

01968



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

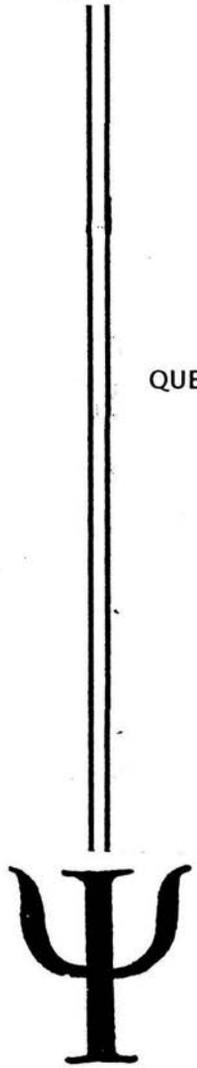
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA CON  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR  
P R E S E N T A:

MARIA DEL ROCIO GOITIA GONZALEZ

TUTOR: MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA  
REVISORA: DRA. JACQUELINE FORTES BESPROSVANI

Jurado

- Mtra. María del Rosario Espinosa Salcido
- Dra. Carmen Merino Gamiño
- Mtra. Luz María Rocha Jiménez
- Mtro. Jorge Molina Avilés
- Mtra. Blanca Barcelata Eguiarte



m. 348618



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.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## NO TE SALVES

No te quedes inmóvil  
al borde del camino  
no congeles el júbilo  
no quieras con desgana  
no te salves ahora  
ni nunca  
no te salves  
no te llenes de calma

no reserves del mundo  
sólo un rincón tranquilo  
no dejes caer los párpados  
pesados como juicios

no te quedes sin labios  
no te duermas sin sueño  
no te pienses sin sangre  
no te juzgues sin tiempo

pero si  
pese a todo  
no puedes evitarlo  
y congelas el júbilo  
y quieres con desgana

y te salvas ahora  
y te llenas de calma  
y reservas del mundo  
sólo un rincón tranquilo  
y dejas caer los párpados  
pesados como juicios  
y te secas sin labios  
y te duermes sin sueño  
y te piensas sin sangre  
y te juzgas sin tiempo  
y te quedas inmóvil  
al borde del camino  
y te salvas  
entonces  
no te quedes conmigo.

Mario Benedetti

A Mamá y Papá, gracias por estar siempre ahí.

Jaime, eres mi Angel de la Guarda.

A Toño, José, Juan Carlos,  
gracias por seguir creyendo en mí.

A ti, que siempre me acompañaste y por algún motivo  
nos perdimos en el camino, gracias.

A mis maestros, especialmente a Mary Blanca, Jorge y Arturo, porque me  
han enseñado a ser mejor profesionalista y mejor persona.

A mis pacientes, por compartir conmigo sus historias  
y dejarme entrar en sus vidas.

A Marisa, por cada uno de los días compartidos,  
por cada risa, cada lágrima y cada logro.

A mis amiguitas de siempre, Bertha y Hei,  
porque con nadie me río tanto.

Alfredo, Angélica, Mario, Mariana, Gerardo y Ángeles, gracias por darme  
una oportunidad abriendo su corazón para mí.

A la pasión que me acompaña cada día, por favor, no me dejes nunca.

## INDICE

### Capítulo I: Introducción y Justificación

1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar	6
1.1. La familia en México: sus características y problemáticas	6
1.2. Concepción de la familia desde la TFS y otras terapias posmodernas	10
2. Características de las sedes donde se realizó el trabajo Clínico	13
2.1. Descripción del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	13
2.2. Explicación del trabajo y secuencia de participación	14
Bibliografía	16

### Capítulo II: Marco Teórico

1. Análisis teórico-conceptual de los Fundamentos de la TFS y Posmoderna	17
2. Análisis de los principios teórico-metodológicos de los Modelos de Intervención de TFS y Posmoderna	27
2.1. Terapia Estructural	27
2.2. Terapia Estratégica	32
2.3. Escuela de Milán	37
2.4. Terapia Breve Orientada a Problemas (MRI)	42
2.5. Enfoque de Soluciones	49
2.6. Terapias Narrativas, Colaborativas y Equipos de Reflexión	55
Bibliografía	63

### Capítulo III: Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

1. Habilidades Clínico-Terapéuticas	65
1.1. Expedientes de trabajo clínico por familia	68
Caso 1: Familia TP	68
Caso 2: Familia V	75
Caso 3: Familia S	84
Caso 4: Familia M	89

2. Habilidades de Investigación	95
2.1. Reporte de Investigación sobre "Características de las familias en las que uno o más de sus miembros han sido sexualmente abusados durante la infancia"	95
3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento, Atención y Prevención Comunitaria	96
3.1. Elaboración de Productos Tecnológicos	97
3.2. Programas de Intervención Comunitaria	98
3.3. Cursos, Talleres y Conferencias recibidos	99
3.4. Cursos, talleres y conferencias impartidos	100
3.5. Actividades de docencia	101
4. Habilidades de compromiso y Ética profesional	101
4.1. Consideraciones éticas que surgen del trabajo clínico con familias.	101

<b>Capítulo IV: Consideraciones finales</b>
---

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	104
2. Implicaciones psicosociales en el Campo de Trabajo	107
3. Reflexión, análisis de la experiencia e implicaciones en la persona del Terapeuta	108
Anexos	111

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.  
 NOMBRE: María del Rocío  
García González  
 FECHA: 30 septiembre 05  
 FIRMA: [Firma]

## I. Introducción y Justificación

### 1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar

#### *1.1. La familia en México sus características y problemáticas.*

Hablar de México es hablar de muchos Méxicos. El México rural y el México Urbano, el México del Sur y el del Norte, el de las zonas marginadas y el México de las zonas privilegiadas, el de los ricos y el de los pobres. México es heterogéneo por excelencia. Y así como contamos con climas tropicales, boscosos y desérticos, con actividades que van desde el trabajo de campo y la maquila, hasta el desarrollo de tecnología de punta, con viviendas de adobe y palma hasta edificios tan altos que ocupan los primeros lugares del mundo, también existe gran variedad de individuos y familias, con distintas tradiciones y costumbres, lo que constituye modos de vida y formas de enfrentarse a los problemas de manera muy diferente. Por esto resulta difícil hablar de una cultura mexicana. Si hay algo que nos caracteriza es la heterogeneidad y la diversidad.

La heterogeneidad de la familia se organiza en cada momento con dominios atractores que, aunque diversos están relativamente unificados en configuraciones complejas: del mantenimiento relativo de estas configuraciones emergen sentimientos de identidad, estabilidad, pertenencia y continuidad/mismidad. Sin embargo, las diferencias, las coyunturas y singularidades temporales y contextuales se dan permanentemente, y pueden coexistir como líneas alternativas o contradictorias, como remanentes o anticipaciones de nuevas formas dominantes de organización familiar. (Fried, 1992)

La terapia se nutre precisamente de la exploración de esta multidimensionalidad de la experiencia que permite generar alternativas y perfilar nuevas interacciones, creencias y sentires. (Fried, 1992)

Las realidades familiares entonces son flexibles y diversas y su organización depende de múltiples variables: la zona geográfica y

cultural - norte, sur o centro-, su ubicación local - rural, urbana o semiurbana-, su nivel socio-económico de vida -nivel de subsistencia, pobreza, media y acomodada-, entre otras muchas variables.

Uno de los mayores problemas a los que se enfrenta el grueso de las familias mexicanas es la inmigración, principalmente de las zonas rurales a las urbanas y semiurbanas, y la emigración, de las áreas rurales a Norteamérica.

Entre los años 1995 y 2000 se registró un promedio anual de población emigrante a Estados Unidos de Norteamérica de 1, 500, 321 personas, de las cuales el 75% son hombres (INEGI, 2000), nueve de cada diez en edad de trabajar, lo que trae como consecuencia familias desestructuradas en las que la ausencia del padre y de los hermanos mayores es común.

Este desmembramiento de las familias trae consigo diferentes problemas en cuanto a la educación de los hijos. Debido a la irregularidad de la presencia del padre, la madre tiene que tomar el control de los hijos y encargarse de las labores del hogar e incluso realizar actividades económicamente redituables.

Es común encontrarse en el ámbito terapéutico con familias en las que existe una jerarquía totalmente invertida, familias con ausencia casi total de límites, familias en las que la madre se declara incompetente frente a la conducta de los hijos y familias donde o bien la madre se desentiende de sus hijos, a causa de la pérdida de su pareja, o los sobreprotege, asfixiándolos, evitando así su crecimiento e independencia.

La emigración, principalmente de las áreas rurales a las grandes ciudades, por su parte trae otra serie de problemas como las dificultades para ejercer control sobre los hijos, que se enfrentan a situaciones nuevas y deslumbrantes, la delincuencia y el pandillerismo, el alcoholismo y la drogadicción, la pérdida de identidad y el choque de culturas, el abandono escolar y la desestructuración de la familia a causa de nuevas parejas del padre o la madre, son algunas de sus consecuencias.

Otro de los problemas a los que se enfrentan las actuales familias mexicanas es el machismo. Aún cuando la mujer ha ido ganado terreno en el plano laboral, su actuación continúa constreñida al ámbito privado, mientras que el hombre tiene una vida "fuera", una vida pública que no suele compartir con su familia. El sacrificio y la renuncia de la mujer-madre se siguen considerando como valores, mientras que el hombre

continúa ejerciendo su poder y dominación a través de la violencia, del alcoholismo y del abandono del hogar, por lo que el encuentro en psicoterapia con familias con este tipo de problemática, es sumamente común.

La violencia intrafamiliar representa también uno de los mayores riesgos a los que están expuestas las familias, principalmente las mujeres y los menores. Según la *Encuesta Nacional sobre la dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003*, el 46.6% de la población mexicana ha sufrido al menos un incidente de violencia intrafamiliar en los últimos 12 meses.

En cuanto al maltrato infantil, las cifras también continúan incrementándose año con año, en lugar de ir disminuyendo. En el año 2001, se registró que el 27.5% de la población infantil sufría algún tipo de abuso, mientras que el año 2002 se incrementó hasta un 31.2%, igualmente las denuncias de abuso sexual infantil aumentaron de 4.1% a 4.7%, en los mismos años.

La separación y el divorcio han permeado cada vez en mayor número a las familias mexicanas. Según datos del INEGI el divorcio ha ido en aumento de manera considerable, y si en 1970 se registraban 3.2 divorcios por cada 100 matrimonios, esta cifra se ha triplicado hasta llegar a 9.8 divorcios por cada 100 matrimonios, en el año 2002.

Estas separaciones y divorcios traen como consecuencia la acentuación de la pobreza, el descontrol de los hijos y la adaptación a nuevos roles, la madre tiene que trabajar, los hijos mayores abandonar la escuela y los pequeños ocuparse de las actividades domésticas.

Hoy día, tan solo en el Distrito Federal, más de una cuarta parte de los hogares (25.8%), cuentan con una mujer como jefe de familia

No hay que olvidar que las familias mexicanas, al igual que el resto de las familias y los individuos se enfrentan a crisis de desarrollo: la constitución de una nueva familia, el nacimiento de los hijos, la muerte de los propios padres, la adolescencia y separación de los hijos, la vejez, entre otras.

Uno de los motivos de consulta más comunes es la reciente entrada a la adolescencia de los hijos, lo que pone a prueba la flexibilidad de la familia, sus reglas y valores y la solidez de la pareja. Según el censo 2000 hoy los jóvenes entre los 10 y los 19 años constituyen el 24% de la población. (INEGI, 2000)

Problemas que son referidos como “fallas en la comunicación”, “dificultades para comunicarme con mi pareja”, “mis padres no me escuchan”, son reveladoras de formas de comunicación encubierta e indirecta, donde el secreto familiar es una institución.

Las familias que conforman la República Mexicana también presentan variedades interesantes según la zona geográfica de la que provengan o en la que se encuentren residiendo. Mientras que las familias de la zona norte presentan un menor grado de mestizaje indígena y tienen una gran influencia norteamericana en su organización social y en el desarrollo de las actividades económicas, la ganadería y la maquila principalmente, e incluso su crecimiento poblacional es inferior; las familias de la zona centro, representan la zona de mayor mestizaje y de mayores contrastes y marcan el prototipo nacional de la familia mexicana. En esta zona se encuentra concentrado el mayor número de familias del país. Las familias de la zona sur, por su parte, tienen un gran predominio indígena, lo cual marca importantes contrastes con las otras zonas del país, que va de lo moderno a lo tradicional, con demandas y ritmos de vida dramáticamente distintos a las otras zonas. (Moctezuma, 1995)

También marca una gran diferencia la ubicación rural o urbana. Las familias del área rural, tienen una mayor vinculación entre los miembros, suelen ser más extensas, se comparten las responsabilidades entre generaciones y suelen convivir dos o más familias en un mismo espacio, el cuidado de los hijos es compartido entre distintas figuras y se mantiene el sentido comunitario y de pertenencia al pueblo. Se conserva una tradición religiosa importante, promoviéndose fiestas y ceremonias frecuentes. Este tipo de familias cuenta con redes de apoyo más extensas, mismas que resultan indispensable para el desempeño de los roles dentro de la familia y la sociedad.

Las familias en el área urbana que representan el 74.6% de la población total, en cambio, presentan una dinámica un tanto individualista, más egoísta y orientada al consumo. El modelo familiar es nuclear, aunque en ocasiones debido a la pobreza, conviven varios de estos núcleos, generalmente inmigrantes, en una situación de hacinamiento. (Moctezuma, 1995)

Otro de los factores que es importante considerar es el nivel socioeconómico, lo que también marca diferencias altamente significativas.

