenir de generaciones anteriores.

El juego adaptativo se convierte en patológico cuando asigna a los miembros de la familia roles y funciones que ya no corresponden a los requisitos del momento evolutivo por el que atraviesa la familia. El juego patológico específicamente incluye el mapa de relaciones familiares –alianzas y exclusiones-, la regla que parece presidir esas relaciones es decir que está y que no está permitido- y la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema familiar.

### Familia

Estos autores consideraron que la familia con transacción psicótica o esquizofrénica sostenían su propio juego a través de marañas de paradojas que involucraban a todos los miembros de la familia. Para estos autores, la terapia daba inicio desde la primera comunicación telefónica, así era posible observar y anotar un gran número de peculiaridades: tono de la voz, lamentos, peticiones perentorias de información, intentos inmediatos de manipulación, por parte de la familia.

### Síntoma

El síntoma es considerado como un fenómeno coherente con las características interaccionales específicas de grupo natural en el que aquél se verifica.

La sintomatología es producto de la discrepancia entre algunas conductas que constantemente están sometidas a variaciones y las creencias que permanecen inalteradas porque los miembros de la familia ajustan las conductas y su interpretación a sus esquemas habituales de pensamiento.

En consecuencia, la manera en que el terapeuta cambia las conductas problemáticas de la familia, es modificando las creencias del sistema familiar, teniendo en cuenta que creencias y conductas se influyen recíprocamente.

Se pueden connotar como positivos los comportamientos sintomáticos, para provocar paradójicamente la capacidad de transformación del Sistema Familiar.

### Terapeuta

El trabajo del terapeuta debe basarse en:

La generación de hipótesis. Con el objeto de explicar tentativamente lo que ocurre en el sistema familiar, el terapeuta buscaba nexos entre datos aportados por la familia, observaciones interaccionales familiares, su experiencia personal y sus conocimientos previos.

La circularidad. Se refiere a la capacidad que debe poseer el terapeuta para confirmar o rechazar sus hipótesis a partir de la información provocada en la familia como respuesta a sus preguntas. Esta capacidad puede basarse en el afecto o en la obligación, pudiendo alternarse ambas posturas a conveniencia durante la entrevista.

Cuando el terapeuta asume una postura basada en el afecto, atiende selectivamente a aquellas diferencias en las respuestas de la familia que le ofrecen la oportunidad de apoyar su desarrollo como personas autónomas. La circularidad basada en la obligación consiste en atender selectivamente a las respuestas de los miembros del sistema familiar que proporcionen "aperturas" para que el clínico sea terapéuticamente eficaz.

La neutralidad. Como concepto general, la neutralidad reside en la adopción por parte del terapeuta de una posición en la que no tome partido por nadie ya sea implícita o explícitamente y en la que acepte las ideas, valores, metas y creencias de todos los componentes de la familia. Siendo neutral evita tomar parte y formar parte del juego familiar y protege su capacidad para introducir algo nuevo en la familia a fin de alterar la epistemología de sus miembros, favoreciendo el cambio de "juego".

Connotación positiva. Este principio terapéutico cardinal surgió por la necesidad de una intervención paradójica: la prescripción del síntoma al paciente designado.

Connotar como positivo al síntoma del paciente designado y como negativo el comportamiento sintomático de los otros miembros de la familia, equivalía a trazar una

diferencia entre los miembros del sistema familiar en “buenos y malos” y cerrar el acceso a la familia como sistema. De tal manera, estos autores consideraron necesario connotar positivamente tanto el síntoma del paciente designado como los comportamientos sintomáticos de los otros miembros de la familia.

Si se connotara negativamente o de comportamiento erróneo a la familia, sería un grave error porque quedaría implícito que el sistema debería cambiar.

Adicionalmente se cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas o al menos a causas que no supongan intenciones hostiles. Por ejemplo, el síntoma se presenta como debido a situaciones altruistas de sacrificio o amor hacia los demás, por parte del paciente identificado.

Cabe enfatizar que se considera que el cambio se produce cuando se reemplaza el juego familiar por otro juego menos perjudicial teniendo en cuenta que toda familia necesita de un juego que regule su vida como sistema familiar. Aunque afecta a las esferas cognitiva, afectiva y conductual, el cambio más profundo se produce en las percepciones y creencias de la familia.

Tiene dos funciones terapéuticas importantes: definir claramente la relación sin peligro de recibir una descalificación y la definición debe de ser de un tipo de contexto, en cuanto terapéutico. También es importante señalar que permite:

1. Situar a todos los miembros de la familia en un mismo plano en cuanto complementarios en relación con el sistema, sin connotarlo, como moralista, evitando así trazar líneas arbitrarias de demarcación entre unos y otros.
2. Acceder al Sistema mediante la confirmación de su línea homeostática.
3. Ser aceptados en el sistema como miembros de pleno derecho, en cuanto a que están animados de la misma intencionalidad.
4. Connotar positivamente la tendencia homeostática para provocar paradójicamente la capacidad de transformación, pues la connotación positiva abre el camino a la paradoja: ¿cómo es posible que la cohesión del grupo que los terapeutas definen como tan buena y deseable deba ser obtenida al precio de un “paciente”?
5. Definir claramente la relación en el vínculo familia-terapeutas y

## 6. Definir el contexto como terapéutico (tipo de contexto).

### Intervenciones

Para estos autores, sus sesiones se componían de 5 partes:

- I. Presesión. Los terapeutas se reunían con el equipo para leer la ficha.
- II. Sesión. Duraba cerca de una hora, y los terapeutas conducían el coloquio con la familia, solicitaban información como un indicador del estilo interaccional de la familia.  
El comportamiento de los terapeutas tendía a provocar interacciones entre los miembros de la familia, de quienes se observaban las secuencias, los comportamientos verbales y no verbales y las eventuales redundancias indicativas de las reglas secretas.
- III. Discusión de la sesión. Terapeutas y observadores discutían la sesión y decidían como concluirla.
- IV. Conclusión de la sesión. Consistía generalmente en un breve comentario o en una prescripción, y éstos se estudiaban a fin de que resultasen paradójicos. Se observó que esta técnica responsabilizaba más a la familia, además de reasegurarla sobre la duración y el costo del tratamiento. Trabajaban aproximadamente un número de 10 sesiones con intervalos de un mes entre ellas.
- V. Acta de la sesión. Después de despedirse de la familia, el equipo se reunía nuevamente para discutir las reacciones observadas al cierre de la sesión, formular previsiones y redactar finalmente un acta de la sesión, donde se sintetizaban los elementos esenciales de la misma.

Intervenciones cognitivas. Su finalidad es alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación con el síntoma. Esto se hace usando la redefinición y la connotación positiva.

Redefinición. Modifica la percepción cognitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia.

Intervenciones conductuales. Que se refieren a incidir sobre la conducta de la familia, y son las siguientes:

Prescripciones directas. Se utilizan para observar la capacidad de cambio del sistema y para consolidar las transformaciones ya conseguidas a partir de intervenciones paradójicas o ritualizadas.

Prescripciones paradójicas. Recetan la secuencia patológica, connotada positivamente. Se emplean cuando la situación es de orden y de secuencialidad rígida, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias.

Prescripciones ritualizadas. Consisten en recetar una secuencia estructurada de conductas que introduce nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal. Se emplean cuando la situación es confusa o ambigua, para introducir orden y secuencialidad.

Rituales. Una táctica terapéutica ideada por el grupo de Milán y que se reveló como sumamente eficaz, fue la prescripción de rituales. Podían ser rituales para ejecutarse una vez, o podían ser repetitivos. Desde el punto de vista formal se trata de una acción o de una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

Es necesario que todo ritual sea precisado por los terapeutas a menudo por escrito: la modalidad a la que debe responder su realización, horario, eventual ritmo de repetición, quien debe pronunciar las fórmulas verbales, con que secuencia.

Un aspecto fundamental del ritual familiar es el que se relaciona con la preocupación específica acerca del abordaje de la familia con interacción esquizofrénica: cómo cambiar las reglas del juego y por consiguiente la epistemología familiar, sin recurrir a las explicaciones, a la crítica, en sustancia al instrumento lingüístico.

El ritual familiar está más próximo a la comunicación analógica que a la digital, es decir el componente analógico es por su naturaleza mucho más apto que las palabras para unir a los participantes en una poderosa vivencia colectiva y para introducir una idea básica compartida por consenso.

La invención de un ritual requiere siempre de un gran esfuerzo de los terapeutas, previamente a prescribirlo, se habrá observado a todos y cada uno de los miembros de la familia y a ésta en cuestión; después el esfuerzo se canalizará hacia la creación de un ritual ex profeso a las características de esa familia, de ahí que un ritual eficaz para una familia, no lo sea para otra.

El ritual es susceptible de prescribirse como un experimento, un ensayo, un gesto simbólico o un rito de transición. La intervención propone una secuencia de conductas, definida con precisión, en la que se establece qué ha de hacer cada miembro de la familia, dónde y en qué momento.

Los efectos de los rituales por señalar algunos han sido los siguientes (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988):

Derribar mitos en cuya construcción habían participado tres generaciones.

Conocer de la historia completa de la familia y la evolución transgeneracional de su mito.

Delimitar a la familia nuclear como unidad distinta de un clan mayor.

Estimular alianzas intergeneracionales.

Avalar el derecho de cada uno de los miembros de la familia, para expresar sus percepciones, sin ser contradicho ni descalificado.

Impedir la persistencia de coaliciones secretas mediante la prohibición de retomar el tema fuera de las reuniones.

Tarea ritualizada de los días pares e impares. La intervención consiste en prescribir en días separados, dos conductas contradictorias o muy dispares que habitualmente coexisten en el grupo familiar.

## **Enfoque Posmoderno**

Antes de abordar las terapias derivadas del Posmodernismo, se consideró necesario introducir las características del Modernismo y del Posmodernismo.

Ya desde el siglo XX se evidenció con mayor claridad que lo que entendemos por “conocimiento” ya no lo es más, como la representación de un mundo independiente del ser humano que vive la experiencia. Como ya había sido señalado por Heinz von Foerster (1984) “La objetividad es la ilusión de que las observaciones pueden hacerse sin un observador” (p.9).

Se tenía la creencia en un realismo que ahora se cataloga de ingenuo, que señalaba podíamos “conocer” las cosas tal como son en sí, como si la actividad del conocer no tuviera ninguna influencia sobre la consistencia de lo conocido. (Glaserfeld, 1989).

A partir de los 80s y prácticamente con la publicación del libro *la realidad inventada* de Paul Watzlawick (1984) apareció un nuevo movimiento conocido con el nombre de *constructivismo*. Basado principalmente en los escritos de Ernst von Glaserfeld, Heinz von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela (1986), la importancia de este enfoque y su influencia sobre la terapia familiar, radicó en que anteriormente, se consideraba al terapeuta como un observador externo, objetivo, imparcial, cuya función era poseer tales características, sacar a la luz la verdadera realidad, la realidad objetiva para ayudar a los pacientes a liberarse de las redes en las que estaban presos.

Algunos años después apareció el *Construccionismo social* reconsiderando al anterior constructivismo y sugiriendo extraordinariamente nuevas formas de terapia, poniendo énfasis en las narraciones y en las soluciones y concretamente.

Heinz von Foerster (1984) enfatizó la relación entre el observador y el sistema observado mostrando que estos dos sistemas eran inseparables.

Por su parte Maturana y Varela (1986) demostraron que lo que vemos no existe como tal, fuera de nuestro campo de experiencia, sino que es el resultado de la actividad interna que el mundo externo desencadena en nosotros. Para ellos el lenguaje no lo inventa un sujeto que quiere conocer al mundo externo, más bien los seres humanos somos seres “lenguajeros” es decir con un vínculo indisoluble, indisociable de la rama de acoplamientos estructurales que teje el lenguaje.

En esta forma, los terapeutas familiares influenciados por estos constructivistas y construccionistas, afirmaron también que la construcción mutua de lo real cuenta más en psicoterapia, que la “objetiva búsqueda” de la “verdad” o de la “realidad”.

De acuerdo con Elkaïm (1996) lo anterior tuvo las siguientes implicaciones para la terapia familiar: surgieron mundos distintos a los habituales porque se dejó de considerar exitosa una terapia cuando el terapeuta llegaba a ser el que tenía la razón, más bien importó la operatividad de la construcción de la realidad conjuntamente con los miembros del sistema terapéutico; la intervención del terapeuta ya no se encaminó a descubrir “una verdad” sino a ampliar el campo de posibles “verdades” ; se hizo hincapié en la importancia de la

autonomía individual y por consiguiente de la responsabilidad personal y finalmente el énfasis en la imposibilidad de separar al observador de lo observado.

La Teoría del Construccinismo Social fue posterior al constructivismo, y tomó fuerza a finales de los años 80s en Norteamérica. El psicólogo Kenneth J. Gergen (1989) es considerado como uno de los principales representantes de esta construcción.

Este autor ubica al Construccinismo Social dentro de la era posmoderna, y define al modernismo como una visión del mundo cuyas orígenes se ubican en los siglos XVII y XVIII. En relación con el modernismo y el post o posmodernismo, postula que:

El modernismo se caracteriza por acentuar el diseño, la evolución, la objetividad y la racionalidad, la creencia de que el saber es un reflejo fiel de la realidad (no de “una realidad”), de un mundo independiente, de ahí que al adquirir un conocimiento la acción a tomar debería ser verificar, replicar y después insertarlo dentro de una teoría preconcebida; mientras que la posmodernidad nacida al final de los años sesentas critica en primer lugar al orden político amoral reinante, interesado solamente en acumular más riqueza y poder, postulando la reivindicación ética a la deconstrucción de los conceptos de racionalidad, objetividad y progreso.

Gergen (1990) en su libro *Realidades y Relaciones*, sostiene que el Constructivismo sigue ligado al tradicional individualismo occidental, al describir la construcción del saber a partir del proceso intrínseco del individuo; mientras que por el contrario, el Construccinismo Social intenta vincular las fuentes de la acción humana a las relaciones sociales; de ahí que considere que el saber humano no se ubica en el interior de la mente del sujeto observador, sino en el interior de las diferentes formas de relación.

Las implicaciones de este enfoque para la psicoterapia fueron las siguientes:

Ahora, los intercambios verbales entre el terapeuta y el paciente no reflejan “la verdad única y objetiva” sino que se comprometen en un diálogo productivo y exploratorio de las “verdades”.

Cuando se habla de que el paciente tiene problemas lo que importa es deslindar el contexto relacional, es decir preguntar para quién hace ese discurso y con que fin.

Se terminó con la existencia de una voz única, con la pericia terapéutica a prueba de dudas, porque surgieron más voces y el terapeuta se interesó en cogenerar significados por el

terapeuta y por el paciente, partiendo del aspecto pragmático del lenguaje, orientándose ambos hacia otros tipos de conversaciones.

McNamee y Gergen, (1996) señalan que la mayoría de los terapeutas del siglo XX adoptaron la postura dominante en el mundo científico del conocedor individual e independiente de los objetos de observación.

El terapeuta es el que observa de preferencia de una manera “aséptica” y reflexiona sobre el paciente que observa.

En el Posmodernismo esta postura se rompe considerando que el observador también forma parte, influye, transforma y se transforma así mismo a partir de lo que observa. En otras palabras una visión posmoderna en las Ciencias Sociales, cuestiona todo marco de trabajo que plantee un tipo de estructura interna para el ente en cuestión así sea un texto, una familia o un juego.

También se considera evidente el sesgo ideológico de los terapeutas que posibilita, permite y sostiene ciertos valores de orden político, en donde ciertas prácticas de poder se privilegian. El individuo no constituye el centro de las disfunciones. Porque el entorno (físico, social, educacional, cultural, histórico) influye sobre el individuo y los trastornos que éste presente.

Las investigaciones feministas pusieron de manifiesto la existencia de prácticas psicoterapéuticas opresoras para la mujer, sostenidas por un sistema patriarcal.