Según datos del INEGI, en el año 2000 existían 21, 513.2 viviendas particulares habitadas, con un promedio de ocupantes por vivienda de 4.4, sin embargo, solo el 9.3% de dichas viviendas cuentan con una

computadora. Según los datos más recientes que ofrece el Banco Mundial el 17.6% de la población se encuentra en la línea de pobreza y entre el 4 y el 9% viven con menos de un dólar al día. (Banco Mundial, 2005)

La pobreza y las condiciones económicas tan precarias, hacen que la Terapia Familiar tome un lugar diferente, no podemos dejar a un lado esta situación al sentarnos frente a una familia, al escucharla y al hacer una prescripción o una tarea. La pobreza trae consigo otras dificultades que tenemos que considerar: el hambre, la falta de oportunidades, el hacinamiento, la violencia y la lucha por la supervivencia.

Es así como podemos ver, que la problemática con la que se enfrenta un Terapeuta Familiar es muy variada, por lo que resulta de gran importancia que el terapeuta conozca el contexto que enmarca la problemática de la familia a fin de que pueda planear intervenciones que la familia pueda incorporar a su sistema de creencias y, que al mismo tiempo, promuevan un cambio en la dinámica de la misma.

### *1.2. Concepción de la familia desde la TFS y otras terapias posmodernas.*

Según Sánchez y Gutiérrez (2000), los principios básicos de la teoría de los sistemas en la terapia familiar son:

1. Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente independientes. El total o el sistema están interactuando por las cualidades individuales de las suma de "n" elementos y esta organización interactúa, se forma y se rige por la predicción y consistencia de cada uno de éstos; el comportamiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema.
2. La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas. Dentro de cualquier sistema familiar existen jerarquías, éstas delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades, los que generalmente están determinados por las generaciones, la edad, el género y la función. Los límites serán los que delimiten las jerarquías y su funcionalidad.
3. Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales; esto es, la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de A es consecuencia e influye en el comportamiento de B, C, D, etc. Por tanto, en

terapia familiar se deberá observar el comportamiento de A, B, C, D para determinar el patrón contextual no solo de A sino de todo el sistema familiar.

4. Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis. La tendencia central principal de un sistema es mantener el equilibrio, pero los sistemas y las familias rompen su equilibrio no necesariamente por la destrucción o la entropía, sino que también estos cambios pueden darse por el principio de crecimiento o morfogénesis. Por tanto, los sistemas abiertos como son las familias, se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente.
5. La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos. Entre los sistemas vivos abiertos, la familia es uno de los más dinámicos, ya que todos y cada uno de los subsistemas interactúan ante un mundo lleno de estímulos y cambios continuos.

Estos principios básicos de la TFS han ido evolucionando desde su origen y se han enriquecido con aportes de las investigaciones sobre posmodernidad, constructivismo y construccionismo social, lo que ha llevado a investigar otros aspectos de las relaciones familiares, ampliando así nuevos dominios a los modelos sistémicos, en algunos casos con un fuerte énfasis en los aspectos lingüísticos, la narrativa y el diálogo.

La postura epistemológica constructivista privilegia la operación de construcción (restringida por su estructura) que el sujeto hace de lo que será su "universo". Se ha introducido también el concepto de Paradigma Familiar, entendiendo como tal el sistema de premisas compartidas que una familia emplea para dar cuenta del mundo, coordinar y predecir las acciones de sus miembros. El concepto de paradigma privilegia la operación activa de construcción, que la familia y cada uno de sus miembros hacen de lo que será su realidad, sus creencias y sus prácticas al mismo tiempo que emergen como sujetos de este construir. En este sentido, la construcción de la realidad familiar, la práctica social, el sentir y la identidad forman parte de un mismo proceso recursivo. (Fried, 1992)

Las formas de hacer psicoterapia han ido cambiando en relación con la forma de concebir y explicar el mundo, incluyendo al ser humano. En nuestro afán de ser científicos y describir claramente nuestro objeto de estudio, nos convertimos en experimentalistas y nos apegamos al empirismo; al "descubrir" el inconsciente intentamos acercarnos a él, a través de técnicas que rompieran las resistencias del paciente y permitieran la asociación libre, con lo que aparecían también las

motivaciones reales del individuo y nos llamamos psicoanalistas; después pensamos al sujeto como un ser esencialmente emocional y nos declaramos humanistas; pensamos al ser humano como sujeto a ideas irracionales y nos nombramos racionales-emotivos. Así, podría citar un sinnúmero de modelos cuya concepción del ser humano ha sido diferente, y todos ellos definidos por el lenguaje y su contexto social. Siendo cada uno de estos modelos reconocidos o abandonados con base en su inteligibilidad dentro de la comunidad en la que se desarrollaron.

Incluso hay también terapias de primer y tercer mundo, terapias para ricos y para pobres, terapias cortas y largas, terapias feministas, terapias enfocadas al problema o a las soluciones; todas ellas con una concepción diferente del ser humano.

El construccionismo social nos ha hecho repensar seriamente la psicoterapia y todo lo que ella implica.

El construccionismo social conforma, según Gergen (1993) "...un desafío significativo a la comprensión convencional tanto como una orientación al conocimiento, así como carácter de los constructos psicológicos". (pp. 9) Este plantea una forma diferente de acercarse, conocer y explicar el mundo que nos rodea, así como a nosotros mismos.

Dentro de la psicoterapia familiar sistémica existe un rico espectro de teorías y modelos que consideran la importancia de las palabras y la forma de preguntar, la situación actual del paciente y su contexto social. Todas ellas han dado cuenta, cada vez más, de las distintas realidades, de la construcción social de los problemas y de las diferentes formas de abordar las dificultades.

Dentro de esta gama, existen terapias más o menos normativas, más respetuosas e incluso más optimistas. Hay modelos centrados en los problemas y otros en las soluciones intentadas, algunas consideran al paciente como el experto mientras que otras colocan al terapeuta como la figura principal, algunas hablan de problemas, otras de narrativas y de historias dominantes, algunas son más bien directivas mientras que a otras se las tacha de "lights" o demasiado flexibles.

Creo que la aplicación del construccionismo social a la psicoterapia también se presenta como una rica gama de posibilidades.

El construccionismo social representa para mí como terapeuta familiar, una mirada diferente, donde el respeto, la humildad y la búsqueda de posibilidades toman un mayor sentido. Me es útil cuando establezco un contrato terapéutico, cuando escucho y cuando pregunto, cuando un

prejuicio está nublando mi quehacer como terapeuta y cuando las personas que me consultan se sienten atrapadas en sus propias historias. Me es útil también cuando empiezo a creer que sé más que el paciente y cuando me siento frustrada cuando una sesión no sale como yo lo hubiera querido, cuando un cliente se recupera "mágicamente", mientras que a otro no le hacen ningún sentido mis palabras y cuando otro no es capaz de mirar sus recursos.

## 2. Características de la sede donde se realiza el trabajo clínico

### *2.1 Descripción del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila".*

El escenario clínico principal en el que se realizaron las prácticas de la residencia en terapia familiar es la Clínica de la Facultad de Psicología Guillermo Dávila. Este escenario depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social; quien a su vez, está encargada de desarrollar acciones relacionadas con la docencia, la investigación y servicios.

De esta coordinación dependen los siguientes centros: centros comunitarios "*Julián McGregor y Sánchez Navarro*", Investigación y Servicios de Educación Especial (CISEE) y el Centro de Servicios Psicológicos "*Dr. Guillermo Dávila*". Asimismo esta coordinación impulsa los programas de Sexualidad Humana y el de Conductas Adictivas.

Se atiende a una gran cantidad de usuarios con las siguientes características:

- Externos : canalizados por otros centros de atención o que acuden por la gran difusión que existe del servicio, principalmente en medios de comunicación.
- Trabajadores, docentes y estudiantes de la UNAM.

La clínica ofrece servicio en las siguientes áreas de atención psicológica: terapia grupal, terapia de pareja, terapia de familia, terapia individual, terapia infantil y atención a sobrevivientes de agresiones sexuales.

Las instalaciones con las que se cuenta son: cuatro cubículos con cámara de Gesell y sistema de circuito cerrado y video grabación, seis cubículos para trabajo individual y tres cubículos de retroalimentación biológica.

## *2.2 Explicación del trabajo y secuencias de participación*

Dentro del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" se llevó un trabajo altamente sistematizado y con un gran énfasis en la calidad y la ética en el servicio.

A fin de llevar un adecuado control y registro de las familias atendidas, éstas llenan previamente una solicitud del servicio en donde se especifican algunos datos generales del paciente o familia y de la problemática que se presenta.

Este primer cuestionario permite tener una idea más clara del contexto de la familia y sus antecedentes y da algunos elementos para formular una primera hipótesis acerca de la problemática familiar. Tener un primer acercamiento de este tipo, permite llegar con algunas ideas a la primera sesión y empezar a realizar preguntas con un rumbo previamente escogido. La primera sesión nos permitirá aceptar o rechazar esta primera hipótesis y, en su caso, continuar trabajando en la misma dirección o tomar un rumbo distinto.

Las familias suelen asistir cada 15 días, sin un límite de sesiones, aunque se tiene programado máximo un semestre para dar de alta a la familia. El encuadre es estructurado en cuanto al día, la hora, las fechas de suspensión y la atención personalizada del terapeuta asignado, contando con la asesoría de un supervisor y un equipo terapéutico; sin embargo es bastante flexible en cuanto a cancelaciones y pago de honorarios ya que, como se comentó anteriormente, se da atención a un gran número de familias de escasos recursos, que en ocasiones vienen de lugares lejanos e incluso del interior de la República.

La forma de trabajo es en una Cámara de Gesell, con equipo de audio y video, anteriormente aceptado por escrito por la familia. En todas las sesiones se cuenta con un Terapeuta responsable, un supervisor y un Equipo Terapéutico, todos ellos detrás del espejo, comúnmente se utiliza un interfón mediante el que pueden comunicarse terapeuta y equipo de supervisión.

Sin excepción alguna, en la primera sesión se informa a la familia de la forma de trabajo del Centro, se explica claramente el encuadre, se aclara la confidencialidad de la información y la exclusividad de las cintas de video para fines de revisión, se hace explícita la función del equipo detrás del espejo y se aclara la cuestión de los honorarios, tomando en consideración la condición económica del cliente.

Cada sesión, es responsabilidad del terapeuta plasmar las notas necesarias en el expediente de la familia, informar a la misma de la próxima cita y hacer el contacto vía telefónica en caso necesario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Banco Mundial (2005) /[www.presidencia.gob.mx/buenasnoticias/](http://www.presidencia.gob.mx/buenasnoticias/)
2. Fried, D. (1992). *Familias: Sistemas Multidimensionales* en Psicoterapia y Familia 1992 Vol 5 No. 2
3. Gergen, K. (1993). *El movimiento del construccionismo social en la psicología moderna* en Sistemas Familiares. Agosto 1993.
4. INEGI (2000). [www.inegi.gob.mx/](http://www.inegi.gob.mx/)
5. Moctezuma, M. (1995). *La familia en México: patrones dominantes*. En Cuadernos de Terapia Familiar. Centro de Diagnóstico y Terapia Familiar.

## II. Marco Teórico

### 1. Análisis teórico-conceptual de los fundamentos de la TFS y Posmoderna

El movimiento de la Terapia Familiar se inicia en la década de 1930, primero en Alemania, con Hirschfield, y poco tiempo después en Estados Unidos, con Popenoe. Esta forma de hacer psicoterapia se fue extendiendo de manera importante, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, ya que se requería dar atención a las familias afectadas por la depresión económica secuela de la Guerra, por lo que se empezaron a formar orientadores familiares voluntarios a fin de dar atención a mayor número de personas.

En 1950 empieza a utilizarse la observación en vivo de familias y comienzan los clínicos a interesarse por la terapia familiar, aunque el movimiento psicoanalítico, imperante en ese entonces, "prohibía" ver a más de un miembro de la familia a la vez. (Hoffman, 1987).

La introducción del espejo unidireccional en la investigación de familias, da un giro central en la concepción de la familia como objeto de estudio. Al ver de una manera distinta pudimos también pensar de una manera distinta, lo que desencadena el abandono del pensamiento lineal. La esquizofrenia vista con una causalidad lineal ahora se ve como una serie de manifestaciones ordenadas, que tienen sentido en las familias o en otros marcos social donde surgen. (Hoffman, 1987).

Poder observar de esta manera influye tanto en el proceso de evaluación como en el de terapia, pues por un lado se adopta una nueva y mejor manera de organizar el cambio de sistemas y, por otro se abandona el concepto del terapeuta como agente libre que actuaba sobre un sujeto libre, el cliente o la familia. Se introduce entonces el concepto de circularidad desde el que concibe a la familia como un sistema en el que el terapeuta deja de ser quien causa un efecto sobre el paciente o la familia a través de su personalidad, para convertirse en una gente activo que forma parte de un sistema junto con la familia y otros factores, donde cada acción y cada reacción cambia continuamente la naturaleza del campo. Así mismo, el comportamiento de la persona afligida se considera solo como una parte de una danza recurrente.

“La familia es un sistema que trasciende los límites de la persona aislada, y sin embargo es lo bastante pequeña y claramente limitada que sirve como unidad de investigación. En la familia una vez que dejamos al individuo y observamos a la familia como entidad sistemática que reside en campos cada vez más grandes, empezamos a ver claras redundancias y distintas pautas”. ( Hoffman, 1987 p. 21 )

En el desarrollo de la terapia familia sistémica podemos encontrar dos generaciones distintas de pensamiento:

*Don Jackson y el grupo de Palo Alto*, quienes hacen un énfasis en las cualidades de los comportamientos sintomáticos en las familias.

*Paul Dell y el grupo de Texas*, influenciados por Ilya Prigogine (físico) y Maturana (biólogo), desarrollaron un modelo evolutivo, más que homeostático. Considerando a las familias como un sistema vivo, como entidades en evolución y no en equilibrio, capaces de transformaciones súbitas.

Algunos iniciadores de la terapia familiar son: Nathan Ackerman, Murray Bowen, Lyman C. Wynne, Margaret Singer, Theodore Lidz, Carl Whitaker, Salvador Minuchin, E.H. Auerswald, Ivan Boszormenyi-Nagy, James Framo, Gerald Zuck, Israel Zwerling, Stephen Fleck, Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, Frederick Duhl, John Bell y Virginia Satir, entre otros.

La mayoría se concentraron en las propiedades de la familia como sistema. Entendiéndose como sistema el orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas. (Von Bertalanffy, 1968). De esta manera también se empezó a pensar en la función del síntoma como parte del equilibrio de la familia.

Este cambio está unido a avances de la física, la biología, las matemáticas y las ciencias cognoscitivas que han surgido de la tecnología de las computadoras.

El enfoque de la familia vista como un sistema se basa en las teorías y conceptos de cuatro principios teóricos que poco tenían que ver con el campo de la psicoterapia:

1. La teoría de los Sistemas, propuesta por Ludwig Von Bertalanffy, en 1947.
2. La teoría cibernética, propuesta por Norbert Wiener, en 1948.
3. La teoría de la Comunicación, propuesta por Claude Shannon, en 1949

#### 4. Las ideas de Gregory Bateson y la nueva teoría de la Comunicación, década de los 50's

##### *1. La teoría de los Sistemas*

Aunque ya desde los años veinte Wertheimer y Köhler hablaban de la percepción del hombre como totalidades organizadas y Lewin inicia investigaciones sobre la Teoría de Campo, la Teoría General de Sistemas (TGS), surge alrededor de 1947 con Ludwig Von Bertalanffy.

Esta teoría trata sobre las totalidades y sobre las interacciones internas y externas de las totalidades con su medio. Esto da lugar a una explicación de los fenómenos que ocurren en la realidad, así como la predicción del comportamiento futuro de esa realidad. La TGS se opone a los postulados epistemológicos de otras teorías menos abarcativas, donde la realidad ha sido dividida y sus partes explicadas por diferentes ciencias. (Eguiluz, 2001).

Dentro de esta Teoría se explican los sistemas abiertos y cerrados. Al referirse a los sistemas biológicos abiertos Bertalanffy (1995) explica que "Todo organismo viviente es ante todo un sistema abierto. Se mantiene en continua incorporación y eliminación de materia, constituyendo y demoliendo componentes,... sin alcanzar un estado de equilibrio químico y termodinámico, sino manteniéndose en un estado llamado uniforme" (p. 39), mientras que un sistema cerrado es aquel que se encuentra aislado del medio circundante.

Bertalanffy (1995) se refiere a la homeostasis en los sistemas como procesos por los cuales se mantiene constante la situación material y energética del organismo. Jackson, en 1957, fue el primero en aplicar el concepto de homeostasis a los sistemas familiares, para describir mecanismos patológicos, caracterizados por una excesiva rigidez y un potencial limitado de desarrollo. (Eguiluz, 2001) La familia como "un sistema de información cerrado en que las variaciones del producto o el comportamiento son alimentadas para corregir la respuesta del sistema" (Jackson 1957, citado por Hoffman, 1987 p. 28). Propone el término "escapada" para designar cualquier proceso amplificador de retroalimentación que se intensificara rápidamente, conduciendo a una descomposición, a alguna amplificación o a algún resultado violento. En familias estáticas se promueve la "escapada", mediante la prescripción del síntoma, rompiendo así el equilibrio.

## *2. La Teoría Cibernética*

Se atribuye a Norbert Wiener (1894- 1964), alrededor de 1948. Los propósitos de dicha teoría eran desarrollar tanto un lenguaje propio para las máquinas, como las técnicas específicas que permitieran al hombre, no solo encarar los problemas más generales de la comunicación y regulación, sino además establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones particulares por conceptos.

Uno de los objetivos de esta nueva ciencia era ofrecer un vocabulario único y un único conjunto de conceptos adecuados para representar los más diversos tipos de sistemas, de esta manera la cibernética revela una serie de paralelismos entre la máquina, el cerebro y la sociedad, proporcionando a la vez un lenguaje común por cuyo intermedio los descubrimientos de una rama científica pueden ser empleados en otra rama con gran fluidez y simplicidad. (Eguiluz, 2001)

## *3. La teoría de la Información*

Claude Shannon, en 1949 propone un esquema para explicar la comunicación como una cadena de elementos, donde uno da razón del siguiente de forma causal y mecánica. Este modelo explicativo, fue sumamente popular en los años cincuenta y tiene su raíz en la telefonía.

Esta teoría matemática de la comunicación a pesar de sus limitaciones, tuvo una profunda penetración en disciplinas como la psicología, la sociología, la lingüística, etc., por lo que se consideró "el" modelo de la comunicación y aunque ha sufrido grandes modificaciones y críticas se han conservado los dos elementos básicos: un emisor y un receptor.

## *4. La Nueva Teoría de la Comunicación Humana*

Los investigadores interesados por este nuevo enfoque en el estudio de la comunicación, proviene de diversos campos: de la epistemología y la antropología, Gregory Bateson; de la antropología Ray Birdwhistell y Edward Hall, de la sociología Erving Goffman, de la psiquiatría y el psicoanálisis Don Jackson y Paul Watzlawick.

Se considera que fue Gregory Bateson (1904-1980) quien junto con el grupo de Palo Alto, California, conformado en sus inicios por John

Weakland, Ingeniero Químico; Jay Haley, pasante de comunicación social; William Fry, psiquiatra y Don Jackson, Psiquiatra y psicoanalista, incorporado dos años después. Dan vida a la nueva teoría de la comunicación humana. En 1956 publican su hipótesis de la doble atadura o doble vínculo, pero a finales de los años 50 Bateson se separa del grupo y continúa sus investigaciones con animales, mientras que Don Jackson funda el *Mental Research Institute*, (MRI)

Gregory Bateson fue también el primero en introducir la idea de que una familia puede ser análoga a un sistema homeostático o cibernético.

### *Constructivismo y Construccinismo Social*

En las últimas dos décadas, las metáforas de la visión sistémico-cibernético han ido cambiando sobre todo por la aceptación de una epistemología construccionista social. Sus puntos centrales son: el cuestionamiento de los modelos deterministas -lineales, una búsqueda de relaciones entre las partes, la aceptación de la recursividad, la organización y la complejidad en las relaciones (Molina, 2001).

Tanto el constructivismo como el construccionismo social se encuentran enmarcados en un tipo de pensamiento posmoderno. El posmodernismo cuestiona la verdad única en la búsqueda y la posición social, a través del cuestionamiento de los textos; cuestiona la realidad ya establecida. Postula la narrativa en contra del discurso; es el divorcio de lo estructural, e intenta acabar con la premisa del discurso del texto. Es la muerte de la hegemonía de lo escrito y de la objetividad. El discurso posmodernista parte de dos campos filosóficos, del ruseiano (con autores como Barthes, Lacan y Derrida), y del modernista (con Foucault, Lyotard y Deleuze, cuya inspiración es Nietzsche). (Sánchez y Gutierrez, 2000). Las terapias posmodernas en general, implican nuevos caminos de conversar, de hacer preguntas, nuevos modos de arranque terapéutico en función de metáforas, metonimia y formas narrativas que giran en torno a la co-construcción y proceso social.

Es a partir de los principios de los ochentas, cuando un nuevo movimiento conocido como Constructivismo se expande entre los terapeutas familiares, iniciado por las ideas de Ernest Von Glasersfeld, Hein Von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela. Años más tarde surge el Construccinismo Social como una forma de ataque al Constructivismo.

El constructivismo plantea, según el trabajo de Maturana y Varela que la percepción visual nace en la intersección de aquello que se ofrece a nosotros y de nuestro propio sistema nervioso, demostrando que lo que nosotros 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 Maturana, igual que para Varela, el lenguaje no lo inventa un sujeto que quiere aprehender el mundo externo; los seres humanos son por sí mismos seres lenguajeros fundamentalmente indisociables de la rama de acoplamientos estructurales que teje el lenguaje (Maturana, 1987 citado por Elkaim, 1996).

Por su parte Von Foerster insiste sobre la relación entre el sistema observador y el sistema observado y ha mostrado como estos dos sistemas son inseparables.. (Elkaim, 1996)

El constructivismo de hoy, sostiene que aquello que percibimos como "la realidad" no es más que una invención, no es algo independiente que tenemos que descubrir. El constructivismo es una teoría del conocimiento, es decir, una epistemología que plantea que el conocimiento no refleja "una realidad objetiva" sino exclusivamente el ordenamiento y organización de un mundo construido por nuestra experiencia (Fernández, 1990).

En la terapia familiar, el constructivismo nos permite acceder y conciliar las múltiples construcciones de la realidad, como un trabajo de continua reorientación en los procesos de comunicación. Esta forma de mirar al otro nos permite también "ponernos en sus zapatos".(Herrero, 1996)

Este tipo de pensamiento constructivista ha encaminado a los terapeutas familiares a descubrir que la construcción mutua de lo real cuenta más en psicoterapia, que la búsqueda de la verdad o la realidad. Lo que ha su vez ha dado un giro en la concepción que se tenía del terapeuta, como el único responsable del cambio en psicoterapia y ha recuperado la importancia de la autonomía individual y la responsabilidad personal. (Elkaim, 1996).

"El aporte terapéutico del constructivismo, tanto en su base epistemológica como en los criterios técnicos de intervención terapéutica, permiten que en el proceso terapéutico el individuo sea

susceptible de reconocer la percepción del otro como válida y permite al terapeuta recorrer esos caminos junto con el paciente, posibilitando así el reencuadre de la realidad" (Herrero, 1996 p.32)

El construccionismo social, nace como una reacción al constructivismo, años más tarde. Para Gergen (1996), el constructivismo continúa ligado a la tradición occidental del individualismo, puesto que describe la construcción del saber a partir del proceso intrínseco del individuo, mientras que el construccionismo social intenta, por el contrario, ligar las fuentes de la acción humana a las relaciones sociales. Así, la construcción del mundo no se sitúa en el interior de la mente del observador, sino más bien en el interior de las diferentes formas de relación.

El construccionismo social, junto con el constructivismo y la fenomenología constituye, aunque con bases diferentes, un desafío crítico al dualismo sujeto-objeto sobre el que se basa la concepción tradicional del terapeuta-científico. Al igual que los terapeutas familiares y los psicólogos sociales y cibernéticos el construccionismo se ocupa más de las redes de relación que de los individuos, y cuestiona la posición de superioridad del terapeuta.

Esta nueva tendencia dentro de la terapia familiar surgida a finales de la década de los ochentas, está representada por algunos grupos de terapeutas, en Estados Unidos y en otros países; sobre todo por el Grupo de Galveston (Anderson y Goolishian, 1988) el grupo Tromsø (Andersen, 1987) y el Grupo Brattleboro (Lax y Lussardi, 1989), aunque sus ideas tiene cada vez más partidarios. Para los Terapeutas Familiares que han abandonado las filas de la cibernética para pasarse a las de la hermenéutica, "...la curva de retroalimentación de los sistemas cibernéticos es reemplazada por la curva intersubjetiva del diálogo. Así la metáfora central para la terapia se desplaza a la conversación, reforzada por el hecho de que el medio básico para la terapia es también la conversación" (Hoffman, 1992 pp. 25-26).

A diferencia del constructivismo, que promueve una imagen del sistema nervioso como una máquina cerrada, donde las percepciones y los constructos toman forma a medida que el organismo se golpea contra su entorno, los teóricos de la construcción social creen que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Sostiene que todo conocimiento

evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del “mundo común y corriente”, y es solo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior. (Hoffman, 1992).

El construccionismo social nos ha hecho repensar seriamente la psicoterapia y todo lo que ella implica.

El construccionismo social conforma, según Gergen (1993) “...un desafío significativo a la comprensión convencional tanto como una orientación al conocimiento, así como carácter de los constructos psicológicos” (pp. 9). Este plantea una forma diferente de acercarse, conocer y explicar el mundo que nos rodea, así como a nosotros mismos.

El construccionismo constituye un desafío crítico al dualismo sujeto-objeto sobre el que se basa la concepción tradicional del terapeuta como experto y se apega a la idea de que todo conocimiento evoluciona en el espacio entre las personas. La psicoterapia es concebida entonces como un espacio donde es solo a través de la permanente conversación con el otro que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior. Se ocupa de las redes de relación de los individuos.

La psicoterapia, concebida desde el construccionismo social, se opone a la idea *modernista* de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva y se postula entonces que existe una construcción social del yo en vez de adscribirlo a un tipo de realidad interna irreductible, representada por expresiones como “cognición” y “emociones”.

Se opone también entonces a los conceptos de normalidad, patología y cura; el diagnóstico pierde sentido, ya que se apega a la idea de que no existen pautas universales por medio de las cuales los seres humanos pueden medir su funcionamiento; por lo tanto, no existe un desarrollo normal o etapas de desarrollo que marquen la adecuación-inadecuación de los individuos.

El cambio es entendido entonces como una construcción-deconstrucción dentro del espacio terapéutico en el que el lenguaje tiene el papel principal.

## *La construcción social y la práctica terapéutica*

Según Gergen (1999) el diálogo construccionista promueve cuatro transiciones importantes en la posición y en los objetivos terapéuticos: *flexibilidad*, relacionada con el abandono de la búsqueda de fundamentos y puntos de vista únicos y singulares y en su lugar, se invita al terapeuta a enriquecerse con la inteligibilidad terapéutica, a hacer uso de todo lo que le sirva de su contexto inmediato. Bajo éstos términos, no existe un solo “método construccionista social” de terapia; *conciencia de construcción*, en oposición al concepto de verdad, de “problemas reales” y “estructuras determinadas”, se plantea considerar solo indicadores de una forma distinta de construir el mundo; *colaboración*, que propone una asociación colaborativa con el cliente, donde el terapeuta es “alguien que no sabe”, en contraste a la posición tradicional de autoridad; y *relevancia de los valores*, que en lugar de abogar por la neutralidad, pretende hacer de la psicoterapia un lugar donde hay un compromiso ético y social, promoviendo un diálogo transformador entre clientes y terapeutas.