Los fenomenologistas movieron al terapeuta de su posición inalienable de experto.

Los constructivistas destacaron el hecho de que el científico no puede ser un ente independiente y neutral del mundo que le rodea.

Los hermenéuticos sostuvieron que las interpretaciones “asépticas” de los terapeutas estaban fuertemente influidas por los propios presupuestos (teóricos, sociales, de género, religiosos, etc.) del propio terapeuta.

Pacientes psiquiátricos cuestionaron los tratamientos “psicoterapéuticos” así como los sistemas de clasificación de patologías usados para con ellos y cómo éstos entrañaban un carácter opresor y despectivo hacia ellos.

La aparición de una consciencia constructorista social, trajo como consecuencia:

Afirmar que lo que tomamos por explicaciones correctas y sobre todo objetivas de la naturaleza y de los humanos, es sólo un subproducto de los procesos sociales.

“En efecto lo que tomamos por lo “real” y lo “bueno” es en su mayor parte producto de los relatos textuales” (Gergen, op. cit. p. 20).

Kenneth J. Gergen (1997 como uno de los principales representantes del Construccinismo Social, sostiene que la identidad misma del yo se produce por las narraciones que emanan de los intercambios entre personas; y que incluso las emociones corresponden a la modalidad de funcionamiento social, puesto que están encasilladas dentro de secuencias y de escenarios comunes.

De este modo los textos o los relatos se cargan de significado, en la medida en que se les usa dentro de las relaciones interpersonales; de tal manera que nuestra construcción-interpretación del mundo, depende del lenguaje usado para “describirlo” o mejor dicho interpretarlo; como se evidencia entonces, el construccionismo se interesa más por las redes de relaciones interpersonales que crean y recrean, interpretan realidades, que por el individuo aislado.

En términos generales, los trabajos de la línea posmoderna, están vinculados al texto y a la narración, poniendo énfasis en perspectivas dialogales y múltiples, en el autodescubrimiento, en las configuraciones laterales versus las jerárquicas y hacen énfasis especialmente en el proceso y no en los objetivos. Se deja de concebir al Yo como una entidad cosificada, para considerarlo como una entidad narrativa; al individuo se le aborda dentro de un contexto de significado social y el conocimiento científico o los “hechos” considerados “innegables”, contribuyen al conocimiento narrativo, con especial énfasis en las creencias narrativas colectivas y en la manera en que funciona y se interpreta al mundo.

En la terapia familiar, el enfoque Moderno, llevaba a interpretar a la familia como una estructura, con una organización familiar jerárquica propia y esencial, considerando la existencia de la familia, como en el caso de la cibernética de primer orden, independiente de la existencia e interpretación de un observador, dentro de este mismo contexto, la posición del terapeuta es y debía ser la del experto. Y si se observaban problemas (incluso este término era propio de esta visión moderna), la intervención del terapeuta debía llevar a la familia a un desarrollo normativo especificado, que a su vez traería crecimiento y salud a las familias. Ya con la terapia sistémica, se comenzó con una percepción de cibernética de segundo orden.

La visión de las familias como sistemas homeostáticos fue reemplazada por la idea de las familias como sistemas sociales con posibilidad de generar equilibrios y desequilibrios y ambos con resultados productivos y normales (Elkaim, 1982). Más claramente, se conceptualizó a las familias como sistemas sociales compuestos de sistemas generadores de significado y organizadores del problema y ya no como sistemas en los que los síntomas desempeñan funciones.

En el posmodernismo, se estima que los problemas existen en un lenguaje y son mediatizados por él; el terapeuta ya no es el perito o el experto y el consultante ya no es llamado paciente, es corresponsable de su proceso terapéutico.

Derivado del Posmodernismo tenemos la corriente narrativa, cuyos representantes principales son: Michael White, terapeuta familiar que reside en Adelaide, Australia del sur y David Epston de Auckland Nueva Zelanda.

## **Terapia Narrativa**

Esencial y fundamentalmente, Michael White (1996) terapeuta familiar australiano, planteó que la terapia debía buscar deconstruir “verdades” que están separadas de las condiciones y de los contextos de su producción.

White observó al trabajar con niños que sufrían encopresis, observó que se aceleraba su progreso clínico, cuando se le daba al paciente la oportunidad de hablar del problema como de algo separado y distinto de él mismo. Es muy conocido el nombre de “ruin caca” que le aplicó White (1986) al problema de la encopresis y esta caca ruin, fue personificada como una entidad exterior al niño, de tal manera que el autor de la externalización del problema, podía formular este tipo de preguntas ¿cómo llamas a esa sucia materia que te mete en problemas? ¿caca? ¿alguna vez sufriste la experiencia de sentir que esa caca te traicionaba y te tomaba desprevenido ensuciándote los pantalones cuando estabas desprevenido? ¿qué has hecho para librarte de esta caca traicionera? y así por el estilo. (White, 1996).

En cuanto a los demás miembros de la familia, White podía formularles preguntas tales como ¿cuál es la influencia que ejerce esa ruin caca sobre sus vidas?, ¿cuando el niño fue traicionado por ella y lo hizo ensuciarse, qué le pasó a usted?. Poco a poco pudo ir logrando

que gradualmente la familia (no sin un toque de buen humor), fuese percatándose de cómo ellos también llegaban a sentirse oprimidos por la ruina, y cómo ésta era un enemigo en común tanto para el niño como para los miembros de la familia; finalmente lograba que se percibiera el problema como una entidad separada del niño como persona; sin más esta nueva visión daba tranquilidad y descanso a la persona en particular y a la familia en general.

Una vez logrado esto, White (1996) trataba de identificar junto con el niño y los miembros de la familia, cómo ellos habían influido para mantener el problema, es decir en ¿qué ocasiones y cómo le habían hecho? para derrotar a esa ruina.

Evidentemente tanto el niño como los miembros de su familia, escuchaban un tanto extrañados el tipo de preguntas hechas por el terapeuta, tal vez porque por primera vez oían a un profesional de la salud, referirse a un problema de una manera tan inusual y tan poco ortodoxa.

El nombre asignado al tipo de preguntas formuladas por White, fue “preguntas de influencia” y su propósito era que tanto el paciente como los familiares, tomaran consciencia de los recursos que podían usar para limitar el “poder” que el problema ejercía sobre ellos, orientándolos a darse cuenta de que ya habían sido capaces de ejecutar acciones eficaces en contra del problema.

Los resultados de tal técnica fueron ver reducidas significativamente las complicaciones de ese problema, tales como la crítica, la censura, la culpa, la hipervigilancia sobre el paciente, entre otras, obteniendo también otro efecto liberador tanto del paciente, como de los familiares y aún de los propios terapeutas; además todo esto en conjunto hacía que el proceso terapéutico fuese mucho más rápido, alentador y agradable para todos.

Se consideró necesario precisar al respecto porque de aquí en adelante, el clínico australiano se dio a la tarea de aplicar dicha técnica a otros múltiples problemas, generalizando al tratamiento a adultos, parejas y familias, logrando también éxitos, incluso en problemas diagnosticados de mayor dificultad como la esquizofrenia.

En este caso la esquizofrenia fue nominada como “un estilo de vida arrinconado”, y lo que había que externalizar, eran los hábitos específicos que fortalecían ese estilo de vida, y por último los supuestos y prejuicios que tendían a provocar la patología y de los cuales evidentemente dependían los hábitos. Para complementar la información anterior, se

consideró necesario incluir también el punto de vista de David Epston (1993, p.78) autor tan importante como Michael White, quien hizo énfasis en el contexto cultural.

Cuando las personas aprenden a separarse de sus problemas, pueden llegar a desafiar otras prácticas de origen cultural que ‘cosifican’ y convierten en ‘objetos’ a las personas y sus cuerpos. Mediante estas prácticas las personas son construidas como objetos y se las incita a relacionarse consigo mismas, con sus cuerpos y con otras personas como tales objetos. Se trata de fijar y formalizar a las personas.

Estas prácticas de cosificación están muy extendidas en las sociedades occidentales.

Estas prácticas en realidad son consideradas como contra prácticas, porque tienen que ver con la descosificación de los cuerpos de las personas, de sí mismas y de los demás.

David Epston habla del Panóptico, metáfora esencial para comprender su punto de vista.

“Fue una forma arquitectónica inventada por Jeremy Bentham en el siglo XVIII, la propuso como un modelo ‘ideal’ para la organización o distribución de personas en el espacio de forma tal que las convirtiera en ‘cuerpos dóciles’, en cuerpos que pudieran utilizarse y transformarse con mayor facilidad. La consideraba ideal en el sentido de que aumentaría la eficacia de las personas a la vez que reduciría al mínimo los esfuerzos necesarios para supervisarlas. Por tanto, el panóptico se consideraba como un modelo para una forma muy económica de poder”(White y Epston,1993).

Sin embargo, como tecnología del poder, no era nueva la idea del panóptico, ya existían con anterioridad espacios arquitectónicos construidos con este fin, recordemos los monasterios, las cárceles, las escuelas, los colegios militares, entre otras.

Continuando con la descripción del panóptico, como espacio arquitectónico, su diseño comprendía una serie de edificios en círculo sin ventanas laterales, de manera que los ocupantes no pudieran tener contacto entre ellos, las habitaciones tenían una amplia abertura al centro del patio, que contenía una torre de observación habitada por guardianes, cuya función era observar ininterrumpidamente todas las actividades que tuvieran lugar en las habitaciones individuales. Nadie ni nada podía escapar a la vigilancia. Inteligentemente la torre se diseñó de tal manera, mediante el uso de puertas y ventanas, que aunque los guardianes podían observar a los habitantes de los edificios, éstos no podían verlos, no les quedaba más remedio que asumir que podían ser vistos por los guardias en cualquier momento; de este modo, se sentían objetos de una mirada omnipresente.

Lo extraordinariamente interesante de este asunto es que finalmente las personas actuaban como si estuvieran siendo observadas en todo momento.

En esta forma, el panóptico fue un modelo destinado a lograr el sometimiento completo y eficiente de las personas a través del uso de “un juicio normalizador”, provocando que esas personas se sintieran constantemente evaluadas según las reglas y normas determinadas por la organización, así, la mirada normalizadora sometería a las personas a “toda una regulación de su tiempo, de sus actividades, su conducta, su habla, su cuerpo y su sexualidad”. Puesto que esas personas situadas en los espacios individuales no podían tener contacto directo con las demás, no era posible que compararan sus experiencias, que generaran conocimientos alternativos o establecieran coaliciones que les permitieran protestar contra esta subyugación.

Líneas más arriba se había hablado de las contra prácticas que habían sido usadas por ciertos terapeutas, con el fin de descosificar a las personas, a sus cuerpos y a los demás.

Epston y White op. cit. han sido de los terapeutas que han defendido las contra prácticas, como la externalización del problema, en contraposición a las prácticas culturales que convierten en objetos a las personas y a sus cuerpos.

Estas contra prácticas abrieron espacios en los que las personas podían reescribirse o reconstruirse así mismas, a los demás y a sus relaciones con los otros, según guiones y conocimientos alternativos.

Sin embargo al describir contra prácticas para personas que han solicitado terapia, estos autores consideran que evidentemente no se propone que se recurra a ellas en todos los casos, en todas las situaciones ni en todos los momentos.

### Intervenciones

Como parte de un proceso llamado “externalización del problema,” presentado por Michael White éste, permitía al terapeuta acceder a problemas graves y difíciles como la esquizofrenia, la depresión, la paranoia, la violencia, el alcoholismo y los riesgos de suicidio.

El enfoque narrativo visualiza el proceso de externalización, como un medio para evitar un encuadre estático del problema, lo ve más bien, progresivo, continuo, útil para coelaborar

una nueva realidad, al separarlo de la percepción que el paciente tiene de sí mismo como persona.

Otro aspecto muy importante dentro de las innovaciones fue la llamada internalización de la posición como agente.

Se había señalado líneas más arriba, que al indagar sobre cómo habían hecho tanto el paciente como los demás miembros de la familia para influir sobre el poder del problema, se desarrollaba en éstos la capacidad para darse cuenta de sus posibilidades de acción en contra del problema ya separado, externalizado de ellos y por ellos.

Por ejemplo se hacían preguntas al estilo de ¿cómo logró desafiar Ud. los mandatos de... sobre su vida? ¿qué imagina que esto significa en cuanto a su capacidad personal? ¿qué le hace descubrir de sí mismo, que de otro modo no habría advertido? ¿en qué otras ocasiones logró imponerse y no dejó actuar a...?; en esta forma, tales preguntas reflexivas tienen como propósito orientar al paciente hacia la autocuración.

#### Consultante

Lo más significativo en este tipo de terapia, es el desarrollo por parte del consultante de la creencia en sus posibilidades y poder de decisión, de elegir, de funcionar como un agente activo y comprometido con su propia vida; o bien darle la opción de continuar sometiéndose a la influencia del problema.

#### Problema

Otra propuesta también importante es la creencia de que el problema sale de la persona, pero no se proyecta en ninguna otra y por lo tanto existen menos probabilidades de que las demás personas significativas de la red social del consultante, adopten una actitud defensiva, que se evidenciaría en responder con censura o con una nueva etiquetación y una nueva patologización del paciente.

Es importante hacer hincapié en que el terapeuta debe permanecer atento a los efectos problemáticos que pudiese tener una expectativa demasiado alta para el cambio constructivo.

También es particularmente relevante cuando se trabaja con consultantes que sufren de problemas crónicos, con las posibles expectativas irreales que pueden desarrollar como un

componente más del problema, y lo anterior no sólo es aplicable al paciente sino al propio terapeuta y al resto de la familia, esto con el fin de evitar los efectos patologizantes de la experiencia de fracaso, desaliento y desesperanza.

Finalmente ha sido extremadamente importante reconocer y dar valor a las nuevas conductas constructivas y darles su debida significación para que se incorporen como parte de la nueva identidad emergente; también ha probado ser muy benéfico ampliar la conversación e incluir a la red social del paciente, con el fin de que se transforme en público que observa, se percata y asiste a dichos cambios; y facilitar que encuentren las excepciones que los hagan ver los acontecimientos extraordinarios en sus relatos y por ende en sus vidas. Posibilitando también una alteración en las interrelaciones sociales que ejercen los pacientes a diversos niveles.

### **Postura Colaborativa**

Correspondiente también a las terapias posmodernas, se encuentra la llamada postura colaborativa, ésta ha sido representada por Harlene Anderson y Harry Goolishian (1988), que más que modelo se considera una postura teórica, en la cual la metáfora central de la terapia ha sido y debe ser la conversación, considerada como el medio tradicional y básico para la terapia. El rasgo distintivo de este grupo ha sido partir o tomar la postura de la ignorancia deliberada, algo así como venir naturalmente de una posición de no saber.

En las últimas décadas los progresos dentro de las terapias sistémicas se referían a intentos por crear un marco conceptual que permitiera trascender el empirismo de las teorías acerca de la terapia.

De acuerdo con Anderson y Goolishian (1988) hay serios límites para esta postura cibernética y se debe a las metáforas mecánicas que sustentaron la teoría de la retroalimentación cibernética. En otras palabras, se evidenció que dentro de esta metáfora había pocas oportunidades de tratar con la experiencia misma de un individuo (por ejemplo particularmente con la del paciente, cliente, o consultante).

Anderson y Goolishian (1988) también criticaron a parte de estos límites, la utilidad limitada del modelo cognitivo y constructivista, que para ellos concebía a los seres

humanos como meras máquinas de procesamiento de la información y no como seres generadores de significado.

Así, desde el enfoque colaborativo, las teorías de la terapia se desplazaron hacia una posición más hermenéutica e interpretativa, en la cual se destacaron los significados que crean y experimentan los individuos que conversan. Es decir esta posición se apoyó fuertemente en la idea de que la acción humana tenía lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo.