## *La práctica de la terapia como construcción social*

Gergen (1999) sugiere que las diferentes vertientes que ha tomado la Terapia desde una visión Construccionista pueden conjugarse en las siguientes dimensiones de cambio:

### *1. El cambio de la mente al discurso*

La terapia tradicional se concentra en los estados mentales del individuo, por el contrario en los diálogos emergentes sobre la construcción social del conocimiento se ha dado un cambio, donde el significado que “cada uno tiene dentro de su cabeza” se ha convertido en el significado “entre personas”. El paso hacia el discurso le ha abierto la puerta a muchas innovaciones terapéuticas, especialmente las relacionadas con la narrativa, que consiste esencialmente en construir el self y el mundo a través de historias.

Este movimiento privilegia la forma en que el self y el mundo se construyeron a través del lenguaje y lo que estas construcciones implican con respecto al bienestar del cliente. El consenso establece que los sucesos vitales no determinan nuestra forma de conocer, sino que más bien son las convenciones lingüísticas las que determinan lo que cuenta en la vida y cómo se le debe evaluar.

Entre sus principales exponentes se encuentran: Michael White, David Epston y William O'Hanlon.

### *II. Del self a la relación*

La idea de privilegiar el estado mental proviene del postulado modernista que percibe al individuo como átomo. La mayoría de las prácticas terapéuticas del siglo XX han aislado al individuo para curarlo; y sus relaciones con los demás se deducen a través de lo que en privado dice de ellas. La transición construccionista de la mente al discurso le han dado un lugar central a la relación, por oposición a la mente individual. Dentro de este rubro se ubican algunas terapias que se centran más en la relación del individuo con su contexto social, incluyendo instituciones de poder y tradiciones culturales de opresión.

### *III. De la singularidad a la Polivocalidad:*

El construccionismo pone en tela de juicio los conceptos de lo singular y lo unificado, como una sola verdad. Acepta que existen diferentes construcciones de lo real- cada una válida dentro de su propia comunidad- lo que le quita vigencia al concepto de "una verdad única y coherente", pues es simplista y potencialmente opresora. Estas terapias buscan que el cliente perciba diferentes visiones de su realidad.

Los equipos de reflexión, propuestos por Tom Andersen (1997) se ubican en esta dimensión.

### *IV. De los problemas a la potencialidad futura*

La terapia tradicional se basa en el modelo médico, donde los problemas de los pacientes se definen como patologías, dificultades de adaptación, relaciones disfuncionales y demás. La tarea del terapeuta radica en eliminar el problema, curarlo, utilizando entonces un diagnóstico. El pensamiento construccionista en cambio, postula que el problema es tan solo un símbolo lingüístico que puede o no ser utilizado para describir una situación puesto que los "problemas del mundo" no determinan nuestra forma de hablar sino las convenciones lingüísticas.

En este rubro entran las terapias narrativas y las terapias centradas en las soluciones.

### *V. Del Insight a la acción*

La terapia tradicional privilegia los déficits psicológicos del individuo, percibiendo a la psique humana como el lugar donde se da el cambio. El enfoque construccionista postula que el proceso de generar significados

es continuo, y que con frecuencia su forma y contenido cambian de una relación a otra.

En esta dimensión conceptual se ubican las terapias sociales.

## 2. Análisis de los principios teórico-metodológicos de los Modelos de Intervención de TFS y Posmoderna.

A continuación se presenta una recopilación de las principales escuelas revisadas durante la formación en la residencia. Entre los modelos revisados se incluyen los que forman parte de la teoría sistémica y aquellos que pueden ubicarse en los enfoques posmodernos. Esta revisión, aunque no pretende ser exhaustiva, busca dar una idea clara de los principios de cada uno de los modelos, así como de sus principales expositores, las metas que pretende alcanzar y las estrategias que se aplican para alcanzar los objetivos del cliente. Además, se finaliza con un cuadro comparativo en donde se pueden conceptualizar más claramente las diferencias y las similitudes entre ellos.

### 2.1 Terapia Estructural

*Principales Exponentes:*

Salvador Minuchin, Braulio Montalvo y H. Charles Fishman.

*Objetivo Terapéutico:*

Cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida de la familia que sustituyan a las pautas de rigidez y rutina crónicas que caracterizan un sistema patológico. Reestructurar el sistema en la medida en que la familia lo permita o lo resista, para funcionar de manera más efectiva o funcional, competente y cooperativa. (Ochoa, 1995)

*Premisas:*

1. La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por este por secuencias repetidas de interacción.
2. No se puede evaluar el sistema familiar como si se tratara de una entidad estática, sino que el centro de la experiencia diagnóstica

debe ser el proceso de interacción de la familia con el terapeuta como agente del cambio, de modo que en ese proceso se susciten las estructuras, tanto manifiestas como latentes, que gobiernan la vida familiar. (Minuchin, 1974)

3. Una familia apropiadamente organizada tendrá límites claramente marcados. (Modelo normativo)
4. Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.
5. Las conductas sintomáticas se explican en términos de ciclo vital y de acuerdo con un retraso o detención en el desarrollo del sistema familiar. La familia se concibe como un sistema sociocultural abierto y en transformación, que afronta una serie de tareas evolutivas.
6. Las disfunciones estructurales pueden adoptar la forma de límites porosos o rígidos, que se manifiestan respectivamente en una proximidad excesiva o insuficiente entre los miembros del sistema familiar.
7. Las relaciones familiares se consideran patológicas cuando existe un patrón de desviación del conflicto y cuando se crean coaliciones intergeneracionales permanentes (Minuchin, 1984)
8. El síntoma se mantiene por la tendencia homeostática del sistema familiar a permanecer en el *statu quo*. Esto no quiere decir que los estados homeostáticos sean nocivos en sí mismos, sino que empiezan a serlo cuando no dejan espacio para el crecimiento y el cambio necesarios en el devenir vital de personas y familias.
9. El cambio se produce a través del proceso de asociación con la familia y la reestructuración de ésta en una forma cuidadosamente planificada, para poder transformar así las pautas transaccionales disfuncionales. (Minuchin, 1984)

#### *Entrevista:*

Los datos del terapeuta y su diagnóstico se logran experimentalmente en el proceso de asociarse con la familia. Él oye lo que los miembros de la familia le dicen acerca del modo como experimentan a la realidad, pero también observa el modo en que los miembros de la familia se relacionan con él y entre sí. El terapeuta analiza el campo transaccional

en el que se relaciona con la familia, para lograr así un diagnóstico estructural.

El terapeuta va respondiendo a los acontecimientos que se producen en la sesión, realiza observaciones y plantea interrogantes, todo a la vez. Comienza señalando los límites y pautas transaccionales y por elaborar hipótesis acerca de cuáles son las pautas operativas y cuáles no. Comienza así por establecer un mapa familiar.

Al mismo tiempo que recoge material para un mapa estructural, el terapeuta introduce pruebas experimentales. En cierto modo, su sola presencia es una prueba porque toda la familia se organiza en relación con él. El terapeuta se considera a sí mismo como un miembro actuante y recreativo en relación con el sistema terapéutico. Para asociarse con la familia, subraya los aspectos de su personalidad y experiencia que son sintónicos con los de la familia. Pero también conserva la libertad de ser espontáneo en sus indagaciones experimentales. (Ochoa, 1995)

Aunque el terapeuta no deja la intervención para el final sino que hace todo a la vez, la entrevista inicial sigue un orden como el que se detalla a continuación:

1. Presentación
2. Establecimiento de contactos terapéuticos
3. Exploración de la estructura familiar.
4. Establecimiento del contrato terapéutico.

#### *Estrategias y logro de metas:*

Las metas terapéuticas no solo se dirigen a disminuir o hacer desaparecer los síntomas del paciente identificado, sino también a cambiar la estructura y la cosmovisión familiar. El acento se sitúa más en los problemas estructurales que en el problema presentado.

Para que el proceso terapéutico tenga éxito, el terapeuta y la familia deben llegar a un acuerdo sobre los objetivos que desean alcanzar con el tratamiento.

Algunas estrategias que se utilizan en este modelo son:

1. *Establecimiento del Joining:* El terapeuta emplea estrategias de coparticipación que le posibilitan establecer una fuerte alianza

terapéutica algo de capital importancia ya que las técnicas de intervención se basan principalmente en el desafío. Con la finalidad de aumentar su capacidad de maniobra puede adoptar una posición cercana, intermedia o distante con la familia.

- Posición de cercanía: el terapeuta se convierte en fuente de autoestima y apoyo cuando confirma algún aspecto positivo de las personas o cuando detecta sufrimiento y la tensión familiar y transmite que no pretende evitarlos, pero que responderá a ellos con delicadeza. Puede incluso hacer una coalición con alguno de ellos.
  - Posición media: El terapeuta ocupa una posición neutral, escuchándola y ayudándola a hablar, entrando y saliendo del sistema familiar.
  - Posición alejada: El terapeuta actúa únicamente como director.
2. *Utilización de Mapas de la Estructura Familiar o Familiogramas:* El diagnóstico estructural de la familia se esquematiza a través de un instrumento llamado "Familiograma". Este es estático y tiene como objetivo representar a la familia al momento de iniciar la terapia, es útil para establecer los objetivos terapéuticos y determinar cuál deberá ser el familiograma de la familia de acuerdo con el diagnóstico estructural. Esta herramienta ayuda a esquematizar las jerarquías, alianzas, coaliciones, límites, pautas repetitivas generacionales, territorio, subsistemas, etc.
3. *Técnicas de intervención específicas* que buscan alcanzar las metas terapéuticas de reestructuración del sistema familiar.

#### *Intervenciones:*

La terapia estructural no sitúa la intención de intervenir exclusivamente al final de la entrevista. El cambio se efectúa en la propia sesión, empleando técnicas como el desafío- la exageración, ridiculización, y desautorización de patrones transaccionales-, la reestructuración y la modificación cognitiva, y se consolida mediante tareas para casa.

Se utilizar tres diferentes tipos de técnicas de intervención: de diagnóstico, de reestructuración y de cambio de visión.

#### *Técnicas de diagnóstico*

- a) Escenificación de una pauta disfuncional: permite alcanzar tres objetivos: 1) establecer una fuerte alianza terapéutica, 2) definir a toda la familia como un sistema disfuncional, 3) el clínico

puede tomar distancia, observar y recuperar capacidad terapéutica.

El procedimiento requiere que el terapeuta observe primeramente las interacciones espontáneas de la familia y decida qué aspectos del patrón disfuncional observado intentará cambiar. Después pide a los integrantes del sistema familiar que escenifiquen una determinada secuencia en su presencia, e interviene aumentando su intensidad y/o duración. Finalmente propone modalidades diferentes de interacción con objeto de obtener información predictiva sobre la flexibilidad de la estructura familiar para el cambio y con objeto de alterar las pautas disfuncionales.

- b) Focalización: la focalización implica prestar atención a una información e ignorar otra, de forma que durante la entrevista se resalta un tema sobre el que trabajar. El tema que el terapeuta considera importante, termina siéndolo también para la familia.
- c) Intensificación: En ocasiones, puede ocurrir que los miembros de la familia oigan el mensaje del terapeuta, pero no lo consideren información nueva, porque no tienen en cuenta las diferencias inherentes en él con respecto a su forma habitual de ver las cosas. Es necesario, por tanto, dotar al mensaje de la intensidad suficiente para ser algo nuevo y distinto, evitando que sea absorbido por las reglas del sistema.

*Técnicas reestructurantes:* Recursos técnicos que tratan de cambiar la estructura familiar.

- a) Fijación de límites: Se busca regular la permeabilidad de los límites entre subsistemas, de manera que los límites excesivamente rígidos se hacen más permeables, y los límites muy porosos se fortalecen. Al cambiar los límites cambian las reglas que rigen las relaciones, posibilitando que el sistema familiar ayude al crecimiento psicosocial de sus miembros.
- b) Desequilibrio: Su finalidad es modificar la jerarquía familiar, para lo cual el terapeuta se alía con miembros de la familia, ignora a determinados integrantes del sistema o se coaliga con una persona o con un subsistema en contra de otras personas o subsistemas.
- c) El aprendizaje de la complementariedad: La complementariedad se define como la capacidad de ver el problema formando parte de un todo más amplio y de mostrar puntos de vista alternativos a la forma habitual de concebir el síntoma y a la creencia de que el paciente identificado puede controlar el sistema mediante su conducta. Esta técnica cuestiona la definición familiar del problema y su creencia en una causalidad

lineal del síntoma, aportando datos de que la conducta sintomática solo se puede producir en el contexto de otras conductas a las que la familia globalmente contribuye.

*Técnicas de cambio de visión:* Afectan la percepción de todos los miembros con respecto al síntoma, para lo cual es preciso configurar nuevas modalidades de interacción entre ellos mediante técnicas como:

- a) **Modificación de los constructos cognitivos:** El terapeuta altera los constructos cognitivos familiares, presentando una visión del mundo diferente. Se trata, por tanto, de una intervención cognitiva que tiende a alterar la epistemología familiar que se respalda en una institución o en la condición de experto y mayor conocimiento del clínico. Se presume que la modificación del sistema familiar de creencias facilitará el necesario cambio conductual.
- b) **Intervenciones paradójicas:** Se trata de técnicas basadas en una postura de oposición por parte de la familia, puesto que se espera que ésta se oponga al componente del mensaje referido a su imposibilidad de cambiar, conteniendo implícitamente una alternativa que señala en la dirección del cambio. El uso de las paradojas se basa en la comprensión de tres conceptos: a) la familia como un sistema autorregulador, b) los síntomas como función autorreguladora, y c) la resistencia de un sistema al cambio, como consecuencia de las dos anteriores.
- c) **Las facetas fuertes:** Es una forma de utilizar la connotación positiva y se basa en que en la familia existe una parte potencial de cambio que no vemos, lo que vemos es el síntoma. El terapeuta debe activar las áreas o facetas dormidas - enfatizando la fortaleza familiar- para que sus miembros las apliquen en la resolución del problema.

## **2.2 Terapia Estratégica**

*Principales Exponentes:*

Jay Haley y Cloé Madanes.

*Objetivo Terapéutico:*

Impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas.

### *Premisas:*

1. La conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía.
2. La organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente.
3. Se hace hincapié en lo analógico.
4. Se presume que el problema de una niño o el síntoma de un adulto son modos que ellos tienen de comunicarse con los demás.
5. Se da por sentado que analógica o metafóricamente un síntoma es expresión de un problema y también una solución (aunque a menudo insatisfactoria) para todos los que tienen que ver con él.
6. Los sistemas patológicos se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente.

### *Entrevista:*

La entrevista comprende cuatro etapas: fase social, planteamiento del problema, fase de interacción y establecimiento de metas. Las primeras tres se encuadran dentro de la evaluación, mientras la cuarta pertenece a la intervención. Sin embargo, en la fase de interacción es difícil aislar los momentos de evaluación de los momentos de intervención.

1. Fase social: El terapeuta crea la relación con la familia, se comporta como un anfitrión, les transmite que todos son igualmente importantes en la tarea de ayudar al paciente identificado, teniendo en cuenta quienes intentan aislarse con él en esta etapa de saludos. Debe observarse cuál es el estado de ánimo de cada uno de los integrantes de la familia y que tipo de relaciones se dan entre padres e hijos.
2. Planteamiento del problema: En esta fase se recaba la opinión de cada uno de los presentes. Algunas de las preguntas que puede realizar con este fin son:
  - a) ¿Cuál es el problema?
  - b) ¿En qué puedo serles útil?
  - c) ¿Qué cambios desean lograr?
  - d) ¿Por qué motivo han venido a verme?

Cuando el portador del síntoma es un niño, Haley recomienda dirigirse en primer lugar al adulto que parece estar más preocupado, tratando con la mayor consideración y respeto a quien se muestre más motivado para traer a la familia a nuevas entrevistas (evaluar el grado de participación de cada miembro del grupo).

Durante esta fase el terapeuta no debe hacer ninguna interpretación o comentario para ayudar a las personas a ver la situación de forma diferente. Tampoco debe aportar ningún tipo de orientación aunque la familia se la pida, en cuyo caso les dejará claro que ahora no es el momento adecuado, ya que para hacerlo necesita de más información.

3. Fase de interacción: En esta fase el terapeuta debe formular hipótesis en torno a la posible función del síntoma, que irá completando y modificando a medida que se desarrolle la entrevista. Además recogerá información sobre la secuencia sintomática y establecerá cómo están delineadas las jerarquías dentro de la familia, tanto a través de las preguntas como de las observaciones de las interacciones de las personas a lo largo de la sesión. Pueden realizarse preguntas como:
  - a) ¿Cuándo se produce el síntoma, de qué manera, dónde y con quién?
  - b) ¿Qué hace cada integrante de la familia cuando aparece el problema?
  - c) ¿Cómo desaparece éste?
  - d) ¿A quiénes une y a quiénes aleja el problema dentro de la familia?
  - e) ¿Qué cosas cambiarían si el problema desapareciera?
  
4. Intervención: El objetivo del tratamiento no se limita al problema presentado en la primera sesión, sino que incluye los que vayan apareciendo a medida que se estreche la relación entre la familia y el terapeuta. Este debe hallar el modo de centrar la terapia en el problema presentado, alcanzando al mismo tiempo otros objetivos que crea importantes.

#### *Estrategias y logro de metas:*

Este enfoque se basa en una clara definición de lo que la familia quiere lograr con el tratamiento. A ello se suma la necesidad de que el terapeuta se trace la meta de alcanzar una definición congruente del poder dentro de la familia, con la finalidad de hacer remitir la conducta sintomática.

Las estrategias que se utilizan en este enfoque son:

1. La definición de los cambios deseados por la familia debe realizarse en términos claros y precisos. Operacionalizar los objetivos permite centrar la terapia en lo importante y hace resoluble el problema.
2. Después de evaluar qué tipo de secuencia está manteniendo el problema, el terapeuta se fija una meta terapéutica, consistente en establecer un límite intergeneracional impidiendo la formación de coaliciones permanentes que lo traspasen, para lo cual utilizará las técnicas que crea más convenientes.
3. Después de evaluar quiénes están involucrados en el problema, a quién protege el "portador del síntoma" y de qué manera, se programa un cambio por etapas; la primera de las cuales es crear una forma de anormalidad diferente a la que presenta la familia, para sucesivamente ir acercándose a la normalidad.
4. Cuando el paciente identificado es un niño, el terapeuta debe lograr que renuncie a la conducta sintomática- en la que reside el poder sobre sus progenitores-, pero no puede hacerlo directamente, sino a través de los padres, quienes deben retirar al niño el poder que le han delegado. Para modificar la conducta del niño, los padres deben abordar sus propias dificultades de tal forma que la protección de su hijo no les sea indispensable. Solo así se respeta una regla primordial, que el terapeuta no forme inadvertidamente coaliciones con los miembros que ocupan los niveles inferiores en contra de los que ocupan los superiores.
5. En ningún caso se persuade a la familia de que el verdadero problema está en ella y no en el paciente identificado. Si el terapeuta se enzarza en una polémica inútil sobre la causa del problema, corre el peligro de no alcanzar los objetivos. La meta terapéutica no es aleccionar a la familia sobre su funcionamiento defectuoso, sino lograr que *de facto* lo cambie para resolver los problemas presentados, siempre evitando confrontaciones que favorezcan la aparición de resistencias.
6. Una vez diseñada una estrategia terapéutica hay que instrumentarla. Generalmente, una estrategia terapéutica combina varias intervenciones, de manera que cuando una no tiene éxito se intente otra. La particular combinación de intervenciones necesarias para producir el cambio en cada familia es distinta.
7. Cuando un problema incluye dos generaciones, Haley propone tres estrategias: 1) utilizar a la persona periférica; 2) romper la coalición

madre-hijo mediante una tarea y 3) unir a los progenitores para que ayuden a su hijo a superar el problema.

8. Madanes diseña tres estrategias fundamentales cuando el paciente identificado es un niño: 1) el padre debe pedir al niño que tenga el síntoma; 2) el padre pide al niño que simule o imagine tener el síntoma y 3) el padre pide al niño que simule ayudarle.

#### *Intervenciones:*

Las técnicas terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema.

Las intervenciones tienen como objetivo final cambiar las interacciones familiares.

*Redefinición y connotación positiva:* Redefinir el problema en términos distintos a los que presenta la familia, haciéndolo resoluble, lo que permite al terapeuta poner en entredicho la creencia familiar de que el síntoma es un acto independiente de su contexto.

*Tareas directas o basadas en el acatamiento:* se planean con vistas a modificar ciertas secuencias de interacción familiar. Pueden adoptar la forma de consejos, explicaciones o sugerencias. Dentro de este grupo se encuentra el fomento de una comunicación franca, el aleccionamiento de los padres acerca del modo de controlar a sus hijos, la redistribución de tareas y de privilegios entre los integrantes de la familia, la fijación de normas disciplinarias, la regulación de la privacidad y el suministro de información de la que carecen los miembros.

*Tareas paradójicas o basadas en el desafío:* dependen, para lograr éxito, de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta o bien las siga hasta un extremo absurdo, negándose a partir de ahí a continuar acatándolas. Papp describe tres pasos para impartir una directiva paradójica: 1) definir el síntoma como motivado por la intención benévola de preservar la estabilidad de la familia; 2) prescribir el ciclo de interacciones generador del síntoma, y 3) coartar a la familia toda vez que muestre signos de querer cambiar.

*Tareas basadas en la simulación:* En estas se solicita a una persona que simule un síntoma o a una familia que finja comportarse en la forma desafortunada que le es habitual. No se basan en una respuesta de rebeldía sino en la colaboración para cumplir la prescripción.

*Metáforas:* Erickson introduce el uso de metáforas, ya que considera que a menudo la gente se muestra más dispuesta a acatar una directiva si no sabe que se le ha impartido. Erickson señala que este lenguaje de la metáfora en el que se mueven todo el tiempo los esquizofrénicos.

### 2.3 Escuela de Milán

*Principales Exponentes:*

Mara Selvini Palazolli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Guiliana Prata, Peggy Penn y Karl Tomm

*Objetivo Terapéutico:*

Con ayuda del Equipo Terapéutico, el Terapeuta recolecta información de la familia, utilizando como guías de trabajo la neutralidad, hipotetizar y circularidad, a fin de revelar los “juegos” de ésta y los patrones recurrentes de interacción, con los cuales los miembros de la familia intentan controlar la conducta de los demás.

*Premisas:*

1. El desarrollo de los síntomas se explica con las relaciones que han existido en la familia en el pasado y el presente.
2. No existe un modelo de normalidad a seguir.
3. Es importante el contexto del síntoma, su desarrollo, historia y función.
4. No directividad.
5. El síntoma se entiende como una forma de ayudar al equilibrio familiar.
6. Para que se dé un cambio de conducta, las familias deben ver sus problemas de una manera diferente (una forma de reencuadre llamada también connotación positiva).

*Entrevista:*

Las entrevistas se encaminan a descubrir la elaborada red de alianzas de poder que a menudo abarcan varias generaciones y que constituye el “juego familiar”.

Se entrevista a las familias en torno a su historia, a veces incluso en relación a varias generaciones atrás a fin de investigar evidencias que confirmen las hipótesis acerca de cómo los síntomas de los niños se vuelven necesarios. Estas hipótesis a menudo envuelven complicadas redes de alianzas y coaliciones entre los miembros de la familia, incluyendo la familia extensa. Generalmente se concluye que el paciente ha tenido que usar sus síntomas como una forma de proteger a uno o más miembros de la familia o una forma de mantener la complicada red de alianzas en la familia.

La primera sesión resulta fundamental porque se investigan las creencias y mitos de la familia, el contexto del síntoma, su desarrollo e historia y se formula la primera hipótesis.

Las sesiones constan de cinco partes:

- I. Presesión: El equipo se reúne a hacer una hipótesis inicial acerca del problema que trae la familia consigo. Esta se realiza a partir de la llamada telefónica de la familia.
- II. Sesión: El equipo puede validar, modificar o cambiar las hipótesis.
- III. Intersesión: El equipo se reúne, aproximadamente cuarenta minutos después de iniciada la sesión, para discutir acerca de las hipótesis planteadas y la forma de intervención. Los terapeutas pueden regresar a hablar con la familia acerca de los comentarios del equipo, dar una connotación positiva del problema, realizar un ritual e introducir un cambio.
- IV. Postsesión: El equipo se reúne a discutir después de la sesión para analizar las reacciones de la familia y plantear la próxima sesión.

*Estrategias y logro de metas:*

La meta que se espera alcanzar con la terapia es descubrir y romper los juegos "sucios" en los que se ve involucrada toda la familia.

Las estrategias que propone el grupo de Milán son: (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980)

1. *Neutralidad*: El terapeuta que adopta esta postura no tiene metas preconcebidas ni modelos normativos para sus familias clientes. Por lo tanto, las preguntas que se formulan (circulares) ayudan a las familias a examinarse a sí mismas y a exponer los juegos de

poder. No se utiliza la directividad ni la alianza. Se mantiene distancia y se enfoca más a la técnica. El terapeuta no es responsable del cambio, no empujan el cambio, la responsabilidad es de la familia.

2. *Hipotetizar*: Las hipótesis dan la pauta de cómo empezar la intervención y por dónde ir. Estas no deben ser rígidas y se deben reformular una y otra vez. Deben ser circulares e incluir a todos los miembros de la familia.
3. *Circularidad*: Toda hipótesis acerca de la familia debe incluir a todos los miembros de la familia, la crisis vital por la que la familia pasa y la función del síntoma del paciente identificado.

#### *Intervenciones:*

*Reencuadre*: Ofrecer a la familia otro punto de vista diferente acerca del problema. Un punto de vista circular.

*Connotación positiva*: La innovación más distintiva del Equipo de Milán original. Deriva del concepto de reencuadrar la función protectora del síntoma, de MRI. La connotación positiva es solo una forma de reencuadre. Implica que el problema se vea de manera diferente. Se da un significado positivo a algo que estaba como negativo. Siempre debe cambiarse de una explicación lineal a una circular. Se aplica a la intención de la conducta y no a la conducta en sí. Las hipótesis se realizan en función del síntoma. En este sentido, a la conducta de cada uno de los miembros de la familia se le da la connotación de que sirve a la homeostasis de la familia. "Es admirable lo que haces por mamá aunque el costo sea tan alto para ti".

*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*: Prescriben la secuencia patológica connotada positivamente. Se emplean cuando la situación es de orden y secuencialidad rígidas, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias. No se debe recurrir a ellas cuando el terapeuta desconozca qué hacer, cuando prevea que la familia cumplirá literalmente lo sugerido y tampoco pueden utilizarse en respuesta a presuntas desobediencias de la familia a intervenciones anteriores.

Al calificar como positivos los comportamientos sintomáticos, se connota positivamente la tendencia homeostática de la familia y no las personas, ubicando a todos los miembros en un mismo plano. Así se provoca paradójicamente la capacidad de transformación del sistema familiar, ya que si están unidos por lazos afectivos tan fuertes ¿por qué necesitan que el síntoma siga vigente para mantenerlos unidos?.