Según esta perspectiva, la gente vive, y entiende su vida, a través de realidades narrativas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan. Se ha tratado de un mundo de lenguaje y discurso humanos.

Las premisas desde el enfoque colaborativo son básicamente:

Primera: Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significado. La comunicación y el discurso definen la organización social. Un sistema sociocultural es el producto de la comunicación social; todos los sistemas humanos son sistemas lingüísticos y quienes mejor pueden describirlos son los individuos que participan en ellos, no los observadores externos y objetivos. El sistema terapéutico es uno de esos sistemas lingüísticos.

Segunda: El significado y la comprensión se construyen socialmente. No acceden al significado ni a la comprensión si no se tiene una acción comunicativa, es decir, si no se da el compromiso en un discurso o diálogo generador de significado dentro del sistema para el que la comunicación tiene relevancia.

#### Equipo Terapéutico

Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para su intercambio dialogal.

#### Intervenciones

Tercera: En terapia todo sistema se consolida dialogalmente o conversacionalmente o colaborativamente alrededor de cierto “problema”. Este sistema tratará de desarrollar un lenguaje y un significado específico del sistema, de sus organizaciones y de su disolución alrededor del problema. En este sentido el sistema terapéutico se distingue más bien por el

significado cocreado en desarrollo “el problema”, que por una estructura social arbitraria, como una familia.

#### Problema

El sistema terapéutico es un sistema de organización del problema y de disolución del problema.

#### Intervenciones

Cuarta: La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de lo que llamamos “conversación terapéutica”. 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 “disolución” de los problemas, es decir, hacia la disolución del sistema terapéutica y por ende del sistema de di-solución del problema y de organización del mismo.

#### Terapeuta

Quinta: El papel del terapeuta es el de un artista de la conversación –un arquitecto del proceso dialogal- cuya pericia se manifiesta en el campo de la creación de un espacio que facilite la conversación dialogal.

El terapeuta es un participante - observador y un participante - facilitador de la conversación terapéutica.

Sexta: El terapeuta ejercita este arte terapéutico, por medio del empleo de preguntas conversacionales o terapéuticas, es el principal instrumento para facilitar el desarrollo del espacio conversacional y del proceso dialogal. Para lograrlo, el terapeuta ejercita una pericia en la formulación de preguntas desde una posición de “ignorancia” en vez de formular preguntas informadas por un método y que exijan respuestas específicas.

Séptima: Los problemas con que nos enfrentamos en la terapia, son acciones que expresan nuestras narraciones humanas de tal modo que disminuyen nuestro sentido de mediación y de liberación personal. Los problemas son una objeción preocupada o alarmada ante un estado de cosas para el que somos incapaces de definir una acción competente para nosotros mismos.

En este sentido los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.

Octava: El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración y por lo tanto la apertura de la oportunidad de una nueva mediación.

El poder transformador de la narración descansa en su capacidad para re – relatar, re - relacionar los hechos de nuestras vidas en el contexto de un significado nuevo y diferente.

Vivimos en y a través de las identidades narrativas que desarrollamos en la conversación.

La técnica del terapeuta consiste en su pericia para participar en este proceso. Nuestro “yo” es siempre cambiante.

Como se ha observado, estas premisas ponen gran énfasis en el papel del lenguaje, la conversación, el Yo y los relatos que influyen sobre la teoría y el trabajo clínico.

## **Equipo Reflexivo**

Tom Andersen (1996) terapeuta familiar de nacionalidad noruega, aportó la propuesta del Equipo Reflexivo.

Inicialmente Andersen (1996) llevaba a cabo las terapias a la manera usual, usando una cámara de Gessell a través de la cual él y sus colaboradores observaban del otro lado del espejo, al terapeuta y a la familia, como era habitual hacerlo durante la terapia, el equipo terapéutico hacía comentarios con respecto a la familia en cuestión, pero ésta nunca se enteraba de aquéllos.

El inicio del equipo reflexivo de Tom Andersen data de 1985 cuando prácticamente vio la luz, a continuación el relato de lo que ocurrió, con las propias palabras del autor:

Un joven médico habló con una familia que había pasado un largo periodo de sufrimiento, tanto y durante tanto tiempo que no sabían de otra cosa. Lo llamamos a nuestra oficina y le sugerimos algunas preguntas optimistas. Volvió e hizo la prueba pero la familia con toda facilidad lo volvió a arrastrar hacia su sufrimiento. Dos veces más le ofrecimos nuevas preguntas optimistas...pero en vano.

Entonces fue cuando la idea vio la luz. Nos habíamos dado cuenta de que había un micrófono en nuestra oficina que estaba conectado con altoparlantes en la habitación donde se entrevistaba la familia. Nos tomó menos de un minuto decidimos a golpear la puerta de la sala de entrevista

y preguntarles si querían escucharnos unos minutos. El que habló les dijo que teníamos unas ideas que podían ayudarlos en su conversación.

‘Si les interesa la idea’ dijo, les sugerimos que tanto la familia como el médico se queden sentados en esta habitación. Nuestro equipamiento nos permite oscurecer la habitación y encenderemos la luz en nuestra oficina. Ustedes podrán vernos y nosotros a Uds. no. También podemos conectar el sonido para que Uds. puedan oírnos, mientras que nosotros no podremos oírlos a Uds.’ nuestra última oportunidad de salir de esto era que ellos no quisieran aceptar, pero quisieron.

Y no sólo eso, sino que parecían sorprendentemente excitados. Así que allí estábamos nosotros, sentados, escuchando ruidos extraños, cuando se encendió la luz en nuestra habitación y se inició luego un largo silencio.

Uno de nosotros lo quebró con algunas palabras torpes –algo sobre la fortaleza y la necesidad de resistir-. Otro siguió con otras palabras sobre el mismo tema. Alguien más barajó la idea de que tal vez la lucha contra un destino cruel hacía que los miembros de la familia no vieran la posibilidad de utilizar los muchos caminos que obviamente tenían. Lentamente proseguimos una discusión sobre lo que podría ocurrir si algunos de esos caminos fueran utilizados.

Cuando revertimos la luz y el sonido, estábamos listos para escuchar cualquier cosa: desde gente furiosa a gente aburrida.

Lo que vimos fue cuatro personas silenciosas y pensativas, que después de una corta pausa comenzaron a hablarse entre sí con sonrisas y optimismo.

Esta nueva forma es lo que se llamó *grupo reflexivo*, lo reflexivo como algo que es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta. (Andersen, 1996, p.33-34)

#### Terapeuta- Familia

Al contrario de los otros modelos en donde fue posible categorizar por separado al terapeuta y a la familia, dentro de este modelo se considera que no fue posible porque: el terapeuta es un observador, lo que dice y como lo dice determina que se abra una conversación o que se cierre; cuando observa los otros observan que él observa, es decir ambos familia y terapeuta están en una posición de mutua observación.

El observador (terapeuta) a su vez, al mirar las respuestas de los otros a sus observaciones, se transforma indirectamente en un observador de sus propias observaciones. Los otros observan para definir quién es el terapeuta, para saber hasta dónde pueden conversar,

tratando de averiguar qué se puede esperar de él (terapeuta) y esa explicación lo guiará en lo que diga y haga con él.

Desde esta perspectiva queda claro que una persona es en realidad muchas personas. Se convierte en una persona en una circunstancia y en otra, en otra circunstancia.

#### Equipo Terapéutico

Para ser precisos debe ser denominado como *reflexivo* término acuñado especialmente por Tom Andersen (1996) para describir las características de comportamiento de trabajo de dicho equipo, señaladas líneas más arriba.

El cambio y los resultados obtenidos fueron tan impactantes que pronto otros terapeutas quisieron ponerlo en práctica, encontrando que la terapia bajo la concepción del equipo reflexivo lograba resultados muy positivos dentro de la terapia familiar.

Como experiencia, acostumbrados a la terapia habitual de colaborar como terapeuta con la familia o bien de estar atrás del espejo como parte del equipo, cuando se experimentaba la situación de que ahora la familia escuchaba las opiniones que se vertían atrás del cristal, produjo sentimientos de temor y de sorpresa ante esta nueva vivencia, tales sentimientos posteriormente se tornaron en seguridad y gusto al observar los efectos y los resultados obtenidos, poder compartir con la familia la opinión de cinco, diez o doce miembros de un equipo que se comportó reflexivo en tanto se expresaron sus opiniones con respecto a lo observado, la posibilidad de que la familia pudiese escuchar no sólo las diferentes opiniones de los miembros del equipo, sino incluso los conflictos y las contradicciones que pudiesen darse durante la sesión, ofreciendo a la familia un abanico de posibilidades con respecto al problema que presenta, compartir también sentimientos de confusión y temor, vividos conjuntamente con la familia, pero también sentimientos de esperanza y alegría con respecto a las soluciones encontradas.

### III. Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

#### 1. Integración de expedientes por familia.

Los expedientes se encuentran debidamente resguardados en el archivo de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, conteniendo los datos y las actas de sesión correspondientes a cada una de las familias atendidas.

#### 2. Habilidades clínicas terapéuticas

A partir del trabajo con familias, se desarrolló básicamente la capacidad de observación, análisis y evaluación de las intervenciones y del proceso terapéutico a lo largo de todas las sesiones en dos direcciones: la dinámica familiar y el proceso de formación de la terapeuta familiar.

El primer acercamiento con las familias fue a través de una entrevista telefónica la cual en general se desarrolló de la siguiente manera:

Se presentó la terapeuta informando que pertenecía al servicio de Terapia Familiar de acuerdo al trabajo o en las sedes en cuestión y que deseaba información sobre el motivo de solicitud. En la entrevista telefónica se hicieron una serie de preguntas tales como ¿motivo de consulta, quién o quiénes solicitaban el servicio, por qué, cuántos y cuales miembros de la familia asistirían a sesión?

A partir de la primera sesión se utilizaron técnicas de enganche terapéutico como el establecimiento de un joining con la familia, generando un clima de confianza con respecto a la calidad del servicio a recibir y ofreciendo confidencialidad en cuanto a los asuntos tratados dentro de la terapia familiar, lo anterior permitió el desarrollo de la alianza terapéutica necesaria para el tratamiento de las familias.

Se acordó la aceptación de los consultantes del modelo de trabajo con equipo de terapeutas, y de ser videograbados, la clarificación de los motivos de consulta, se hizo el encuadre terapéutico necesario para la terapia sistémica, se definieron los objetivos terapéuticos a corto, mediano y largo plazo a través de las sesiones, se hizo la redefinición del paciente

identificado, de tal manera que éste podía ser movido de su rol y el problema visto como consecuencia de la dinámica familiar y no por el comportamiento de un solo individuo.

Se generaron hipótesis sistémicas para las familias con el propósito de orientar el curso de la terapia y de encontrar explicaciones tentativas desde la cibernética de segundo orden, que permitieran involucrar a todos los miembros de la familia y del equipo de supervisión como coparticipes de la dinámica familiar. Sin embargo las hipótesis podían cambiarse en función del proceso terapéutico de la familia y por el desarrollo de una relación de colaboración entre la familia solicitante y la terapeuta, así como con el equipo.

No solamente se instrumentó la aplicación de estrategias de intervención provenientes de diferentes modelos teóricos entre ellos el Estructural, el de Milán y el de Terapia Breve Centrado en Soluciones; se desarrollaron también habilidades de creatividad con respecto a la escenificación de interacciones más espontáneas con la familia.

Conforme mi formación avanzó desarrollé las sesiones de manera más fluida, haciendo uso de un interrogatorio sistémico, con preguntas circulares, tomando en cuenta a todos los miembros de la familia, aún a los ausentes. Me observé con mayor habilidad para preguntar, ampliando mi visión, e involucrar a la familia, que respondió interesada y cooperativamente, se desarrollaron en mí actitudes creativas y la expresión verbal con mayor claridad en la transmisión de las tareas y los mensajes a la familia.

Las supervisoras me sugirieron que dejara pasar un pequeño intervalo de tiempo después de hacer comentarios o de dar un mensaje, para que la familia los pudiese asimilar mejor.

En síntesis entre las habilidades clínicas terapéuticas que aprendí estuvieron, establecer un joining muy cercano con la familia, definir y precisar los motivos de consulta y las necesidades terapéuticas, formular hipótesis de corte sistémico sobre la dinámica familiar, utilizar metodología derivada de los diferentes modelos aprendidos.

Una habilidad muy importante que desde mi punto de vista desarrollé, fue seleccionar el modelo teórico más pertinente en comparación con otro; este proceso se vió favorecido por el bienestar que sentí al verme más segura en la aplicación del modelo, por otra parte se observó que para dicha elección influyó también el que la terapeuta se sintiera más cómoda y más segura con el uso del Modelo Estructural y la posibilidad de aplicarlo de acuerdo a las necesidades de los consultantes; adicionalmente, también aprendí a participar en un

modelo de cibernética de segundo orden, ésto como un acontecimiento sumamente importante, porque implicó hacer uso de la participación continua junto con la supervisión y el equipo terapéutico.

### 3. Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica con familias

Atendí como terapeuta a seis familias en total, como miembro del equipo terapéutico trabajé aproximadamente con treinta familias y con ocho más bajo la modalidad de intervención en red; adicionalmente dentro de las actividades complementarias, tuve la oportunidad de exponer dos conferencias en la sala de espera de la Clínica Familiar del ISSSTE de Valle Ceylán con la presencia de aproximadamente unas sesenta personas entre madres, padres de familia y asistentes a los consultorios médicos.

Para la descripción de las familias, se cambiaron sus verdaderos nombres, así como algunas de las características que pudieran hacer posible su identificación, además se omitieron los nombres de la Entidad participante o de las Sedes y de las supervisoras, con el fin de salvaguardar aún más el anonimato de las familias.

Aún cuando para cada familia se presenta el genograma, éste no corresponde con exactitud a las características reales de la familia, sin embargo se conservaron aquellos rasgos imprescindibles para la comprensión del motivo de consulta identificado como problema y de la dinámica familiar.

Para el análisis teórico metodológico de la intervención clínica se escogieron cuatro familias, analizadas en lo general con base al Modelo Estructural, porque las intervenciones utilizadas para estos casos, fueron con mayor frecuencia tomando en cuenta los parámetros, las estrategias de intervención propias del enfoque Estructural; por supuesto bajo una Epistemología Sistémica; sin embargo en algunos momentos de la terapia se hizo uso de intervenciones terapéuticas del Modelo de Terapia Breve basado en problemas y en soluciones, Modelo de Milán (con el uso de rituales), principalmente.

Se incluyeron aspectos especificados en las actas clínicas, como algunos antecedentes históricos relevantes al caso, el motivo de consulta, los miembros que asistieron a la sesión, los objetivos terapéuticos, las hipótesis, las estrategias de intervención, las tareas y los mensajes y finalmente la parte de evaluación y observaciones.

Desde la primera sesión se estableció el encuadre terapéutico, que consistió en:

Hablar de la confidencialidad sobre la información y las videograbaciones hechas en consulta.

Informar que todos los miembros del equipo, estarían presentes durante todas las sesiones y solicitar el permiso por escrito, para que las sesiones fueran video grabadas, la familia podía no aceptar esta condición respetando su decisión; sin embargo la forma de trabajo con el equipo terapéutico y la supervisión, no podía rechazarse.

Mencionar que el o la terapeuta saldría con el propósito de conocer la opinión del equipo terapéutico. En el caso necesario, mencionar los honorarios por sesión terapéutica y el lugar de pago. Indicar la duración de las sesiones, de una hora y la frecuencia de las mismas cada dos semanas. Se les pidió a las familias puntualidad y se les comentó que en caso de tener algún problema para asistir debían informarlo con oportunidad, con el fin de evitar ser dadas de baja al contar con dos inasistencias, sin embargo se consideró que podían darse imprevistos y no llegar a la cita.