*Prescripciones Ritualizadas:* Directiva específica que busca romper reglas muy rígidas o los mitos de la familia. Se busca interrumpir las secuencias rígidas y que los miembros de la familia hagan cosas diferentes a las que hasta ahora hacen. Consisten en la prescripción de una secuencia estructurada de conductas que introduce nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal. Entre estas prescripciones se encuentran:

- a) **Rituales:** Los rituales son susceptibles 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. Se usan también para dramatizar o exagerar la connotación positiva.
- b) **Tarea ritualizada de los días pares días impares:** La intervención consiste en prescribir, en días separados, dos conductas contradictorias o muy dispares, que coexisten habitualmente en el grupo familiar.
- c) **Prescripción invariable:** Esta prescripción elimina la necesidad de establecer hipótesis al presuponer que en todas las familias de esquizofrénicos el problema es una falta de diferenciación entre el subsistema parental y el filial, con la consiguiente ausencia de emancipación mutua entre el hijo y los padres. La pretensión de la intervención es separar de forma gradual los dos subsistemas, introduciendo un mensaje organizador que clarifica los límites intergeneracionales, evitando coaliciones progenitor-hijo que mantienen el juego de las familias psicóticas. Al final de la tercera sesión, en la que generalmente deberá estar claro el juego de la familia, la prescripción invariable se inicia. Se solicita a los padres que digan a sus hijos y a los miembros de la familia extensa involucrados, que tienen un secreto. Ellos deben observar y registrar las reacciones de cada uno de los miembros de la familia. En las sesiones siguientes, el terapeuta y los padres establecen una discusión acerca de la reacción de la familia y los padres son instruidos acerca de que no solo continúen con el secreto, sino que adopten conductas misteriosas, pasen juntos fuera de casa algunos momentos sin informar a los demás miembros de la familia. La terapia debe continuar en este sentido hasta que los síntomas de los pacientes aminoren o desaparezcan.

*Preguntas circulares:* Técnica de entrevista dirigida a obtener diferentes opiniones de los miembros de la familia respecto a distintos aspectos. Al hacer preguntas de esta manera, la naturaleza circular de los problemas se hace visible para los miembros de la familia y tienden a desaparecer sus perspectivas lineales y limitadas. Las preguntas circulares deben nacer de la curiosidad del Terapeuta. Estas se pueden dividir en:

- a) Diferencias en la percepción de las relaciones: p.e. ¿quién está más cercano al padre, su hijo o su hija?
- b) Diferencias de grado, p.e. en una escala del uno al diez ¿qué tan mala crees que fue la pelea de esta semana?
- c) Diferencias ahora y entonces
- d) Diferencias hipotéticas en el futuro, p.e. Si ella no hubiera nacido ¿en qué sería diferente tu futuro hoy?

*Preguntas reflexivas:* Las preguntas reflexivas constituyen una parte importante del interrogatorio interventivo, y ayudan a las familias y clientes a generar nuevos patrones de cognición y conducta acerca de ellos mismos. Estas preguntas se clasifican en (Tomm, 1987a , b):

1. Preguntas orientadas hacia el futuro
  - a) Preguntas que desarrollan metas
  - b) Preguntas que exploran el resultado esperado
  - c) Preguntas que resaltan consecuencias posibles
  - d) Preguntas que exploran expectativas catastróficas
  - e) Preguntas para explorar posibilidades hipotéticas
  - f) Preguntas que sugieren una construcción del futuro y/o acción
  - g) Preguntas que generan esperanza y optimismo
2. Preguntas que convierten al interrogado en observador
  - a) Preguntas para aumentar la conciencia de sí mismo
  - b) Preguntas para explorar la percepción interpersonal
  - c) Preguntas para explorar la interacción interpersonal
  - d) Preguntas triádicas
3. Preguntas de cambio inesperado de contexto
  - a) Preguntas para explorar el contenido opuesto
  - b) Preguntas para explorar un significado opuesto
  - c) Preguntas de mantenimiento de significado
4. Preguntas con una sugerencia implícita
  - a) Preguntas que implican un reencuadre
  - b) Preguntas que implican una acción alternativa
  - c) Preguntas que dejan implícita la voluntad
  - d) Preguntas que dejan implícita una disculpa
  - e) Preguntas que dejan implícito el perdón

5. Preguntas de comparación normativa
  - a) Preguntas de contraste con una norma social
  - b) Pregunta de contraste con normas evolutivas
  - c) Preguntas de contraste con una norma cultural
  - d) Preguntas de normalización social
  - e) Preguntas de contraste con una norma cultural
  
6. Preguntas que clarifican distinciones
  - a) Preguntas que clarifican atribuciones causales
  - b) Preguntas que clarifican categorías
  - c) Preguntas que clarifican secuencias
  - d) Preguntas que clarifican dilemas
  
7. Preguntas que introducen hipótesis
  - a) preguntas que revelan recursividad
  - b) preguntas que revelan mecanismos de defensa
  - c) preguntas que revelan respuestas problemáticas
  - d) preguntas que revelan necesidades básicas
  - e) preguntas que revelan motivos alternativos
  - f) preguntas que revelan peligros del cambio (paradojas)
  
8. Preguntas que interrumpen la secuencia sintomática (en la sesión)
  - a) preguntas para exponer el proceso ordinario
  - b) preguntas para reflejar la relación terapéutica
  - c) preguntas para realizar un comentario indirecto acerca del proceso terapéutico
  - d) preguntas para minimizar reacciones remotas
  - e) preguntas para facilitar la terminación (de la terapia)

## **2.4 Terapia Breve Orientada a Problemas (MRI)**

### *Principales Exponentes:*

Don Jackson, Richard Fisch, John H. Weakland, Lynn Segal, Paul Watzlawick y Virginia Satir

### *Objetivo terapéutico:*

Que el cliente perciba cambios, eliminando o reduciendo su queja, introduciendo cambios en las interacciones alrededor del problema. (Ochoa, 1995)

*Premisas:*

1. No existe un modelo normativo a seguir
2. Los problemas que las personas presentan son solo dificultades, no patologías.
3. Se basa en conductas observables.
4. El pasado es relevante solo en la medida en como se expresa la situación presente.
5. No se realizan presuposiciones y/o inferencias.
6. No se diagnostica ni interpreta, solo se evalúa.
7. El tratamiento se basa únicamente en la queja del paciente y se atiende una a la vez.
8. Se considera que los problemas son de índole interaccional y tienen una causalidad circular.
9. Se centra en el aquí y el ahora de los pacientes.
10. Un problema se construye a partir de ciertas dificultades prolongadas en el tiempo, el cual se mantiene debido a los intentos de solución fallidos y repetitivos, por lo que la principal función del terapeuta breve será romper los patrones repetitivos de intentos de solución fallidos.

*Entrevista:*

El objetivo principal de la entrevista inicial es recoger toda la información posible acerca de los siguientes puntos (Hudson O' Hanlon, y Weiner-Davis, 1989):

- 1) Naturaleza de la Enfermedad: Concretamente, el problema que el cliente desea solucionar.
- 2) Formas en que el cliente ha afrontado el problema hasta hoy.
- 3) Objetivos mínimos a los que el cliente quisiera llegar con el tratamiento.
- 4) En esta primera sesión también es importante también es importante conocer la actitud y el lenguaje del cliente.

Es importante que durante el resto de las sesiones se consideren los anteriores puntos, de manera que cada una de las intervenciones vaya enfocada al problema en específico que presenta el cliente y al patrón repetitivo de intentos de solución que ha venido realizando, y con el mismo fin tomar en consideración las actitudes, lenguaje y valores del cliente para aprovecharse de ellas en las sugerencias del cliente, evitando ir en contra de éstas.

### *Estrategias y logro de metas:*

Se pide a los pacientes y a sus familias que definan las metas concretas que quieren conseguir con el tratamiento, de forma que el trabajo terapéutico se oriente, tanto por parte del terapeuta como por parte de los pacientes, a la consecución de dichos objetivos. La concreción permite que ambas partes sepan cuándo finalizar la terapia, cuando se alcancen las metas, y tengan una referencia de su eficacia. Se suele preguntar: "¿Cuál es el mínimo cambio que espera obtener?"

Algunas estrategias que se suelen utilizar en este modelo son:

1. Definición operativa de los objetivos que se pretende lograr con el tratamiento, con lo que se especifican los referentes conductuales que posibilitan la consecución y evaluación de los cambios.
2. Elección de un cambio mínimo (también definido en términos de conductas concretas) seguido de una planificación que facilite el inicio de un efecto de irradiación. Dicho efecto supone una generalización del cambio mínimo a otras conductas pertenecientes a la nueva clase de soluciones promovidas por la intervención terapéutica. Se puede preguntar "¿qué es lo que considerarías como primera señal de que ha ocurrido un cambio significativo, aunque sea pequeño?"
3. La estrategia efectiva se aparta a 180° del impulso básico o clase de soluciones intentadas hasta entonces. Nunca se debe pedir a las personas que no hagan nada, sino que hagan algo diferente, en general lo opuesto a lo que venían haciendo.
4. Utilizar la postura del paciente -su lenguaje, sistema de valores, actitudes ante el problema, la terapia y el terapeuta- para persuadirle de que lleve a cabo la intervención sugerida por el equipo. Al encuadrar una sugerencia dentro de la postura de los clientes se aumenta la probabilidad de que la acepten.
5. El terapeuta busca permanentemente una posición "inferior" evitando la confrontación, que le posibilite intervenir en cualquier condición que presente el paciente. Aún cuando la situación haga necesario adoptar una postura de superioridad porque el paciente responda mejor así, siempre es más fácil pasar de una posición inferior a una superior que a la inversa.

### *Intervenciones:*

En este modelo se habla de la capacidad de maniobra del terapeuta, que se relaciona con el control que el terapeuta tiene sobre el tratamiento; es decir, la libertad de utilizar las técnicas que considere adecuadas.

Algunos de los medios para aumentar la capacidad de maniobra son las siguientes:

- ✓ Que el terapeuta ajuste la oportunidad y ritmo que manifieste el paciente de sus observaciones a las respuestas, es decir, que se permita cambiar su estrategia y aplicar otra cuando así se requiera.
- ✓ Tomarse el tiempo necesario para comprender claramente la queja del paciente.
- ✓ Utilizar un lenguaje condicional con el fin de no comprometerse y confirmar la responsabilidad del cliente.
- ✓ Buscar que el cliente concrete, de manera que quede muy claro cuál es el problema, las pautas de interacción en torno a éste y qué y quienes lo mantienen.
- ✓ Mostrar una actitud igualitaria con el cliente de manera que no haya barreras entre el terapeuta y el cliente.
- ✓ Realizar sesiones individuales y conjuntas según se vaya haciendo necesario y según se vea quienes están involucrados en el problema y quienes lo mantienen.

Se utilizan los siguientes recursos técnicos para promover el cambio:

*Redefinición:* Técnicas cognitivas que evitan aquellas “etiquetas” que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio.

*Tareas directas:* Intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta de algunos componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma, proponiendo directamente la realización de otra conducta alternativa.

*Tareas Paradójicas:* Intervenciones conductuales. No se proponen una conducta diferente a la sintomática, sino que se prescribe la continuidad de ésta durante un tiempo fijado, que suele ser el intervalo entre sesiones. Lógicamente, la aparición del síntoma tiene que sufrir alguna pequeña modificación, como puede ser la necesidad de provocarlo sin esperar a que surja espontáneamente, cambiar la duración o el lugar en el que acontece, etc. En consecuencia, es necesario que estas tareas vayan precedidas por una redefinición del síntoma, y acompañadas de técnicas de persuasión que justifiquen su recomendación.

*Intervenciones metafóricas:* Intervenciones cognitivas que se emplean para transmitir un mensaje, no relacionado directamente con el

problema, sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones racionales y se confía en que ejerza su acción por vía analógica. El mensaje puede ser una nueva definición del problema, una solución al mismo o ambas cosas a la vez. En cualquier caso, se espera que los componentes de la familia extraigan de la historia contada una consecuencia que les ayudará a resolver la situación problemática.

*Técnicas hipnóticas:* pueden formar parte de intervenciones metafóricas y se utilizan para diseminar un mensaje relacionado con el problema a lo largo de un discurso aparentemente neutro.

En este modelo se utilizan dos grandes categorías de intervenciones planificadas (Fisch, Weakland, y Segal, 1994).

A. Intervenciones Principales: se utilizan después de haber recogido datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta. Este tipo de intervenciones se utiliza específicamente en cinco intentos básicos de solución.

1. *Intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo.*

Es común en problemas de tipo sexual. En esta clase de problemas es probable conseguir la solución cuando el paciente sencillamente renuncia a sus intentos de auto coacción y deja de esforzarse demasiado. Las estrategias que se usan para solucionar problemas de rendimiento se centran en invertir el intento del paciente de superar el problema:

- ✓ Explicar al paciente que es importante provocar la aparición del síntoma con propósitos de diagnóstico, por lo que se exige que el paciente deliberadamente exhiba el síntoma, porque cuando lo experimenta de modo espontáneo se encuentra demasiado absorto en la angustia de luchar contra el síntoma y no puede observarlo como conviene.
- ✓ Otra técnica es manifestarle al paciente que hay que provocar la aparición del síntoma como paso inicial hacia su control definitivo.
- ✓ Definir el síntoma indeseado como algo beneficioso.

2. *Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.* Muy común en fobias, timidez y bloqueos. La intervención utilizada es dar al paciente una serie de directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia de dominio (o un dominio incompleto) de ella. Es decir, exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito.

3. *Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.* Riñas conyugales, conflictos entre padres e hijos, disputas entre compañeros de trabajo, etc. La intervención utilizada es hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad, es decir, en una postura de debilidad, a fin de no continuar con la solución ensayada de mostrarse superior frente al otro. Dentro de esta técnica se encuentra el “sabotaje benévolo”.
  4. *Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.* La estrategia global para afrontar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario.
  5. *Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia.* La técnica utilizada es romper el juego entre el acusador y el defensor, mediante entrevistas a solas con el defensor en las que le solicita acciones unilaterales ya que es el acusador el que está mal. Otra técnica es la interferencia que tiene como finalidad reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión.
- B. *Intervenciones Generales:* Hay momento en los que el terapeuta quiere comunicar alguna postura de tipo general, con objeto de preparar el terreno para una intervención posterior más específica. También es posible que quiera utilizar dicha postura para averiguar si es suficiente con ella para solucionar el problema, aún en el caso de que no implique la formulación de una intervención.
1. *No apresurarse:* se le pide al paciente que no se apresure en la solución del problema, en especial a aquellos clientes cuya solución ensayada consiste básicamente en esforzarse mucho, o a aquellos que hacen presión sobre el terapeuta pidiéndole con urgencia una acción curativa en tanto que ellos se limitan a permanecer pasivos o no colaboran.
  2. *Los peligros de una mejoría:* se pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema. Se puede utilizar este método para aumentar la motivación o para presionar al paciente para que obedezca nuevos encargos, después de que no ha cumplido uno que antes se le había formulado.

3. Un cambio de dirección: el terapeuta varía de postura, directriz o estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación.
4. Cómo empeorar el problema: Cuando el terapeuta brinda una sugerencia añade que la acción sugerida probablemente empeore el problema. Esto se suele hacer cuando el cliente ya ha resistido a anteriores sugerencias, o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo. La intervención consiste en que el Terapeuta menciona al cliente que no se le ocurre nada útil para solucionar su problema, sin embargo le puede enunciar claramente las acciones que seguramente empeorarán el problema si se llevan a cabo. Enseguida, el Terapeuta comienza a enumera todas las acciones que el cliente está realizando para solucionar el problema, pero que en realidad están sirviendo para empeorarlo.

El modelo introduce *técnicas especiales para pacientes difíciles*. Entre éstos se encuentran:

- a) El comprador fingido: Esta clase de pacientes no se halla personalmente interesado en obtener ningún cambio en su dolencia pues generalmente han sido obligados por otra persona a tomar un tratamiento. Con este tipo de pacientes, se pueden usar varias técnicas:
  - ✓ Negociar un nuevo contrato con ellos "¿hay algún asunto que tú quisieras tratar?"
  - ✓ Introducir un problema alternativo
  - ✓ Invitar a la persona más preocupada a asistir también.
- b) El paciente restrictivo: El paciente amenaza con sabotear el tratamiento desde el principio, para lo cual suelen intentar establecer condiciones terapéuticas que, si aceptan, limitarían la libertad del terapeuta para actuar de modo constructivo. Se usan las siguientes intervenciones:
  - ✓ Solicitar la libertad de decisión
  - ✓ Llegar a un compromiso con el paciente
  - ✓ Otras técnicas que logren evitar la conspiración en silencio.

## 2.5 Enfoque de Soluciones

### *Principales Exponentes:*

Jay Haley, Steve de Shazer, William H. O' Hanlon, Ben Furman, Insoo Berg y Brian Cade

### *Objetivo Terapéutico:*

Cambiar la forma de ver el problema y de actuar, conociendo los intentos de solución al problema y ampliando las excepciones al síntoma, retomando así los propios recursos del paciente.

### *Premisas:*

1. Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.
2. El cambio es constante e inevitable.
3. El trabajo del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
4. Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.
5. No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.
6. Solo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.
7. Los clientes definen los objetivos.
8. El cambio o la resolución del problema pueden ser rápidos.
9. No hay una única forma correcta de ver las cosas, puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.
10. Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable.

### *Entrevista:*

El objetivo de las entrevistas debe ser centrar la atención del cliente en las excepciones, soluciones y recursos todo lo posible.

A fin de lograr su objetivo, la primera entrevista debe constar de los siguientes pasos:

1. *Unión*: Fase social que tiene por objetivo mostrar un interés genuino por el cliente, la cantidad de tiempo dedicada a esta fase de la terapia depende de la rapidez con que los clientes parezcan "soltarse".
2. *Breve descripción del problema*: Realizar la pregunta de ¿qué te trae por aquí? Y enseguida unas preguntas más, diseñadas para extraer información sobre las excepciones del problema; las ocasiones en que las cosas van bien, las soluciones anteriores al problema actual, y las fuerzas y recursos de la persona.
3. *Excepciones al problema*: estas ofrecen una gran cantidad de información acerca de lo que se necesita para resolver el problema, por la sencilla razón de que si las personas quieren experimentar más éxitos, más felicidad y menos estrés en su vida, es necesario ayudarles a evaluar lo que es diferente en aquellos momentos en que ya disfrutaban del éxito, son felices y están libres de estrés.
4. Normalizar y despatologizar. Una de las directrices que nos guían durante la sesión es considerar la situación del cliente o de la familia como algo normal y cotidiano en vez de algo psicológico o patológico. Cuando los terapeutas normalizan las dificultades que los clientes traen a terapia, los clientes parecen aliviados. Decir cosas como: "Naturalmente" "¿Y?" "Bienvenido al Club" cuando las personas describen cosas que consideran inhabituales o patológicas. Otra forma de normalizar es interrumpir la descripción que el cliente hace de una situación y proceder a terminar la historia con algunos detalles sacados de nuestro trabajo con otras personas y de nuestra propia experiencia en situaciones similares.
5. Definición de objetivos. Aunque es responsabilidad de los clientes decirnos que cambios quieren que ocurran, nosotros adoptamos un papel muy activo para asegurarnos que los objetivos sean alcanzables y lo bastante concretos como para saber cuándo los habremos alcanzado. Este procedimiento es un proceso cooperativo de negociación. Nuestro papel activo en este aspecto de la terapia maximiza las probabilidades de que los clientes vayan a conseguir las metas así construidas. Hacer preguntas como: ¿Cuál será la primera señal de que las cosas van por buen camino? ¿Qué indicará que las cosas siguen en la dirección adecuada?
6. Hacer una pausa. Esta sirve como un marcador de contexto, permite al terapeuta volver a subrayar algunos comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se marchen. Al separarlo del resto de la sesión, el mensaje que se da al cliente es visto como algo importante y concluyente.

7. Elogios. Es importante aprovechar cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas. Por ejemplo: “Estoy realmente sorprendida por todas las cosas positivas que estás haciendo por ti a pesar de que las cosas han sido difíciles”.

#### 8. Intervención.

Las siguientes sesiones se centran en constatar si ha habido cambio y, cuando así es, se trata de consolidarlo y generalizarlo mediante una planificación que parte del cambio mínimo hacia la meta final previamente establecida. Se realizan preguntas como: ¿Qué cosas le gustaría que continuaran sucediendo? ¿Qué cambios positivos se han producido desde la última entrevista?

#### *Estrategias y logro de metas:*

Deben definirse muy claramente las metas que el cliente que acude a la terapia desea conseguir con el tratamiento y cómo va a notar cuando cada una de ellas se hayan alcanzado.

Las estrategias que el modelo propone son las siguientes:

1. Definición operativa de los objetivos que se pretende conseguir por el tratamiento.
2. Establecimiento de indicios concretos que permitan reconocer el logro de las metas propuestas, por parte del paciente identificado, de sus familiares y de otras personas significativas de su entorno vital. Para ello, se puede preguntar: “¿En qué notará que ya no está deprimido? ¿Cómo lo va a notar su esposa? ¿Y sus amigos?”.
3. Iniciar la solución mediante el cambio mínimo. El terapeuta pregunta ¿Cuál será la primera señal de que las cosas van por buen camino?. Se confía en una generalización posterior de los cambios a la que se denomina “efecto de alas de mariposa”. Cuando el cliente manifiesta que ha habido un cambio, en términos de excepciones a la conducta sintomática, se le pregunta: ¿“Qué le indicaría que las cosas siguen por buen camino?”.
4. Cada familia presenta un modo singular de cooperación con el cambio propuesto por el terapeuta, quien debe averiguar cuál es el

objeto de cooperar con ella para promoverlo lo antes posible. La finalidad es evitar posibles resistencias, que no son debidas al mantenimiento de la homeostasis. En base a esta forma de cooperar de los clientes, las directivas deben ser planeadas de la siguiente manera: a) si la respuesta es literal, es decir, si cumplen con lo prescrito, se continúa con tareas directas; b) si los clientes modifican la tarea, se elaboran tareas indirectas o modificables; c) si hacen lo opuesto, se diseñan tareas que incluyan la posibilidad de hacer lo opuesto, de forma que se produzca el cambio deseado; d) si la respuesta es vaga, se recomiendan tareas vagas y/o relatos metafóricos; e) cuando no hacen nada, no se sugieren tareas o se prescriben tareas paradójicas.

5. Las preguntas deben generar información sobre las facetas fuertes y los recursos que tiene el paciente identificado y su familia para llevar una vida satisfactoria, tanto dentro como fuera del área sintomática.
6. Se encauza el lenguaje del cliente hacia el camino perceptivo y conductual. Puede cambiarse el uso del tiempo verbal; por ejemplo, después de que el cliente menciona "tengo dificultades para tomar decisiones..." el terapeuta puede decir "así que has estado teniendo dificultades para decidirte respecto a ...", y más avanzada la sesión, "Cuando solías atascarte al tomar decisiones...".
7. Se formulan preguntas "presuposicionales", que presuponen la existencia de una solución eficaz en el funcionamiento habitual de los clientes.
8. El terapeuta establece y subraya aquellas estrategias eficaces de solución de problemas que los clientes aún no han advertido o han considerado como casualidades y les ayuda a determinar, mediante una planificación conjunta, que necesitan hacer para mantener y ampliar los cambios inherentes en las mismas.

#### *Intervenciones:*

En terapia orientada a soluciones se intenta:

- A) Cambiar la forma de ver la situación percibida como problemática, a través del reenmarcado y desenmarcado.
- B) Cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problemática, a través de la intervención en la pauta.

- C) Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.

Se emplean las siguientes intervenciones:

*Redefinición:* es permanente a lo largo de todas las entrevistas.

*Connotación positiva:* Se emplea de dos diferentes formas: a) cuando existen dificultades para identificar soluciones eficaces, se puede modificar el punto de vista que los clientes tienen del problema asignándole un nuevo significado, concretamente adscribiendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas relacionadas con el síntoma; b) la situada después de la pausa, resalta aquellas capacidades positivas que los clientes han mostrado, tanto a lo largo de la sesión como fuera de la misma, en forma de recursos para superar los problemas (elogios).

*Reenmarcado y desenmarcado:* El *reenmarcado* es un proceso por el cual el terapeuta proporciona o alienta el desarrollo de un marco o significado nuevo o alternativo para una situación de modo directo o indirecto. Con el *desenmarcado* el terapeuta desafía directa o indirectamente, los significados que el cliente asocia con la situación sin proporcionar un nuevo marco; se puede dejar que el cliente cree o descubra significados alternativos o quede sin ningún significado en particular.

Se utilizan para ayudar a las personas a “saltar fuera” de los marcos que se puede considerar que limitan su capacidad para adoptar perspectivas diferentes y empezar con ello a resolver las situaciones-problema.

*Analogías:* Pueden utilizarse directa o indirectamente para amplificar algo que el terapeuta quiere transmitir.

*Intervención en el patrón:* Los problemas que la gente lleva a terapia no son cosas, sino patrones de habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes. Estas pautas son muy susceptibles de cambiar. Las situaciones o contextos que rodean a estos patrones forman parte del patrón. Se plantean diferentes formas de intervenir sobre el patrón:

- ✓ *Intervención en el patrón de la queja.* El terapeuta hace que el cliente introduzca alguna modificación pequeña e insignificante en el desarrollo de la queja, lo que altera el contexto. A menudo la queja

desaparece gradualmente o de forma abrupta. Esto puede lograrse de las siguientes maneras:

- Cambiar la frecuencia o tasa de la queja
  - Cambiar el tiempo de ejecución de la queja
  - Cambiar la duración de la queja
  - 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 elementos/eventos en el patrón de la queja
  - Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños
  - Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa
- ✓ *Intervención sobre el patrón del contexto:* Consiste en modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja

*Ubicación en una escala:* "En una escala que va de cero a diez, y en la que cero representa lo peor, y el diez corresponde a las cosas tal como serán cuando estos problemas están resueltos ¿dónde te situarías el día de hoy?"

*Intervenciones paradójicas:* Esta intervención supone una comunicación explícita o implícita, pero clara, dirigida a un cliente e insertada en otra comunicación enmarcadora que la contradice, de modo que se produce un dilema. Para obedecer a una de las comunicaciones hay que desobedecer la otra.

*Tareas de fórmula:* Se emplea la misma tarea para iniciar cambios en problemas tales como mojar la cama, fobia a la escuela o dificultades maritales. Estas prescripciones fomentan nuevas conductas y percepciones al crear la expectativa de cambios en el futuro. Están diseñadas para orientar la atención de los clientes hacia las soluciones. Esto es un cambio en la "forma de ver" la situación.