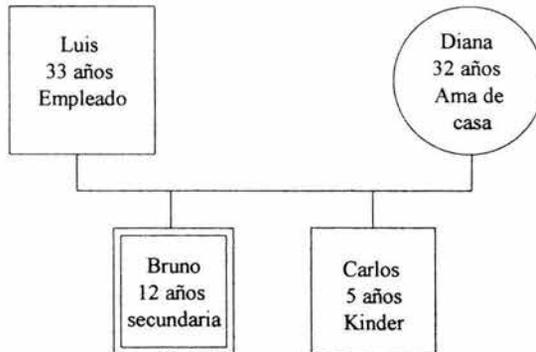
A continuación se presenta una tabla describiendo algunas de las características de las familias atendidas.

FAMILIA *	MOTIVO DE CONSULTA	CICLO VITAL	PROCESO TERAPÉUTICO	SESIONES	OBSERVACIONES
BAUTIST RODRÍG	EL HIJO PRESENTÓ PROBLEMAS DE MALA CONDUCTA	HIJOS EN EDAD PRE Y ESCOLAR	ALTA	8	GENERALMENTE ASISTÍA LA FAMILIA COMPLETA
SALAS BACA	LA MADRE SE QUEJÓ DE SU HIJO COMO DESOBEDIENTE.	HIJOS JÓVENES E HIJO ADOLESCENTE	ALTA	21	SE TRABAJÓ CON LA MADRE DURANTE EL SIGUIENTE SEMESTRE.
BENÍTEZ BARRÓN	PROBLEMAS DE REBELDÍA DE UNA DE LAS HIJAS	HIJA ADOLESCENTE Y EN EDAD ESCOLAR	BAJA	5	LA FAMILIA DEJÓ DE ASISTIR POR ENFERMEDAD CONTAGIOSA DE LAS HIJAS.
TORRES GIL	NO SABER COMO EDUCAR A SU NIETO	NIDO VACÍO	ALTA	3	SOLICITA ORIENTACIÓN Y CONSEJO EXPERTO
OCA NUÑEZ	DEPRESIÓN	HIJAS JÓVENES	ALTA	7	CANALIZADA POR MÉDICO FAMILIAR
QUIROZ SOTO	HIJO ADOLESCENTE QUE REPROBÓ DOS MATERIAS Y NO ENTRABA A CLASES	HIJO ADOLESCENTE Y EN PRIMARIA NIDO REPLETO	BAJA	4	LA MAMÁ EXPRESÓ TEMOR DE ABRIR SU VIDA MÁS PERSONAL ANTE TANTOS TERAPEUTAS.

Tabla 1. Se presenta una descripción de las familias atendidas durante la Residencia y de algunas de las características pertinentes para la comprensión de las mismas.

\*Con el propósito de conservar el anonimato de las familias atendidas, sus nombres y algunas de sus características fueron modificados.

## Familiograma Bautista Rodríguez



Motivo de Consulta: La Sra. Diana solicitó el servicio diciendo que su hijo mayor Bruno, se mostraba ansioso y que presentaba tics nerviosos. Por lo regular asistieron a las sesiones la familia completa integrada por el Sr. Luis, la Sra. Diana, el hijo mayor Bruno y el hijo menor Carlos.

La familia se sentía apoyada por los padres de la esposa y ella a su vez por su esposo al estar dispuesto a acudir a terapia.

Algunas de las hipótesis sistémicas manejadas durante la terapia fueron las siguientes: Al parecer el alcoholismo del padre genera alteraciones al interior de la dinámica familiar, como que la comunicación y la interacción entre los miembros de esta familia sea pobre, existe negación de la familia sobre la existencia de problemas tan o más importantes que la ansiedad y los tics nerviosos de Bruno. Ésto conserva la homeostasis familiar, pero sobre él se cargan las tensiones producidas por el beber en exceso del padre; éste a su vez reprendía duramente a Bruno para que hiciera bien la tarea y fuese bien en la escuela.

La madre desvía el conflicto por la forma de beber de su esposo diciéndole a su hijo mayor que se tiene que adaptar; Bruno responde a los mensajes de los padres haciéndose portador del síntoma con la familia y acudiendo a terapia. Cada progenitor tenía a su hijo predilecto, la mamá a Bruno y el papá al hijo menor (Carlos).

Los tics no eran mostrados por Bruno en presencia del padre, por lo tanto podía controlarlos voluntariamente y decidir ante qué personas y en qué contextos se manifestaban.

Al no presentarse los síntomas se pensó en la posibilidad de que ahora apareciesen en el holón conyugal –es decir que el esposo volviese a beber rompiendo el juramento de no hacerlo- o bien que el hijo menor presentara algún problema.

En general como hipótesis sistémica, se planteó que la familia viera que Bruno llevaba auestas una carga pesada, las tensiones producto de la dinámica familiar como el beber excesivo del padre y la actitud pasiva de la madre sobre esa situación, presionándolo para que él fuera el que se adaptara a la situación.

Tomando como base principalmente al Modelo Estructural se rastreó información sobre los intentos de solución para evitar el abuso de alcohol del padre, averiguando la actuación de la familia ante los “desastres” del padre como los llamó Bruno. Cabe señalar con respecto a las familias de origen, que por parte de la Sra. Diana describió a ambos padres como alcohólicos, señalando que en su caso ella se adaptó a esa situación; del lado de su esposo Luis sólo el padre fue alcohólico y la madre había fallecido desde hace 5 años.

En cuanto a la relación con sus hijos por parte de la Sra. Diana solía proteger y estar más al cuidado de Bruno, mientras que su esposo lo hacía con Carlos porque “él nació cuando mi madre murió”.

Inicialmente se exploró el síntoma y la dinámica familiar, cuestionando el síntoma y redefiniéndolo, desligando al portador de éste, repartiendo el síntoma.

Se exploró la realidad familiar y se cuestionó ésta alrededor de las ideas de género y de la manera como se dirigía la educación al hijo mayor y al hijo menor.

Se hizo que la familia diseñara una escultura móvil hecha por ellos mismos, en la que representaran lo que ellos quisieran y preguntando a cada miembro de la familia si así le gustaría estar o no y ¿por qué?; lo anterior tratando de que ambos padres visualizaran su presente y futuro.

Se indagaron las percepciones de la familia en torno al juramento del padre para no beber, se exploró la factibilidad de una recaída y los sentimientos alrededor de esta posibilidad.

Se abordó la distribución de las cargas afectivas con base en la responsabilidad y en la jerarquía para cada uno de los miembros de la familia, por ejemplo –bebiese o no bebiese el Sr. Luis, debían aprender a vivir con ésto de una manera distinta a la que venían haciéndolo.

Se usó consejo especializado comentándole a Bruno que “el pegamento de sus tics” ya no era necesario para mantener unidos a sus padres, porque ellos ya lo estaban haciendo, en una sesión el padre comentó que estaba volviendo a enamorarse de su esposa. Esto implicó un proceso de reestructuración donde se reintegró el subsistema conyugal parental con límites claros hacia el subsistema de los hijos, con jerarquías claras en los padres.

Hubo una felicitación de parte del equipo hacia Bruno, por no presentar los tics, sin embargo se le prescribió la recaída, ante este comentario, la Sra. Diana mencionó que si esto ocurría iba a sentarse a platicar con él para buscar donde estaba el error y corregir; Bruno comentó que si recaía platicaría con su papá y su hermano.

Entre las estrategias usadas estuvo la complementariedad, es decir devolver a la familia la visión de que no hay un único portador del problema, sino una corresponsabilidad, manejar una realidad distinta en cuanto a la jerarquía de los padres, la necesidad de que los hijos “no carguen” con problemas de adulto, una visión sistémica de las relaciones. Se llevaron a cabo técnicas de reencuadre y reestructuración: escenificación, fijación de fronteras, foco e intensidad y complementariedad.

También se felicitó a la familia por haber aprendido una manera diferente de comunicarse y tener mejores vínculos afectivos.

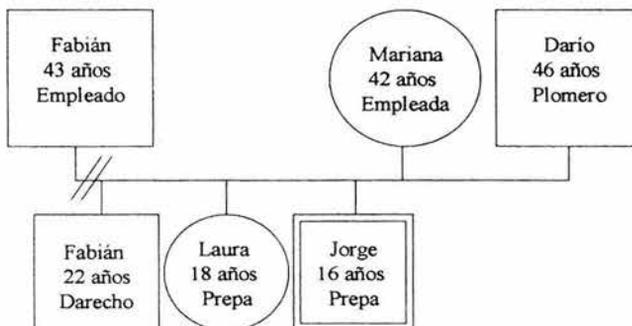
Iluminando el papel de los tics en la vida de Bruno, la terapeuta cargó sobre la espalda de él una mochila y después otra y le dijo que las mochilas representaban los tics que él había estado cargando, le pidió que hablara con ellos, pero Bruno se sintió apenado de hacerlo y entonces ella le sugirió salir e ir atrás del espejo para conocer y saludar al equipo y viceversa, esta acción resultó muy efectiva porque después de esto comenzó a hablar libremente con sus tics.

Se les pidió observar qué pasaba cuando Bruno si cumplía con sus obligaciones, ¿qué hacía la familia cuando esto no ocurría o qué dejaba de hacer?

Una de las tareas consistió en dejarle a Bruno repetir los tics lunes, miércoles y viernes durante 10 minutos eligiendo él la hora y martes, jueves, sábados y domingos debía descansar, porque se detectó que los tics de Bruno no se presentaban antes ciertas personas (su papá) y ante ciertas situaciones y por lo tanto el control de los tics dependía de su voluntad. Sin embargo a pesar de que dejaran de presentarse los tics, éstos podrían volver a suceder (prescripción de la recaída), se le dijo que no se preocupara por esto porque volvería a estar bien.

Finalmente, la familia fue dada de alta después de ocho sesiones de tratamiento, con la asistencia de la familia completa, y habiendo respondido a la demanda establecida en el motivo de consulta.

### Familiograma Salas Baca



La familia Salas Baca se presentó a consulta, inicialmente sólo la señora Mariana para hablar de los problemas de desobediencia de su hijo Jorge; comentó que él estudia y entró a trabajar sin pedirle permiso, pero sin abandonar la escuela. Para la segunda sesión se presentó con su hijo adolescente Jorge, ella lo trajo con engaños, pasó por él a la escuela sin decirle a dónde venía y por esta razón Jorge se mostró bastante serio y poco cooperativo ante el rastreo hecho en sesión. La señora Mariana manifestó que su hijo es desobediente y se sale mucho a la calle sin pedirle permiso, por tal motivo acudió a sesión porque ya no sabe cómo tratar a su hijo de 13 años de edad. Comentó que su actual esposo Dario,

padrastra de Jorge lo quiere mucho, lo ha visto como hijo, y que a su vez Jorge también lo quiere mucho y que se uniría en las sesiones en que él pudiera estar siempre y cuando el trabajo se lo permitiera.

Con relación a los antecedentes familiares, la señora Mariana había estado casada anteriormente y de esta unión nacieron tres hijos; un hijo mayor de nombre Fabián como el padre, una hija adolescente de nombre Laura y Jorge el hijo menor señalado como el paciente identificado.

Se divorció después de una separación dolorosa y tres años después se casó con su actual esposo de comentó trató a sus hijos como si fuera su padre y éstos a su vez a él también lo consideran como tal.

A partir del divorcio señaló que trató de sobreproteger a sus hijos y especialmente a Jorge porque el padre era flojo e irresponsable y ella temía que sus hijos fueran a ser como su padre.

La terapeuta observó que a pesar de estar divorciada se refería a su ex esposo como su esposo, y a su actual esposo sólo se refería como Darío.

Se manejó como hipótesis que al parecer la sobreprotección de la señora Mariana hacia Jorge era una forma de contrarrestar los conflictos de sus dos hijos mayores contra Jorge y la depresión que a veces experimentaba la señora. Mariana era una forma de desequilibrar la agresión fraterna, por otra parte la madre en ese momento no podía aceptar a su nuevo esposo como tal, aunque aparentemente ella comprendía que el señor Fabián si funcionaba como figura paterna para sus hijos. Se hipotetizó que si pudiese la señora Mariana “enterrar” al fantasma de su ex esposo, entonces podría establecerse un subsistema, el parental con límites claros para con los hijos y el conyugal más sólido y equilibrado; al parecer existían dificultades en la transición para la reestructuración de la nueva familia y había que hacer una construcción diferente de la realidad sobre lo que significaba separarse o no del padre, haber terminado con él.

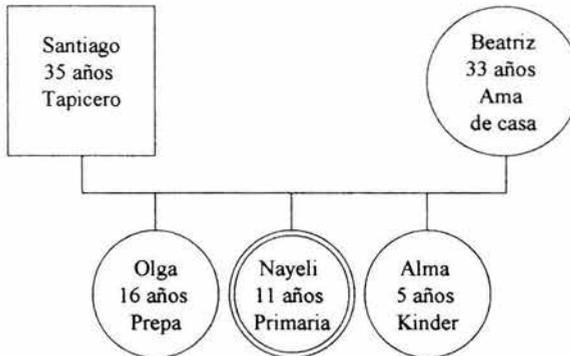
Se intervino desde el modelo Estructural, aunque se usó un desafío a la estructura familiar y al síntoma a través de un ritual; el desafío a la organización familiar, consistió en apoyarse en la realización de un ritual terapéutico para enterrar al fantasma del primer esposo, el Sr. Fabián y, establecer una organización que incluyera a Darío y donde el lugar

de Jorge no tuviese que ser el de distraer la atención de la familia, para que no se enfrentasen a la necesidad de hacer un corte y encontrar una nueva organización sin ser desleales al padre biológico; el ritual consistió en pedirle a la señora Mariana que grabase un audiocassette con la música que a ella y a su ex esposo les gustaba, que describiera en una cuaderno aquellos recuerdos negativos y positivos de su primer matrimonio y que también escribiera una carta de despedida para ex esposo, ésta debía contener aspectos negativos y positivos de él. Teniendo todo el material junto se le pidió que lo quemara y que lo fuera a enterrar cerca de un árbol. Como resultado del ritual la señora Mariana comentó que sintió un gran alivio y como algo muy raro que sucedió dejó de fumar, al preguntarle, ella me dijo que cuando se separó de su esposo, “agarré el vicio del cigarro porque mi esposo en ese entonces fumaba mucho y me di cuenta que como una manera de retenerlo conmigo, empecé a fumar, pero ahora que ya se fue no necesité más del cigarro”.

Con respecto a su hijo se trabajó desde el Modelo Estructural, en la intervención usada dentro de las técnicas estuvo la escenificación de interacciones entre la madre y su hijo, dando consejo especializado por parte de la terapeuta en la apreciación de estas interacciones. La señora Mariana se comportaba intrusiva y dominante con las acciones de su hijo y al darse cuenta de esto salió a la luz el gran temor de que su hijo varón se pareciera a su padre. Al cuestionarle la terapeuta el modo de interpretar esta realidad al parecer comprendió que atribuía a su hijo adolescente sus propios temores, y que éstos no correspondían a las acciones reales de su hijo, porque éste iba bien en la escuela y hasta trabajaba por las tardes. En este aspecto la señora Mariana pudo flexibilizar la relación con su hijo.

Finalmente esta familia fue dada de alta después de veintiuna sesiones de terapia cerrando así el motivo de consulta inicial.

### Familiograma Benítez Barrón



Como motivo de consulta, la madre expresó que existían conductas de rebeldía y desobediencia, por parte de su segunda hija de nombre Nayeli, ésta desde los cinco años comenzó a decir que no la querían y a presentar enuresis nocturna, que sólo ocurre en casa, porque cuando se queda en hogares ajenos, se controla y no se orina. Enseguida agregó que más bien necesitaba la terapia para toda la familia, que tenía problemas en el matrimonio y que eso había afectado a sus hijas y que por estar bien con su esposo, había descuidado a sus hijas.

Como antecedentes históricos sobre esta familia, ambos padres quedaron en orfandad materna durante su infancia; la madre señaló que por esta situación desde pequeña sufrió mucho, comentó también que su esposo es muy poco cariñoso con ella y con sus hijas y que no ha sabido darle su lugar como esposa.

Intentaron vivir en provincia alejados de ambas familias de origen, pero no les fue bien y tuvieron que regresar a México; relató la señora Beatriz que desde que se casó, no había vuelto a ver a su familia porque su padre no estuvo de acuerdo con ese matrimonio, hace apenas dos años que reanudaron relaciones. Con respecto a su familia política dijo tener problemas con las hermanas de su esposo y que particularmente una de ellas maltrataba

mucho a su hija Nayeli cuando ésta era pequeña y ni su esposo ni ella intervenían para no buscarse problemas. Por si fuera poco señaló que hay peleas frecuentes entre ella y su esposo.

Sobre ella misma comentó que su autoestima estaba “por los suelos” que le daba miedo hablar, protestar y “si me animo a hablar no lo sé hacer”. Añadió que se casó al saberse embarazada.

Actualmente la familia de su esposo, no le habla bien a raíz de un chisme y ella lo resintió mucho porque considera a los familiares de su esposo como suyos.

Como puede apreciarse la familia acudió a terapia con varios motivos de consulta por lo cual entre los primeros objetivos a plantearse, fue el delimitar con cuál de ellos se quería trabajar en primer lugar.

Cabe añadir que la señora Beatriz ya había asistido a terapia individual y relató que obtuvo beneficios de ese proceso terapéutico, lo que la motivó a que ahora solicitara ayuda psicológica para toda su familia.

Con respecto a los miembros que asistían a la sesión en general, prácticamente la familia completa acudió a todas las sesiones, excepto el papá que no pudo asistir dos sesiones por motivos de trabajo.

En relación a las redes de apoyo, para la señora Beatriz, con respecto a su familia de origen, éstas han sido escasas a lo largo de su matrimonio, porque su padre dejó de hablarle cuando se casó con su esposo el señor Santiago y hasta hace dos años reanudaron la relación sin que logren todavía un mayor acercamiento; el señor Santiago, si cuenta con apoyo de su familia de origen; sin embargo en este momento su esposa no es bien apreciada por ésta.

Entre los intentos de la señora. Beatriz para mejorar la situación familiar se encuentran los siguientes: expresar su enojo, proponerse hablar calmadamente porque todos hablan al mismo tiempo y luego no se entienden, pegarle a Nayeli para que obedezca, hablar con su esposo para que cambie y por último, solicitar ayuda terapéutica de tipo familiar.

Se trabajó con el Modelo Estructural con la siguiente hipótesis sistémica, al parecer en este momento la familia se encontraba en una crisis debido a que en todos los holones:

conyugal, parental, fraterno y el individual había problemas en términos de límites difusos y jerarquías no bien establecidas, problemas de comunicación intra e intersistemas, de tal manera que se gritaban y enojaban; la desobediencia de Nayeli funcionando ésta como la portadora del síntoma permitía conservar la homeostasis familiar, aunque, todos los miembros manifestaron desde la primera sesión, que todos estaban mal.

Como objetivos del tratamiento se resignificó la rebeldía y la desobediencia de Nayeli, connotando positivamente que la rebeldía no siempre es negativa y que por el contrario puede ser positiva e interpretada como una forma de autoprotegerse y de autoafirmarse y, de señalar que algo debe hacerse en esta familia.

Desde la Terapia de Soluciones se interrogó sobre las excepciones y qué ocurría en éstas, con el propósito de que la familia se diera cuenta de la existencia de momentos en los que podían comunicarse de una manera más adecuada y organizarse como familia con mejores recursos.

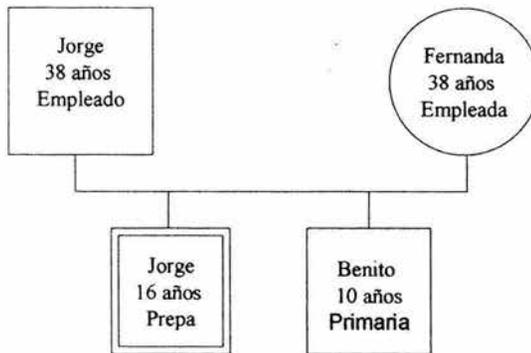
Desde el Modelo Estructural se rastreó de qué manera los demás integrantes de la familia habían contribuido al comportamiento de Nayeli, y se planeó el uso de metáforas para explicar su rebeldía y desobediencia.

Las intervenciones terapéuticas consistieron en el establecimiento de un joining inicial con la familia que desde el principio y a lo largo de las sesiones fue muy cercano, se utilizó tanto el rastreo como el enfoque para tratar de ubicar los diferentes problemas citados por la familia, se utilizó también la escenificación tanto de interacciones espontáneas como de interacciones provocadas y en algunas sesiones la terapeuta modeló interacciones alternativas para el desarrollo de una mejor comunicación entre los miembros de esta familia, siendo recibidas con buen agrado por los miembros de la familia y expresando que de esa manera entendían como hacer mejor las cosas entre ellos.

Se trabajaron cinco sesiones con diferentes intervenciones terapéuticas como uso de metáforas, resignificación de la desobediencia de Nayeli como rebeldía, señalando cómo ésta le había permitido autoprotegerse y señalar con ella que algo en la familia no estaba funcionando bien; sin embargo tomando en cuenta los criterios establecidos para dar de baja a una familia, a pesar de que justificaron su inasistencia, la familia fue dada de baja porque no pudieron asistir debido a que Olga y Nayeli se habían contagiado de varicela y

tenían que estar en reposo entre uno y dos meses, sin embargo debido a lo inesperado de esta enfermedad se les dijo que existía la posibilidad que se retomara la terapia familiar en otro momento.

### Familiograma Quiroz Soto



Los padres de Jorge fueron los que solicitaron terapia familiar, al descubrir que su hijo Jorge “andaba mal en la escuela y que se iba de pinta”. Hablaron con su hijo para que la familia en conjunto asistiera a terapia.

Inicialmente se presentaron la señora. Fernanda, Jorge y su hermano más pequeño Benito; el padre no pudo asistir a ninguna de las sesiones porque su horario de trabajo no lo permitió.

La señora Fernanda contó haber sido parte de una familia numerosa y que al quedar huérfana de padre, su mamá tuvo que salir a trabajar dejándolos solos “a como pudieran arreglarse entre los hijos,” señaló que ella no quería que algo así les ocurriese a sus hijos y que por tal motivo estaba muy atenta sobre lo que hacían ellos.

Desde el Modelo Estructural se cuestionó la realidad familiar y se dio enfoque sobre cómo una vivencia de su infancia, en el presente se hacía relevante para generar expectativas relacionadas con las acciones de sus hijos, en este momento especialmente con su hijo

Jorge a pesar de que éste presentaba ciertos desajustes para con la escuela, éstos no concordaban en tan intensos como la señora Fernanda los percibía.

Se hipotetizó entonces, que la familia estaba viviendo un ciclo vital con hijo pequeño y con hijo adolescente que se encontraba en la disyuntiva de obedecer o no obedecer a los padres, particularmente a su madre, con el fin de autoafirmarse y aprender a ser más independiente; en donde el chico trataba de romper los límites rígidos impuestos particularmente por su madre, debido a la experiencia en la infancia sufrida por ella, supongo que de abuso sexual por parte del padrastro, sin embargo no se confirmó debido a que la señora Fernanda no se sintió cómoda para hacer esos comentarios frente al equipo terapéutico; la suposición partió de un comentario de la señora Fernanda de que su madre los dejaba sólo y pasó algo con el padrastro, después se puso a llorar fuertemente.

Cabe aclarar que la familia Quiroz Soto no se presentó a terapia y tampoco llamaron para programar la siguiente sesión, por lo que llamé para conocer el motivo de su inasistencia y para recordarles que dos faltas consecutivas sin previo aviso eran motivo de baja de la terapia y se les colocaría en lista de espera. Durante la llamada telefónica la señora Fernanda se disculpó por no haber avisado y dijo el motivo de su ausencia explicando que frente a tantas personas no podía abrir cosas más personales, que eso la haría sentirse mal, que no podía continuar; agradeció la terapia recibida.

Quiero hacer énfasis aquí en la importancia de no negociar el trabajo en equipo, respetar los límites de la familia y la posibilidad de canalizar a una terapia con modalidad sin equipo.

#### 4. Sistema Terapéutico Total

Aurón y Troya (1988) definen a la supervisión como un espacio clínico de reflexión teórica y metodológica en el que la función del supervisor es facilitar la generación y el análisis de más visiones tanto en el terapeuta como en el equipo, el supervisor ayuda a jerarquizar cuál de las diferentes visiones vertidas, sería la más importante para la resolución del problema familiar, tomando en cuenta el cuidado que requiere la persona del terapeuta en su trabajo clínico.

Hablando de la persona del terapeuta, en principio experimenté dificultad para visualizar e integrar, las participaciones de los miembros de la familia, estuviesen presentes o no.

Evidentemente reconocía la existencia de las supervisoras y del equipo terapéutico, sin embargo la interiorización psíquica de su presencia, mejor dicho de su apoyo se desarrolló en el transcurso de mi práctica clínica por las distintas sedes.

Por lo tanto aprehender la epistemología sistémica demandó de mi parte un cambio paulatino, diría con más precisión una inclusión gradual del conjunto familiar a nivel visual, verbal y lo más complicado a nivel epistemológico y metodológico.

Como terapeuta no estaba sola, tras el espejo sabía que se encontraban los ojos y las voces de las supervisoras y las del equipo terapéutico comentando sus observaciones y las observaciones acerca de lo que yo observaba y cómo lo hacía. Sin embargo fue un proceso paulatino el aprender a apreciar a la supervisión como un acto polifónico (Aurón, 2000, p. 218)

Al igual que la música, que es un lenguaje sin palabras que nos dice y transmite experiencias, emociones, tramas y nuevas metodologías por experimentar, en el acto de la supervisión se da una interacción entre la escucha, la mirada, la palabra y el movimiento que se engarzan y forman un conjunto inseparable.

Aurón y Troya (1988) definieron los siguientes componentes: sistema familiar + terapeuta = sistema terapéutico; equipo de supervisandos + supervisor = a sistema de supervisión; sistema terapéutico + sistema de supervisión = sistema terapéutico total.

Con respecto a este sistema debo señalar que se fue transformando en cada uno de sus componentes, siendo importante desde el género del terapeuta, los antecedentes históricos y conceptuales del terapeuta en formación y de las supervisoras, también de sus diferentes experiencias; evidentemente, los diferentes marcos teóricos metodológicos que se conocen y el cómo se conocen. De tal manera que los equipos terapéuticos gestados en los diferentes escenarios clínicos fueron únicos y enriquecedores.

Sin embargo la integración de los diferentes sistemas presentó algunas dificultades.

Con respecto a las familias, dependiendo de la sede clínica, se presentaron casos con diferentes características, por mi parte como residente de la Terapia Familiar Sistémica, de venir de una práctica clínica en la que era yo misma la que tomaba decisiones sobre el curso de la terapia, aprendí a valorar que contar con más ojos sobre un mismo caso, por un lado ampliaba el abanico de soluciones para un mismo problema, pero por otro hacía que la toma de decisiones se tornase más compleja; a pesar de esto último los aspectos que

salvaron esta dificultad fueron los conocimientos aprendidos y aprehendidos sobre los diferentes modelos teóricos y metodológicos que permitieron el desarrollo exitoso de la terapia familiar y escuchar, comprender, integrar la presencia de otros ojos y de otras voces viendo y escuchando un trabajo que antes se daba como una experiencia privada. Esto dio como resultado el desarrollo de un sentimiento de apoyo y comprensión del privilegio que representó la posibilidad de participar en una formación de esta naturaleza, es decir de contar con un sistema terapéutico conformado por la supervisión y el equipo terapéutico, con el propósito de conformar una nueva visión epistemológica de mi persona como terapeuta familiar y de respaldar mi práctica clínica corrigiendo los errores propios de la falta de experiencia y de la dificultad para la comprensión teórica y práctica de una diferente epistemología clínica.

Considero necesario señalar también la importancia del equipo terapéutico actuando como un coro griego; éste tiene la función de reforzar las intervenciones del terapeuta. Consiste en elaborar una serie de mensajes en colaboración con el terapeuta y según éste lo juzgue conveniente, el coro griego apoyará, confundirá, rechazará, entrará en contradicción o provocará a la familia, mientras el terapeuta se encuentra en la libertad de estar de acuerdo con ellos o por el contrario oponérseles. El coro griego representa a una autoridad que conoce el futuro y puede predecir las consecuencias del cambio (Papp, 1988).

La importancia del coro griego radica también en que el grupo se construye una imagen especular de los temas conflictivos, que es transmitida a la familia a modo de realimentación. Puesto que la sorpresa y la confusión son elementos importantes en el proceso de cambio, a veces se recurre al grupo para producirlas. Éste enviará un mensaje que despierte la curiosidad de alguno o de algunos de los miembros de la familia con los propósitos señalados líneas más arriba. Por supuesto que esta experiencia resulta mucho más compleja que la interacción lineal entre terapeuta y paciente.

Personalmente, aún cuando experimenté durante mi rotación por los diferentes escenarios clínicos una mayor comprensión del enfoque sistémico y de los posmodernos, tuve dificultad para reajustar mi práctica a nuevos sistemas, relacionados con el cambio de sedes, de supervisoras y de equipo terapéutico; las familias de un espacio clínico tenían a su vez características específicas que las hacían un tanto diferentes de las familias atendidas en otros espacios.

Finalmente en este momento, logré superar algunas de las dificultades que experimenté, algunas otras las considero en proceso de solución y lo más importante, hice una síntesis diferente, cualitativamente más compleja, de mi experiencia inicial como terapeuta, mi dedicación a la docencia y mi formación como terapeuta familiar sistémico, que me hace sentir bien en mis roles ya dichos y como ser humano.

## 5. Ética Profesional.

Son aspectos importantes de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, la ética y el compromiso social. En principio contempló el desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, como el respeto mostrado desde el establecimiento del primer contacto con la familia, evidenciado por una atención y escucha concentrada e interesada en el grupo familiar y en el motivo de consulta planteado, el compromiso de revisar material teórico y metodológico relacionado con las estrategias de intervención necesarias para atender a las familias, enriquecido por las sugerencias de las supervisoras y del equipo.

La confidencialidad fue otro de los principios éticos que reguló el trabajo terapéutico de supervisión y del equipo. La videograbación y las actas (previa autorización de las familias) fueron rigurosamente resguardadas. Incluso en algunos casos se tuvo una mayor acuciosidad porque las familias pertenecían a la comunidad y la cercanía podía propiciar la ruptura de la confidencialidad. De la ética y el compromiso social, haciendo un recuento desde el inicio de la formación como terapeuta familiar, entre las primeras consideraciones éticas están las siguientes:

Presentarme frente a una familia como terapeuta familiar, siendo que en realidad estaba en formación fue una situación que me movía a la reflexión sobre mi derecho y capacidad para hacerlo, salvé esta reflexión cuando comprendí que ya contaba con cierto conocimiento teórico para el trabajo con familias pero que además atrás de mí había voces que escuchaban y ojos que miraban para poder orientarme en esta nueva experiencia.

En el aspecto teórico, aún cuando conocía el modelo a trabajar, otra vez me surgió la idea sobre la práctica terapéutica lo conozco pero nunca lo he aplicado y sin embargo había que aplicarlo; no sólo en la Psicología sino en cualquier conocimiento teórico que se desea llevar a la práctica, hay que comenzar, aquí el aspecto ético se salvaguardó con el

compromiso de conocer en lo teórico el modelo a aplicar, con la colaboración muy cercana tanto del equipo terapéutico como de la supervisión.

Como terapeuta viví una situación ambivalente al principio del entrenamiento, mi cuestionamiento sobre qué tan acertada era la elección del modelo de intervención y la aplicación del mismo; a medida que fui comentando mis dudas, fui sintiendo seguridad y confianza con el equipo y con las supervisoras: fue entonces que tomé conciencia de la importancia de visualizar al sistema terapéutico total y de contar con un respaldo constante. Aprendí a escuchar y usar las ventajas del enfoque sistémico, con otro sistema observando mi trabajo terapéutico, incluso actualmente aún cuando ya no me es posible trabajar atrás con equipo y supervisión, mi trabajo sigue siendo sistémico porque me pregunto como si estuviesen presentes ambos, le pregunto al equipo imaginario sobre lo que no veo con la esperanza de ampliar mi visión con su ayuda.

Deseo enfatizar que mi compromiso ético también orientó mis reflexiones teórico-metodológicas basadas en paradigmas diferentes. El concepto de “terapia” con el que inicié mi formación en la Maestría estaba pensado y expresado con lenguaje lineal y una visión puntual que podía entrar en contradicción con los contenidos sistémicos y la nueva visión que estaba adquiriendo. Reconocer la interinfluencia de estas dos orientaciones que constituyen mi formación profesional fue sugerido por las supervisoras. Mi reto fue evitar hacer una traducción grotesca de ambas aproximaciones, rescatando lo que fuera necesario. En consecuencia, en mí se desarrolló, un sentimiento de seguridad sobre mi capacidad teórica y metodológica para la atención de casos más complejos como fue el tratamiento de la familia en conjunto, también por la oportunidad de actualizar e innovar mis competencias profesionales de manera constante y tomar conciencia de la necesidad de prepararme continuamente debido a toda la gama de problemas que se presentan en el núcleo familiar. Como terapeuta me di cuenta de la necesidad, en un momento dado, de ser usuaria de tratamiento terapéutico personal, con el propósito de estar en mejores condiciones para la atención de las familias.

## 6. Diseño de otras intervenciones

### 6.1 Intervención en Red.

Trabajo terapéutico desarrollado en la sede del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco.

Definición: La intervención en red se refiere a los trabajos que se han realizado con grupos de personas, todas vinculadas por lazos afectivos, por afinidades e intereses comunes, entre otras características, personas que están dispuestas a ayudarse mutuamente.

El objetivo de la intervención es enlazar una red de apoyo alrededor de la persona sintomática y así ofrecerle otras posibilidades.

El psiquiatra y terapeuta familiar Mony Elkäim (1989) prácticamente por azar tuvo su primer acercamiento a lo que posteriormente se denominó Terapia de Intervención en Red, cuando un amigo suyo le solicitó ayuda para la atención de un muchacho con ideación suicida, Elkäim trabajó con los amigos del muchacho, hasta que logró que el conflicto se resolviera; más tarde asistió a las reuniones que sostenía en la Iglesia, una paciente de origen puertorriqueño, donde vio que algunas personas servían de médium para que a través de ellas los espíritus pudieran detectar el origen del mal y esto abría la posibilidad de una cura mediante un ritual.

Él observó que al explicar el origen del síntoma, se redefinía el mal sufrido, con lo cual se lograba la externalización del problema, se logró evidenciar que el “mal” no era inherente a la persona, sino que estaba fuera y por lo tanto podía erradicarse.

Esta resignificación del síntoma y de su portador, redefinía también la marginación que sufría ese paciente.

Observó también que el conjunto de personas constituían un grupo de solidaridad y respaldo para la persona que sufría el mal, y con su apoyo y contención la ayudaban a salir adelante, poniendo de manifiesto que los problemas aparentemente individuales estaban y eran compartidos por una colectividad, lo cual permitió la creación de redes de apoyo.

Finalmente aparece del trabajo de Elina Noma Dabas en 1984 en Argentina (citado por Rodríguez y Sod, 1996), el cual realizó en varios hospitales de Argentina, y se observó que los usuarios que asistían al hospital establecían relaciones con los demás pacientes o

con sus familiares, mientras éstos aguardaban en la sala de espera; a partir de estas observaciones, su equipo decidió trabajar con un esquema multifamiliar, con el objeto de fortalecer las redes que se generaban espontáneamente.

Se planteó como hipótesis, que todas las familias que llegaban a consulta, con sus hijos rotulados con un déficit, esto permitía en realidad encubrir diferencias sociales, familiares, culturales y económicas.

Se propusieron crear redes de solidaridad entre los consultantes a partir de un abordaje multifamiliar que redescubriera los recursos de autoorganización que todos los sujetos poseen.

Plantearon un encuadre de 5 entrevistas grupales que se desarrollaron de la siguiente manera:

Primera entrevista de tipo multifamiliar. A ésta asistía el paciente identificado con sus progenitores o con sus hermanos y en ésta los consultantes definieron el problema que les preocupaba, quién los había mandado, las razones de su preocupación. Hablaban también de las soluciones intentadas y definían lo que esperaban de la consulta, finalmente se les compartía el encuadre terapéutico.

Segunda a cuarta entrevista. Durante estas tres entrevistas, el equipo trabajaba con los padres y los niños o adolescentes por separado. En estas entrevistas se trataban las limitaciones y los obstáculos, poniendo énfasis en los recursos de los niños consultantes, e intentando la recuperación del placer de pensar e interactuar a través del juego. En relación con el grupo de padres, el objetivo de los tres encuentros radicaba en crear un espacio en donde ellos pudieran permitirse dudar de la rotulación hecha hacia sus hijos y la que ellos mismos habían recibido. Al mismo tiempo, descubrían que si ellos lograban adoptar un criterio propio, abrían también para sus hijos esa posibilidad.

Quinta entrevista. En esta entrevista se volvían a reunir los hijos con sus padres. El objetivo se centraba en el intercambio de las experiencias y un trabajo conjunto sobre las estrategias a seguir.

A partir de este espacio, se describe el trabajo realizado bajo la supervisión de la Mtra. Carolina Rodríguez en el CCH Azcapotzalco.

Tomando como base el trabajo realizado por Elina Dabas, se desarrolló y conformó un grupo de trabajo de Intervención en Red.

Se ofreció un servicio de apoyo psicoterapéutico para diversos problemas presentados por esta población estudiantil, tales como fármaco dependencia, problemas académicos, problemas familiares, entre otros.

Se citó con fecha, hora y lugar a una primera sesión general en donde se explicaría la manera de trabajar bajo este modelo de intervención en red.

Los estudiantes interesados debían llenar una solicitud del servicio para que posteriormente fueran llamados vía telefónica por miembros del equipo terapéutico, los cuales les señalaron que debían presentarse a la primera sesión acompañados de un adulto significativo. Se definió como adulto significativo a aquel progenitor, pariente o tutor que hubiese desarrollado un vínculo afectivo importante con el solicitante.

La duración de las sesiones sería de hora y media, cada 15 días, con un total de 5 sesiones.

Primera Entrevista. Los alumnos y sus acompañantes desconocían que la primera entrevista sería multifamiliar. No se les comunicó que en esta iban a trabajar otros alumnos, con el objeto de introducir la novedad y el impacto de encontrarse con otras personas con problemas semejantes.

Se inició la sesión presentándose los dos terapeutas como un equipo y a los demás miembros como parte del equipo terapéutico, necesario para poder proporcionarles una mejor atención, al contar con más ojos y más puntos de vista sobre sus problemas.

El encuadre terapéutico incluyó:

Información sobre la confidencialidad en las sesiones de trabajo terapéutico.

Información de que todos los miembros del equipo estarían presentes durante todas las sesiones.

Permiso por parte de la familia para que las sesiones fueran video grabadas.

Peticion y compromiso por parte de las familias para que cada alumno durante las 5 sesiones viniese acompañado de un adulto significativo.

Se formularon también preguntas tales como ¿cuál es el problema, qué soluciones han intentado, cómo les fue con esas soluciones, quiénes y cómo intervenían en el problema?

Los objetivos para la primera sesión fueron: que los miembros del grupo se dieran cuenta de que no estaban solos en su problemática.

Desetiquetar a los alumnos, llegando al final de la sesión a la conclusión de que la etiqueta que se les había pegado no era inherente a ellos, sino el producto de una problemática enmarcada en un contexto más amplio que incluía a la escuela y a la familia.

Segunda entrevista. Se les pidió a los alumnos que formaran un círculo y a los adultos que se colocaran detrás de ellos, también formando un círculo, esto con el fin de que los adultos significativos pudieran observar desde otra posición a los adolescentes.

Adicionalmente se les pidió a los adultos significativos, escuchar y guardar silencio y también se les informó que no podían ya en casa hablar entre ellos (adulto y adolescente) de lo visto en cada sesión.

Tercera entrevista. Aquí los padres conformaron el círculo interior y los adolescentes el círculo exterior, en esta sesión ahora los adolescentes fungieron como observadores de lo expresados por los adultos significativos.

El objetivo de la segunda y tercera entrevistas fue que los padres escucharan a sus hijos y viceversa, se favoreció en estas sesiones la ruptura del estigma y el abandono del rol asignado.

Cuarta entrevista. En esta sesión el objetivo fue reforzar la red y la nueva narrativa.

Se trabajó con todos los miembros del grupo a la vez, repartidos en equipos, cada uno debía de realizar un dibujo que mostrara como visualizaban su futuro (adolescentes) y como podrían ayudar a sus hijos (los adultos).

Quinta entrevista. Esta sesión fue de cierre, se trabajó con todos los miembros del grupo, es decir también el equipo terapéutico a manera de equipo reflexivo expresó sus puntos de vista sobre lo observado a lo largo de las 5 sesiones, tanto para los adolescentes como para los adultos.

Entre los resultados obtenidos en este tipo de terapia menciono los siguientes:

Mejoraron el respeto, el interés y la atención entre los padres y los hijos, se abrieron opiniones y se habló de los sentimientos de los hijos y los padres, de manera que ciertas actitudes y conductas incomprensibles hasta ese momento, se pudieron aclarar, se observó compromiso por parte de las familias que asistieron a esa modalidad terapéutica, se observaron cambios en la organización de la estructura familiar en algunas de las familias, límites más claros, mejoramiento en la comunicación y solución a algunos de los problemas familiares traídos a la terapia; se observó la conformación de una red de apoyo formada por

padres e hijos, para solidarizarse con otras familias asistentes a la terapia. Con respecto a los terapeutas, desarrollaron habilidades competentes para esta modalidad terapéutica, tales como establecimiento de joining con más de un grupo familiar a la vez, elaboración de objetivos comunes a las familias, desarrollo de trabajo en equipo como coterapeutas.

## 6.2 Intervención comunitaria

Los objetivos de la intervención comunitaria fueron:

1. Elaborar programas y proyectos de salud comunitaria.
2. Identificar procesos que ayudan a resolver o prevenir problemas familiares y grupales.
3. Diseñar programas de difusión, educación e intervención para la solución de problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario.
4. Aplicar estos programas en colaboración, con los diferentes agentes, familiares e instituciones que intervienen.

En particular este tipo de intervención fue dirigida a la Clínica del ISSSTE de Valle Ceylán, fue solicitada por el servicio de Psicología de la Clínica con el fin de ofrecer orientación y apoyo a los derechohabientes; se ofrecieron dos conferencias en la sala de espera de dicha clínica con los siguientes temas:

a) Sobreprotección a los hijos.

Objetivo: Definir ¿qué se entiende por sobreprotección? y evidenciar sus principales manifestaciones.

1. Reflexionar sobre las causas que generan actitudes y comportamientos sobre protectores.
2. Señalar los efectos que tienen en los hijos las actitudes y comportamientos sobre protectores de uno o de ambos progenitores o bien de la familia en su totalidad.
3. Comentar ¿cuáles serían las alternativas para tratar de evitar la sobreprotección?
4. Conclusiones.
5. Preguntas de la audiencia y recomendación de bibliografía sobre el tema.

Para la conferencia sobre el tema anterior se tomaron como lecturas básicas las de Alcalá (1997), García (1992) y Mendiguchía (1993).

#### b) Maltrato infantil.

Objetivo: Definir ¿qué se entiende por maltrato infantil? y señalar algunas de sus principales consecuencias.

1. Mencionar algunos antecedentes históricos sobre el maltrato infantil.
2. Reflexionar sobre las causas que generan actitudes y comportamientos maltratadores por parte de uno o de ambos progenitores.
3. Mencionar los tipos de maltrato infantil existentes dependiendo de si se actúa o se omite (activo o pasivo).
4. Claves para la detección del maltrato infantil.
5. Señalar los efectos que tienen sobre los hijos las actitudes y los comportamientos maltratadores.
6. Mencionar ¿cuáles serían algunas alternativas para evitar el maltrato infantil?
7. Conclusiones.
8. Preguntas de la audiencia, recomendación de bibliografía sobre el tema.

Como lecturas de apoyo para la conferencia sobre maltrato infantil, se revisaron básicamente a Barudy (1995), Forward (1991) y Stevenson (1989).

### 6.3 Productos Tecnológicos.

Dirigidos a estudiantes de Posgrado, interesados en la Terapia Familiar y en los Modelos Estructural, Breve centrado en problemas y centrado en soluciones. A continuación se presentan una serie de síntesis de cada uno de los productos tecnológicos elaborados individual o colectivamente.

#### Manual sobre Terapia Estructural.

Se presentó este Manual de Terapia Estructural, dirigido a estudiantes de Maestría en Psicología, con el fin de mostrar las técnicas usadas bajo este Modelo y de contribuir a una mejor comprensión de éste.

De acuerdo con Umbarger (1987) “el término estructura denota pautas de interacción relativamente duraderas que concurren a ordenar u organizar subunidades

componentes de una familia, en relaciones más o menos constantes. Estas alianzas y coaliciones pautadas entre los miembros de la familia son las estructuras que regulan su cotidiano flujo de información y de energía. En este sentido una estructura no es un contenedor estático de un intercambio interpersonal, *“sino una metáfora de intercambios de conductas que ocurren con regularidad”*. (p.30). (El subrayado es mío).

De este modo, la existencia y aplicación de técnicas en terapia estructural permite modificar la estructura de la familia, con el fin de que se puedan transformar a su vez, las experiencias de cada individuo miembro de esa familia, y en consecuencia sus ideas, sentimientos y acciones.

Para Minuchin (1987), “la terapia estructural de familia es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social, e intenta modificar la organización de la familia”.

La familia presenta una estructura estable en su diario vivir. Los holones descritos en el Modelo Estructural son: El individual, conyugal, fraternal y parental.

Así, el sujeto constituye parte y todo de otros todos más complejos, el individuo, la familia nuclear, la familia extensa, la comunidad, el país, la humanidad.

Con respecto a las posibilidades para el cambio, el manual abordó: El cuestionamiento del síntoma, de la estructura familiar y de la realidad familiar.

Con respecto a las técnicas, menciona y describe: la escenificación, el enfoque y la intensidad; entrando al terreno de la reestructuración: habla de las fronteras, del desequilibramiento, la complementariedad, las realidades familiares, las construcciones, las paradojas y finalmente los lados fuertes de la familia

### Manual sobre Terapia Breve Centrada en Problemas

Estuvo dirigido a estudiantes de la residencia en Terapia Familiar, con el propósito de conocer y comprender las intervenciones usadas dentro de este modelo.

Se considera que la Terapia Breve se aplica como un tratamiento que puede ser de corta duración, desde una hasta doce sesiones aproximadamente; la variación estará en función del problema o del paciente. Es decir, concentrándose en el principal problema del paciente en el momento actual. Buscando cuál debe ser el cambio mínimo necesario para solucionar

dicho problema, en vez de pretender reestructurar familias enteras o bien irse hacia el pasado.

Parte de un modelo no patológico y tiene un enfoque estratégico.

En la Terapia Breve el problema se define como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas y la terapia se concentra, justamente en esa secuencia reiterada de comportamientos. Es decir, se considera que los problemas consisten de una conducta presente inadecuada y se le da importancia a la identificación precisa de tal conducta (qué es, en qué aspecto es considerada como problema y por quién, etc.); y al funcionamiento y persistencia de la conducta problema.

Se dice que una conducta es problemática cuando ésta tiende a realizarse frecuentemente y con una duración prolongada.

Adicionalmente, se sostiene que tal conducta problema se estableció o configuró y se ha conservado, por el sistema de interacción social del individuo, en especial la familia, aunque pudiendo ser también en un centro escolar o en un centro laboral por ejemplo.

Para que una dificultad se convierta en problema deben ocurrir dos condiciones:

1. Que se haga frente de forma equivocada o inadecuada a la dificultad. Y
2. Que cuando no se soluciona tal dificultad, se le aplique una dosis más elevada de la misma solución.

De esta forma se le da una relevancia especial al contexto interactivo formado por otras conductas, conjuntamente con las cuales ocurre la conducta problema.

Finalmente, en relación con la concepción de problema, éste puede ser tomado como una metáfora, cuando el terapeuta de Terapia Breve cambia el estilo de comunicación de un paciente. Evidentemente aquí es muy importante la capacidad del terapeuta para la formulación de metáforas que den al clavo con lo que piensa y siente su paciente. Un posible cambio implicaría el cambio de la metáfora inicial que describió al paciente.

En ocasiones se le ha denominado Intervención en Crisis cuando se trata de problemas de naturaleza aguda y repentina.

Se trabaja en equipo, una persona del mismo funge como terapeuta y los demás observan la sesión a través de un espejo de cámara de Gesell, el equipo le comenta al terapeuta sugerencias por medio de intercomunicación telefónica e incluso alguien del equipo puede entrar en la sesión de tratamiento. Las sesiones se graban para su posterior análisis.

Es importante dentro de este modelo especificar claramente el objetivo de la terapia, considerar la capacidad de maniobra del terapeuta, la oportunidad y el ritmo, la postura del paciente, el tiempo necesario, el lenguaje condicional y el uso de la comprensión, todos los aspectos anteriores se mencionan y describen en el manual.

### Manual de Terapia Breve Centrada en Soluciones

El propósito de este manual fue presentar el punto de vista del enfoque basado en las soluciones por una parte; y por la otra, mostrar las técnicas de este enfoque, junto con ejemplos de las mismas. Se propuso para estudiantes de Posgrado en Psicología, sin pretender ser exhaustivo en cuanto a la revisión que se propone en el índice, pero si sensibilizar e introducir a dicha población con esta orientación terapéutica.

O'Hanlon y Weiner-Davis, (1990), ubican en la década de los años sesentas, particularmente con Abraham Maslow, la aparición de su reflexión de que la Psicología había hasta entonces, estado avanzando en la dirección equivocada, explorando e intentando entender y resolver la patología ya fuese conductual, emocional, conductual y psicológica de la humanidad.

El cambio de enfoque podría haber consistido en estudiar a los individuos mejores y más sanos de la especie humana, para averiguar lo que queremos saber sobre las personas.

Sin embargo, en vista de que la terapia psicológica procedía de la Medicina, de la Filosofía, de la Religión, en las cuales se hacía énfasis por explicar, diagnosticar y comprender la naturaleza humana; entonces la Psicoterapia implicaba intentos deliberados de producir un cambio de punto de vista y/o de acción, que llevaba a la solución; sin embargo, aún cuando ya se había experimentado durante años que el tener una explicación sobre la naturaleza y el origen del problema no producía necesariamente el resultado terapéutico deseado, en general se seguía trabajando sobre esa misma línea. Considera esta autora que tal vez también por una suerte de inercia que atañe no sólo a los cuerpos en la Física, sino también a conceptos y teorías científicas o no.

Tradicionalmente la psicoterapia había estado orientada hacia el pasado, buscando en la infancia del cliente las raíces de los síntomas actuales.

Sin embargo, afortunadamente con la aparición de la Terapia de la Conducta, la Psicología del Yo, la Terapia de la Gestalt y la Terapia Familiar, se hizo necesario recurrir al presente o al aquí y ahora como aspectos indispensables y centrales para la Terapia.

Especialmente en este momento la Terapia ha evolucionado hacia una orientación hacia el futuro en la que no interesa como surgieron los problemas ni incluso como se mantienen, sino que se ocupa de cómo se resolverán, es decir solamente se fija en aquellos datos que dan información de qué es lo que funciona o es útil en casos concretos, es decir se centra en las soluciones.

Entre los terapeutas sobresalientes, podríamos considerar a Milton H. Erickson como precursor del trabajo con soluciones.

Para este autor era evidente que *cada individuo poseía una reserva de sabiduría aprendida y olvidada, pero siempre disponible para él mismo*. Proponía que sus pacientes explorasen otras formas de organizar su experiencia sin explorar la etiología ni la dinámica de la disfunción. O en otras palabras, comenzaba a separarse del enfoque centrado en el problema.

Para Jay Haley (1974) y Thomas Szasz (1961), era mejor tratar a la gente como si fuera normal porque éstas entonces tendían a actuar de modo más normal. Bandler y Grinder (1979) los iniciadores de la Programación Neurolingüística, subrayaron la importancia de obtener imágenes e información clara sobre el resultado como una forma precisa y específica de crear ese resultado.

Las influencias básicas para estos autores fueron Milton H. Erickson, el Mental Research Institute y el Brief Family Therapy Center.

La Terapia de Soluciones se consideró como un enfoque nuevo en comparación con el resto de las demás terapias, por su énfasis en las posibles soluciones, más que en los problemas, como tradicionalmente durante muchos años se había venido enfocando la psicoterapia de diversas orientaciones.

Como lo señala O'Hanlon (1990, p.9), esta terapia "se centra en los recursos de las personas más que en su déficit, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones".

La Terapia Centrada en Soluciones tiene como sus principales representantes a Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, William O'Hanlon, Weiner Davis y a Mathew Selekman.

Las características generales de la TCS son:

1. Es una modalidad de la Terapia Breve.
2. Se centra activamente en los recursos de los clientes, particularmente en aquellas ocasiones en las que no se da el problema (excepciones), o en aquellos aspectos relacionados con un futuro sin el problema.
3. Intenta directamente aumentar las áreas de recursos, reduciendo así el tamaño de las áreas problema.
4. Trabaja en primer lugar con las soluciones ayudando a los clientes a identificar lo que quieren conseguir (pregunta del milagro) marcando y ampliando las ocasiones en que lo consiguen (trabajando con excepciones) y fomentando que los clientes asumen el control y la responsabilidad por los cambios conseguidos.
5. Se convierte en un conjunto de conversaciones en las que se habla de lo que ha ido bien, de lo que está yendo bien o de lo que puede llegar a mejorar.
6. Se habla de práctica o de temas de conversación, más que de técnicas.
7. Intenta aumentar el tamaño de las áreas de recursos, lo cual implica una reducción correlativa de las áreas problema.

Se mencionan y se describen las técnicas desaparecer la idea de que hay un problema, negociar un problema resoluble, situar a los clientes en un marco en el que piensen que disponen de todas las capacidades y recursos para resolver un problema, adaptarse al lenguaje del cliente, adaptarse a la modalidad sensorial del cliente y reetiquetar positivamente

#### Video didáctico sobre Terapia Estructural (Colectivo)

Este video escenifica todas las técnicas descritas en el manual de terapia estructural, la actuación y escenificación del uso de las técnicas fue realizado por los miembros de la primera generación de Terapia Familiar.

#### Video didáctico sobre Terapia Estratégica (Colectivo)

Al igual que el video anterior, los estudiantes de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, escenifican y actúan técnicas del Modelo Estratégico.

### Curso Taller sobre Comunicación No Violenta (CNV) Colectivo

Como objetivo este taller tuvo el de saber cómo utilizar el poder del lenguaje para evitar conflictos y alcanzar soluciones prácticas. Fue dirigido a los terapeutas familiares de la Residencia en Terapia Familiar, bajo el marco del autor de esta CNV Marshall B. Rosenberg (1999), bajo la guía y tutoría de la Dra. María Suárez.

Básicamente se enfatizó la esencia de la comunicación no violenta entendida como aquella que nos permite reestructurar nuestra forma de expresarnos y de escuchar a los demás. En lugar de obedecer a reacciones habituales y automáticas, nuestras palabras se convertirán en respuestas conscientes con una base firme en lo que percibimos, sentimos y deseamos.

Se tocaron los siguientes aspectos: la comunicación que bloquea la compasión (los juicios moralistas, las comparaciones, la negación de la responsabilidad y otras formas de comunicación que alejan de la vida).

Se describieron las técnicas para el desarrollo de una comunicación no violenta; observar sin evaluar, identificar y expresar los sentimientos, asumir la responsabilidad de nuestros sentimientos, expresar lo que queremos de los demás para enriquecer nuestra vida, la recepción empática, el poder de la empatía, la expresión plena de la ira, el uso protector de la fuerza, cómo liberarnos nosotros y aconsejar a los demás y por último lo más complejo, expresar reconocimiento mediante la comunicación no violenta (CNV).

Para lo anterior se utilizaron dos títeres de guante, uno con cabeza de jirafa simbolizando la CNV y el otro con cabeza de chacal simbolizando la comunicación chacal o violenta.

Cuando los integrantes se expresaban de manera jirafa, esta se movía de arriba hacia abajo asintiendo la manera de comunicarse, si por el contrario la comunicación era violenta el chacal aullaba y movía su hocico.

### Curso Taller sobre Comunicación No Violenta en adolescentes Colectivo

Bajo los mismos lineamientos del taller anterior excepto que se dirigió a una población de jóvenes adolescentes de nivel secundaria.

### Un siglo de historia en la Terapia Sistémica y Cibernética

Los diez estudiantes de la primera generación de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, elaboramos este esquema con el fin de presentar

cronológicamente los autores que influyeron a nivel epistemológico, filosófico, teórico y metodológico para el surgimiento y desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica. Presenta básicamente nombre de los autores, fecha de nacimiento, descripción de sus intervenciones más importantes y nombre de libros elaborados, de acuerdo a una presentación cronológica, como una línea del tiempo.

### Ciclo Vital de la Familia

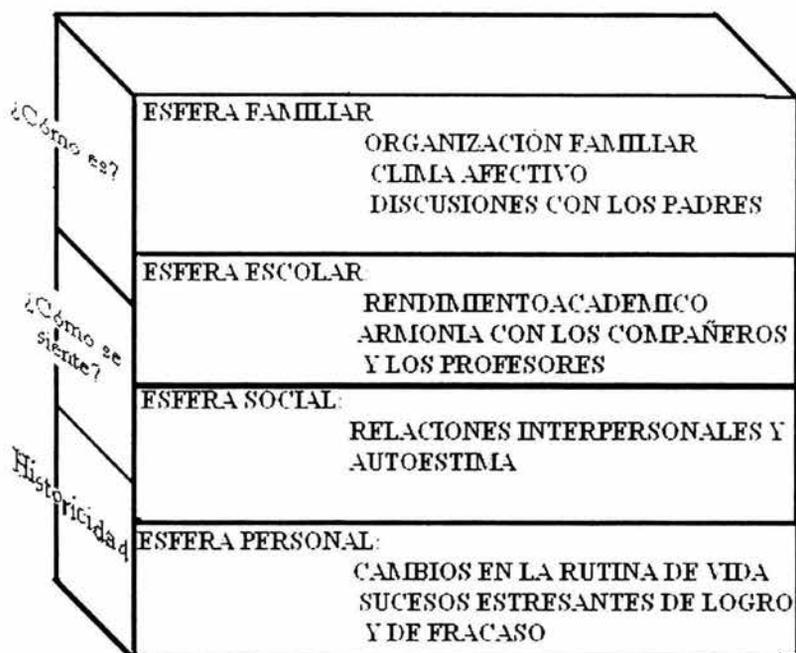
Se desarrollaron y se presentaron reflexiones sobre características más específicas del ciclo vital familiar, con base en entrevistas y revisión bibliográfica.

## 6.4 Elaboración y Aplicación de Proyectos de Investigación Cuantitativa y Cualitativa.

### “Estudio de Ansiedad en Jóvenes Universitarios”

#### **Resumen.**

En los estudios sobre ansiedad con estudiantes universitarios, se encontró que las mujeres en comparación con los hombres evidencian niveles más altos de ansiedad, esto correlacionado con los acontecimientos estresantes de vida. Esta investigación tuvo como propósito identificar los niveles de ansiedad en una muestra de 80 estudiantes universitarios del segundo semestre de la carrera de Psicología, 40 hombres y 40 mujeres con edades entre 17 y 38 años. Se realizó un estudio aplicado de tipo descriptivo, con un diseño transversal. Se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberg y Díaz (1975), con dos escalas: ansiedad-estado y ansiedad-rasgo para su evaluación. Los resultados mostraron, promedios más altos en la escala de rasgo, en la muestra total. Se encontraron diferencias con respecto a la variable de género ( $t$  de student = .037  $p < .05$ ). Se sugiere la aplicación de pruebas que evalúen rasgos de personalidad para formular estrategias de intervención.



#### DELIMITACIÓN DE LAS ÁREAS DE INDAGACIÓN

##### CASO: ESTUDIO DE ANSIEDAD EN JOVENES UNIVERSITARIOS

El tipo de investigación cualitativa fue del tipo estudio de caso biográfico, con un diseño proyectado y la técnica para la obtención de los datos fue una entrevista a profundidad.

El cuadro muestra las categorías derivadas de ésta entrevista.

Como se observó en la primera investigación de carácter cuantitativo, una persona que obtuviera puntajes por arriba del percentil 75, podía ser considerada con ansiedad alta; al haber entrevistado a profundidad a una informante, se encontró relación entre las características de la información que dio, en las que se detectaron fuentes de estrés tanto reales como subjetivas: las condiciones de la vivienda, espacios reducidos, falta de adaptación a las circunstancias de vida, falta de proyecto de vida personal, escolar, profesional y familiar, el sin sentido de la vida y de su propia vida que en ocasiones la hacía sentir a punto de explotar o sin control de su propia vida. Sin el apoyo de sus redes familiares, con muy pocos amigos, con dificultad para relacionarse con los demás

#### **IV. Consideraciones Finales**

De la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar.

En primer lugar, considerar como un hecho trascendente la aprobación del programa de Maestría y Doctorado en Psicología, con la modalidad de residencias. Esto trajo consigo otras opciones:

De servicio. Se ofreció a la comunidad universitaria y colonias vecinas Terapia Familiar.

La formación clínica también se vio favorecida con su sistema de rotación para los residentes. En los tres escenarios clínicos había diferentes supervisoras, diferentes casos, lo cual garantizó la práctica suficiente y necesaria para poder desarrollar las habilidades y las competencias profesionales pertinentes para ser terapeuta Familiar.

El programa también contempla actividades de difusión a la comunidad y a profesionales en el campo de la salud.

Asimismo se pudo brindar atención a grupos de personas y no solamente a individuos, dado que la terapia familiar sistémica tiene influencia en los diferentes sistemas intra y extrafamiliares, de tal manera que los resultados de la terapia podían influir en otros miembros del sistema, aún cuando éstos no asistieran a la terapia. De este modo se logró dar atención a un mayor número de pacientes que solicitaban terapia, y cabe resaltar la complejidad en las interacciones que se suscitan dentro de la dinámica familiar, que evidentemente da pie al desarrollo de habilidades competentes para interactuar, comprender e intervenir a un nivel familiar.

##### **Sistema Terapéutico Total**

Para todo el sistema, el trabajo en terapia familiar constituyó una fuente rica en aprendizaje teórico y metodológico evidentemente, pero también constituyó un reto en cuanto a la dinámica generada entre el equipo terapéutico, las supervisoras y el terapeuta; en términos de aprender a trabajar en grupo, mostrar flexibilidad y tolerancia ante puntos de vista diferentes al propio, desarrollar una argumentación con bases epistemológicas, teóricas y metodológicas con respecto a la selección de las intervenciones terapéuticas; identificación, aceptación y manejo del temor, de la incomodidad, del desconcierto y del enojo que en un

momento dado pudiese surgir por la interacción continua entre los integrantes del sistema terapéutico total.

#### De la Supervisión.

El hecho de contar con super visiones sistémicas de los diferentes modelos teóricos, personas con una misma orientación pero diferentes en cuanto a personalidad, manejo teórico y experiencia, hicieron de cada una de las prácticas clínicas, experiencias únicas y diversas de aprendizaje sobre la Terapia Familiar.

Para las supervisoras constituyó también una fuente de aprendizaje el intercambio cognitivo y afectivo al trabajar conjuntamente en las supervisiones y en las clases, además de una experiencia enriquecedora, poniendo en práctica sus habilidades de adaptación, flexibilidad y compañerismo,

El resultado fue una ampliación del bagaje teórico, metodológico, experiencial y afectivo de los terapeutas familiares bajo entrenamiento y evidentemente ocurrió lo mismo del equipo terapéutico hacia las supervisoras, dado que cada terapeuta familiar en formación, poseía su propio acervo teórico, metodológico y de experiencias, requirió por parte de las supervisoras un trato diferencial, trayendo también para ellas una fuente de aprendizaje y coaprendizaje único y diferente por el contacto con cada uno de sus terapeutas.

#### Del Equipo Terapéutico.

Escuchar y tratar de comprender nueve visiones acerca de un mismo hecho fue una tarea que requirió aprender a desarrollar habilidades de aceptación, adaptación, comprensión, flexibilidad y compañerismo dentro de todo el sistema.

Por otro lado, reconocí que como parte del equipo terapéutico un integrante podía sentir o exhibir ciertas semejanzas con los aciertos y con los errores del terapeuta familiar que en ese momento trabajaba frente a la familia.

Experimenté de una manera vicaria lo que le estaba sucediendo al terapeuta familiar con una familia en particular; o bien lo que el terapeuta tal vez sentía al estar bajo supervisión. También como parte del equipo, compartí la responsabilidad por las interacciones sistémicas desarrolladas tanto al interior del equipo terapéutico total, de la familia y por las

decisiones tomadas en cuanto al modelo elegido, las estrategias de intervención, las tareas y los mensajes a la familia.

De la persona del terapeuta.

En esta práctica inicial se presentó el dilema del cambio, seguir apoyándome en los paradigmas conocidos o bien intentar explorar nuevos caminos. Luché entre dos fuerzas, la complacencia y la inseguridad, ¿cómo llevar a la práctica los conocimientos que aún no tenía bien asimilados? por ejemplo, sentí temor de no hacer lo adecuado en el momento preciso o de equivocarme en la manera de entender y transmitir los mensajes y las tareas elaboradas conjuntamente con las supervisoras y el equipo; todo esto al principio de mi formación. La solución llegó cuando me adapté, me flexibilicé, comprendí y por fin pude aprehender la visión sistémica, como una forma diferente de pensamiento, de trabajo terapéutico, de formulación de preguntas; experimenté también el cambio de la terapia con individuos, a la terapia con familias; más adelante el aprendizaje de otra nueva visión, la posmoderna, con todo lo que ella implicó.

Una última reflexión a mi parecer muy importante es la comprensión de la diferencia que hace la diferencia, que a mi parecer implica tratar de observar como en una coreografía lo filosófico, lo epistemológico, lo teórico, lo metodológico; lo histórico, lo cultural, lo social y lo personal; parafraseando a Minuchin cuando habla de que una vez que se aprendieron las técnicas hay que desecharlas, hay que evitar que nuestro marco en sentido general se petrifique e impida la flexibilidad necesaria para incluir otras visiones, otras concepciones, otras experiencias, finalmente recordemos nuestro papel de cocreadores de la “realidad” y que entre el observador y lo observado existe una influencia recíproca.

## Bibliografía

- Ackerman, N. (1961). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- Alcalá S. (1997). El niño Consentido. México, México: Planeta.
- Andersen, T. (1996). Reflections processes: Acts of onforming and forming. En: S. Friedman (Ed) The reflecting team in action: Collaborative practice in family therapy. New York, EE. UU. : Guilford Press.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Envolving ideas about the implications for theory and practice. Family Process, 27, 371-393.
- Aurón, F. (2000). La terapia familiar en México hoy. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Aurón, F. & Troya, E. (1988). La diferenciación de los constructos de terapeuta en la supervisión. Trabajo presentado en el 3er. Congreso Nacional de AMPAG, Querétaro Qro.
- Bandler, R. & Grinder, J. (1990). De sapos a príncipes. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Barudy, J. (1995). El dolor invisible de la infancia. Un enfoque sistémico. México, México: Paidós.
- Bateson, G. (1980). Mind and nature. A necessary unity. New York, EE. UU. : E. P. Dutton.
- Bateson, G. (1972). Steps to an ecology of mind: A revolutionary approach to man's understanding himself. New York, EE. UU. : Ballantine Books.
- Bertalanffy, L. Von (1976). Teoría General de los Sistemas. México, México: Fondo de Cultura Económica.

- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1989). Terapia familiar sistémica de Milán. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Bruner, J. (2002). Actos de significado. Madrid, España: Alianza editorial.
- Dabas, N. E. (1984). Citada por C. Rodríguez & Sod, A. (1996). La práctica de intervención en red al servicio de la educación. Trabajo recepcional. ILEF.
- De Shazer, S. (1989). Pautas de terapia familiar breve. Barcelona, España: Paidós.
- Diccionario Enciclopédico Grijalbo. (1995). México, México: Grijalbo, p. 841.
- Eguiluz, L. (2001). La Teoría sistémica. Alternativas para investigar el sistema familiar. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala y Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Elkaim, M. (1989). Las prácticas de terapia en red. Barcelona, España: Gedisa.
- Epston, D. (1994). Obras escogidas. Barcelona, España: Gedisa.
- Erickson, E. (1961). Infancia y sociedad. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- Erickson, M. (1977). "Hypnotic approaches to therapy", American Journal of Clinical Hypnosis, 20, 20-35.
- Estrada, L. (1997) Ciclo vital de la familia. México, México: Diana.
- Espinosa, R. (2001) Comunicación personal.
- Fish, R., Weakland, J. & Segal, D. (1982). Tácticas de cambio. Barcelona, España: Herder.

- Foerster, V. (1984). On constructing a reality. In: P. Watzlawick, The invented reality, New York, EE. UU. : Norton & Com.
- Forward, S. (1991). Padres que odian. México, México: Grijalbo.
- Foucault, M. (1990). Vigilar y castigar. Madrid, España: Siglo XXI:
- García, C. (1992). Los 10 errores más comunes en la educación de los hijos. México, México: Libra.
- Gergen, K. (1990). Realidades y relaciones. Barcelona, España: Paidós.
- Gergen, J. K. (1997). El yo saturado. Barcelona, España: Paidós.
- Glaserfeld, E. von (1989). Introducción al constructivismo radical. En: P. Watzlawick (comp.) La realidad inventada. Barcelona, España: Gedisa.
- Gracia, E. (2002). Las víctimas invisibles de la violencia familiar. México, México: Paidós.
- Haley, J. (1974). Terapia no Convencional. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- (1980). Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia eficaz. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1981). Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. México, México: Fondo de Cultura Económica.
- INEGI (1998). La familia mexicana. México.
- Jackson, D.D. (1957). "The question of family homeostasis". Psychiatric Quarterly, Suppl., 31, 79-90.

- Keeney, B. (1994). Estética del cambio. Barcelona, España: Paidós.
- Koestler, A. (1979). Janus: A summing up. New York, EE. UU. : Vintage Books.
- Lax, R. (1996). El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En: S. McNamee y K. J Gergen. La terapia como construcción social. Barcelona, España: Paidós.
- McNamee, S. & Gergen, K. J. (1996) La terapia como construcción social. Barcelona, España: Paidós.
- Madanes, C. (1984). Terapia familiar estratégica. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Maslow, A. (1979). El hombre autorrealizado. Barcelona, España: Kairós.
- Maruyama, M. (1963). "The Second Cybernetic: Deviation-amplifying mutual causal processes". American Scientist, 5, 164-179.
- Maturana H. & Varela F. (1985). El árbol del conocimiento: Las bases biológicas del entendimiento humano. Santiago de Chile: Universitaria.
- McNamee, S. & Gergen, J. K. (1992). La terapia como construcción social. Barcelona, España: Paidós.
- Mendiguchía, F. (1993). Problemas psicológicos de los hijos. Buenos Aires, Argentina: Palabra.
- Minuchin, S. (1974). Familias y terapia familiar. Barcelona, España: Gedisa.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1984). Técnicas de terapia familiar. México, México: Paidós.
- Murdock, G. (1949). Social structure. New Cork: McMillan.
- Navarro, J. (1992). Técnicas y programas en terapia familiar. Barcelona: Paidós.

- O'Hanlon, B. (2001). Ni estratégico, ni sistémico: después de tantos años aún perdura la confusión. En: B. Bertolino y Hill O'Hanlon (Comps.) Desarrollar posibilidades. Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve. Barcelona, España: Paidós.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1990). En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia. Barcelona, España: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. Barcelona, España: Herder.
- Papp, P. ;1988).El proceso de cambio. Barcelona, España: Paidós.
- Robles, R. (2000). Declaraciones al periódico Reforma. Agosto.
- Rosenberg, B. M. (1999). Comunicación no violenta. México, México: Grijalbo.
- Russell, B. (1951). Introduction to Ludwig Wittgenstein, Tractatus Logico-Philosophicus. New York, EE. UU.: Humanities Press.
- Selvini, P., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1988). Paradoja y contraparadoja: Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica. México, México: Paidós.
- Simon, F.B., Stierlin, H. & Wynne, L.C. (1984). Vocabulario de terapia familiar. Barcelona, España: Gedisa.
- Sluzki, E. C. (1985). "A minimal map of cybernetics". The family therapy network, 9, (1), 26.
- Spielberg, C. & Díaz Guerrero, R. (1975). IDARE Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. México, México: Manual Moderno.
- Stevenson, O. (1989). La atención al niño maltratado. Barcelona, España: Paidós.

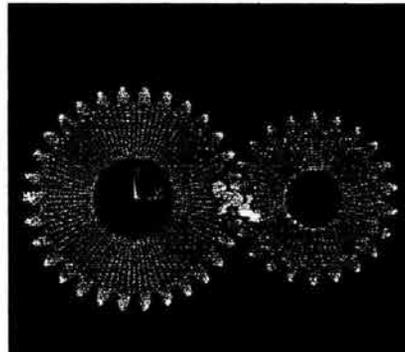
- Suárez, M. (2003). "Intervenciones terapéuticas con la familia en la FESI". Ponencia presentada en el XXII Coloquio de Investigación. UNAM- FESI. México
- Ulloa, O. P. (1997). Salud y seguridad social, controversias de la reforma. Revista del Senado de la República, 3 (9), 195-225.
- Umbarger, C. (1983). Terapia familiar estructural. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- UNAM-FESI (2001). Programa de residencia en terapia familiar. México.
- Van Sommers, P. (1978). Biología de la conducta. México, México: Limusa, p. 85.
- Watzlawick, P. (1992). La realidad inventada. Barcelona, España: Gedisa.
- Watzlawick, P., Beavin, B. J. & Jackson, D. D. (1989). Teoría de la comunicación humana. Barcelona, España: Herder.
- White, M. (1984). Pseudo-encopresis: From avalanche to victory, from vicius to virtuous cycles. Family Systems Medicine, 2 (2).
- White, M. (1986). Negative explanation, restraint and double description: A template for family therapy. Family Process, 25 (2).
- White, M. & Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- White, M. (1994). Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona, España: Gedisa.

# ANEXOS

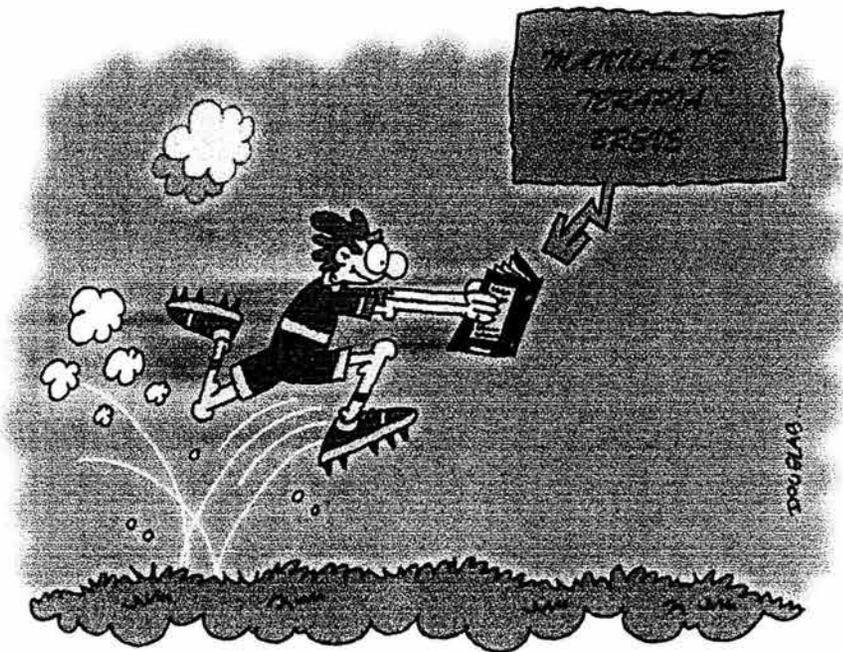
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR



*Manual Sobre Terapia Estructural*

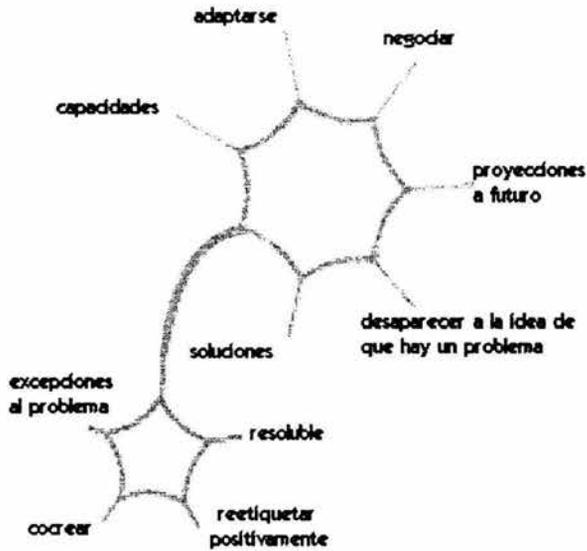


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR



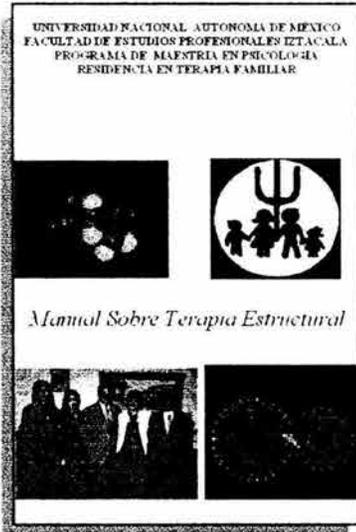
# ***Manual de Terapia Breve Centrado en Problemas***

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR



# ***Manual de Terapia Breve Centrada en Soluciones***

## EJEMPLO DE MANUALES



## PRODUCTOS TECNOLÓGICOS (COLECTIVOS)

TALLER DE COMUNICACIÓN NO  
VIOLENTA



TALLER DE COMUNICACIÓN NO  
VIOLENTA EN ADOLESCENTES



UN SIGLO DE HISTORIA EN LA  
TERAPIA SISTÉMICA Y CIBERNÉTICA



CICLO VITAL DE LA FAMILIA



VIDEO DE TÉCNICAS DE TERAPIA  
ESTRUCTURAL



VIDEO DE TÉCNICAS DE TERAPIA  
ESTRATÉGICA