- ✓ Tarea de fórmula de la primera sesión: "*Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a mí me gustaría que observarás, de modo que puedas describírmelo la próxima vez, lo que ocurre en tu (vida, pareja, familia, matrimonio, relación) que quieres que continúe ocurriendo*"
- ✓ Tarea de la sorpresa: "*Haz al menos una o dos cosas que sorprendan a tus padres(esposo). No les digas qué es. Papás su tarea consiste en adivinar qué es lo que está haciendo ella. No comparen sus notas, haremos eso la próxima sesión.*"
- ✓ Tarea genérica: "*Fíjate en lo que haces esta semana que te da mayor... " (o te hace sentir...)*

- ✓ Pregunta del milagro: *“Supongamos que una noche se produce un milagro, y mientras tu duermes el problema que te ha traído a terapia ha quedado resuelto ¿cómo lo sabrías? ¿qué sería distinto? ¿qué verías diferente a la mañana siguiente, como signo de que se produjo un milagro? ¿qué notarías en tu esposa?”*
- ✓ Escribir, leer y quemar (clientes con pensamientos obsesivos o depresivos). *Buscar un lugar cómodo para pensar tranquilamente, alternan días o momentos, un día se escriben los pensamientos obsesivos y al otro se leen y se queman.*
- ✓ Tarea de la pelea estructurada. *Dejar a la suerte quién iniciará la discusión, el ganador vociferará durante un límite de tiempo sin interrupciones, el turno se vuelve hacia el otro, quien hará lo mismo por igual tiempo, para volver a iniciar dejar pasar la misma cantidad de tiempo que se utilizó en cada vociferación, en silencio por ambos. Nuevamente se deja a la suerte quién empezara el turno.*
- ✓ Haga algo diferente. *“El cliente debe de ajustar objetivamente lo que ya ha hecho, no en el sentido diferente de lo mismo; debe ser completamente diferente. Sorpréndalo.*
- ✓ Preste atención a todo lo que hace cuando supera el impulso de...

## 2.6 Terapias Narrativas, Colaborativas y Equipos de Reflexión

### *Principales Exponentes:*

Michael White, David Epston, Tom Andersen, Carlos Sluzki, Gianfranco Cecchin, Peggy Penn, Harlene Anderson

### *Objetivo Terapéutico:*

Ayudar a modificar el discurso habitualmente problemático, y explorar otro más fluido, que permitirá un rango más variado y amplio de interacciones posibles (Maldonado, 1997)

### *Premisas:*

1. Se da mayor importancia a las particularidades de la experiencia vivida, como generadores de significado.
2. Fomenta el sentido de la autoría y la re-autoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar la propia historia.

3. El self deja de ser concebido como una entidad reificada: se le comienza a ver como una narrativa
4. Los textos no son algo a ser interpretado, sino considerados como un proceso que se desarrolla.
5. El individuo es considerado en un contexto y no como una entidad intrapsíquica, aislada.
6. El conocimiento científico o los que pueden ser considerados "hechos innegables" del mundo, derivan hacia un conocimiento narrativo, con énfasis en las creencias personales, más que en creencias acerca de cómo funciona el mundo. (Maldonado, 1997)

#### *Entrevista:*

La entrevista en este modelo da la máxima importancia a las vivencias de la persona, se favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal. El Terapeuta invita a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno de los actos interpretativos, fomenta el sentido de la autoría y la re-autoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar la propia historia

Al expresarse, el terapeuta invoca el modo subjuntivo al desencadenar presuposiciones, establecer significados implícitos y generar perspectivas múltiples, introduce consistentemente los pronombres "yo" y "tú" en la descripción de los eventos, estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial, poético, pintoresco en la descripción de vivencias y en el intento de construir nuevos relatos.

El proceso de interrogar es una forma de obtener información y al mismo tiempo intervenir, las preguntas que se usan, principalmente en la primera sesión son llamadas *Preguntas de influencia relativa*, este tipo de preguntas incitan a los miembros de una familia a derivar dos descripciones diferentes de su relación con el problema que presentan en la terapia. La primera es una descripción de la influencia que el problema tiene en la vida y en las relaciones de los miembros de la familia; la segunda es una descripción de la influencia que los miembros de la familia y sus relaciones tienen en la persistencia del problema mismo. También se buscan incitar a los miembros a participar en la elaboración de una nueva descripción del problema mismo, esto es, una descripción externalizada.

### *Estrategias y logro de metas:*

El logro de metas es negociado con la familia o individuo y se usan estrategias dirigidas a que la familia cambie su percepción del problema, pasando de una historia saturada de problemas a una historia más liberadora, en la que la familia o individuo logre identificar nuevas posibilidades en su forma percibir y enfrentar los problemas, mediante el engrosamiento de excepciones o acontecimientos extraordinarios.

### *Intervenciones:*

#### 1. Externalización del problema

La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y a veces a personificar los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona a la relación a la que se atribuía. Los problemas considerados inherentes y las cualidades relativamente fijas que se atribuyen a personas o relaciones se hacen así menos constantes y restrictivos. La externalización del problema permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y sus relaciones. Al hacerlo recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales de la experiencia vivida, aspectos que no podrían haberse predicho a partir de la lectura de la historia dominante.

#### 2. Identificación de acontecimientos extraordinarios y atribución de significados

Cuando se identifican acontecimientos extraordinarios, puede estimularse a las personas a que desarrollen nuevos significados en relación con ellos. Esto requiere que los acontecimientos extraordinarios pasen a formar parte de una historia alternativa de la vida de la persona. Se ha denominado "relato extraordinario" a esta historia alternativa, esto se hace por medio de preguntas que alienten a las personas a localizar, generar o resucitar historias alternativas que "expliquen" los acontecimientos extraordinarios. Algunas preguntas que se utilizan en esta intervención son:

*a) Preguntas sobre logros aislados:* Incitan a los miembros de la familia a discernir aquellas intenciones y acciones que contradicen la descripción saturada de problemas de la vida de la familia, esos "milagros atemporales" que de lo contrario pasarían inadvertidos.

*b) Preguntas relativas a la explicación única:* Instan a los miembros de la familia a dar sentido al logro aislado, localizándolo dentro de una pauta o clase de sucesos que están relacionados con el tiempo y el espacio.

c) *Preguntas relativas a la redescrición única*: Estimulan a los miembros de la familia a dar significación a los logros aislados y a las explicaciones únicas mediante la redescrición de sí mismos, de los demás y de sus relaciones. Estas preguntas incitan a los miembros de la familia a operar en el dominio de la conciencia y a hacer que se manifiesten otros conocimientos.

d) *Preguntas sobre posibilidades únicas*: Incitan a los miembros de la familia a especular sobre el futuro personal y de sus relaciones, lo cual está relacionado con explicaciones únicas y redescriciones únicas. Estas preguntas alientan a investigar otras versiones posibles del yo y de sus relaciones, a descubrir qué nuevos y valiosos destinos o metas podrían acompañar las explicaciones únicas y las redescriciones únicas, y a descubrir qué indicios estas versiones alternativas podrían suministrar sobre posibilidades futuras y sobre los pasos específicos ofrecidos por esas posibilidades.

### 3. Historias dominantes Vs. Historias Alternativas

A medida que las personas se separan de las historias dominantes que forman parte de su vida, se les hace posible orientarse hacia aspectos de su experiencia que contradicen esos conocimientos. Una vez que se han establecido que determinados hechos son en efecto logros aislados, puesto que se les ha considerado significativos y preferidos, el terapeuta puede facilitar la generación (y/o la resurrección) de historias alternativas al orientarse hacia esos logros aislados en la actitud que uno pudiera orientarse hacia misterios del paciente. Estos misterios que únicamente las personas pueden revelar cuando responden a la curiosidad que sobre ellos manifiesta el terapeuta. Cuando las personas se entregan a la tarea de revelar esos misterios, inmediatamente se entregan también a la tarea de contar historias y darles significado.

Para lograr este proceso llamado "recreación", el terapeuta puede hacer una variedad de preguntas:

a) *Preguntas relativas al panorama de acción*: Pueden referirse al pasado, presente o futuro, y son eficaces para dar nacimiento a paisajes alternativos, que se extienden a través de la dimensión temporal. Las preguntas relativas al panorama de acción pueden concentrarse tanto en la historia reciente como en la más distante historia de logros aislados. Aquellas preguntas del panorama de acción que dan nacimiento a la historia reciente del logro aislado se refieren principalmente a sus circunstancias inmediatas.

b) *Preguntas relativas al panorama de conciencia*: Llevan a las personas a pasar revista de los hechos que se desarrollaron en otro panorama de acción y a determinar qué podrían revelar éstos sobre

la naturaleza de sus preferencias y sus deseos, el carácter de las varias cualidades personales y de relación, la constitución de sus estados intencionales, la composición de sus creencias y la naturaleza de sus empeños. Este tipo de preguntas invitan a la articulación y a la realización de estas preferencias alternativas, deseos, cualidades personales y de relación, estados intencionales y creencias, y todo culmina en una "revisión" de los empeños y compromisos personales en la vida.

*c) Preguntas referentes a experiencias de experiencias:* Estas preguntas facilitan mucho el proceso de recreación de vidas y relaciones y, a menudo, son más fecundas que las preguntas que alientan a las personas a reflexionar directamente sobre sus vidas. Estas preguntas incitan a las personas a dar una versión de lo que creen o imaginan que otra persona puede pensar de ellas, incitan a las personas a remontarse a sus experiencias pasadas y a expresar ciertos aspectos olvidados o descuidados con el paso del tiempo y ponen en juego la imaginación de las personas de maneras tales que constituyen experiencias alternativas de sí mismas.

4. Uso de documentos: Es común en este modelo la utilización de cartas, notas, certificados y diplomas. Las cartas se utilizan principalmente con el objetivo de convertir las vivencias en una narración o relato que tenga sentido de acuerdo con los criterios de coherencias y realismo. En todos los documentos el sujeto desempeña el papel central a la hora de contribuir a la especificación de sí mismo y de esta manera se hace consciente de su participación en la constitución de su propia vida. Esto puede desarrollar un profundo sentido de responsabilidad personal, así como conducir a la conciencia de que se posee la capacidad de intervenir en la conformación de la propia vida y las propias relaciones.

#### 1. Cartas

- a) Cartas de invitación
- b) Cartas de despido
- c) Cartas de predicción
- d) Cartas de contradicción
- e) Cartas de recomendación
- f) Cartas para ocasiones especiales
- g) Cartas breves
  - Reflexiones post-sesión
  - El terapeuta necesita ayuda
  - No asistencia
  - Convocando un público

- Investigando la influencia
- Historiar
- Desafiar las técnicas de poder
- Desafiar las especificaciones acerca de las personas y relaciones
- ¡Eso me recuerda...!
- Encuentros fortuitos

## 2. Contradocumentos

- a. Declaraciones
- b. Certificados
- c. Diplomas

### *Equipo de Reflexión*

La técnica de Equipo Reflexivo ofrece a los clientes la posibilidad de que a medida que escuchan al equipo se hagan nuevas preguntas estableciendo al mismo tiempo distinciones nuevas.

El sistema estancado que puede ser una persona o más, es entrevistado por un miembros del equipo, generalmente usando la modalidad de la Terapia narrativa. Al sistema estancado junto con el entrevistador se le como Sistema de Entrevistas.

El equipo suele estar detrás de un espejo unidireccional y está compuesto por un grupo de personas entre dos y cuatro generalmente, aunque el número puede variar.

El sistema de entrevista es un sistema autónomo que define de qué y cómo se habla en la sesión. El equipo reflexivo (ER) escucha, nunca da instrucciones sobre lo que el sistema de entrevista debe decir o no.

El ER escucha la sesión tras el espejo unidireccional, aunque también puede ubicarse en la sala de entrevistas. Cada miembro del equipo escucha en silencio la conversación. Los miembros nos e hablan entre si, sino que cada uno de ellos se habla a sí mismo haciéndose preguntas del tipo: "¿De qué manera la situación que presenta el sistema puede ser descrito además de la descripción presentada?" "¿Qué tienen en común está conversación y mi propia vivencia?". Los miembros del equipo deben escuchar de manera individual, sin discutir la sesión, ya que esto limitaría la atención al desarrollo de la entrevista, además de que de esta manera a los miembros del equipo se les pueden ocurrir más ideas y muy diferentes.

En un momento de la sesión el terapeuta invita a la familia o paciente a escuchar algunas reflexiones el ER, o bien los miembros del ER pueden hacer saber al Terapeuta que se encuentran listos para hacerles saber sus reflexiones, de la siguiente manera: "Tenemos algunas ideas que podrían ser de utilidad para su conversación. Si quisieran conocerlas, por favor hágannos saber cuando piensen que sería conveniente hacerlo". Una vez que el sistema de entrevista lo solicita, entonces se realiza un cambio de posición y los miembros del equipo presentan sus ideas. Los miembros del ER hablan entre sí acerca de sus ideas y preguntas sobre los temas presentados, mientras que los miembros del sistema de entrevista, escuchan. Cada miembro da su versión sobre los temas definidos como problemáticos. Si las versiones no son demasiado diferentes, servirán como perspectivas mutuas para cada uno de ellos, y las demás versiones tenderán a crear nuevas versiones a medida que los miembros del equipo se hablan en forma de preguntas. Los miembros del equipo deben mirarse a la cara mientras hablan y no mirar a los miembros del sistema de entrevista, pues mirar a una persona en especial podría sacarlos de su posición de escucha a distancia.

Es muy importante que cada miembro del equipo tenga en mente todo el tiempo que hay muchas versiones de los temas que se discuten y que cada miembro tiene su propia versión, diferente de la de los demás. Así, cada vez que se hace una reflexión, se hace en términos de posibilidad, con un toque de inseguridad. "No estoy seguro pero creo que..." "Podría decirse..." Las reflexiones del ER pueden tomar forma de diálogo en el que quedan muchas preguntas sin respuesta.

Este diálogo le da la posibilidad al sistema de entrevista de tener un diálogo interno a medida que escuchan las versiones que les presenta el equipo.

Es importante que tanto entrevistador como equipo recuerden solo hacer preguntas y eviten dar opiniones y consejos. El equipo hace reflexiones especulativas para subrayar que cada miembro del equipo solo puede tener su propia versión subjetiva del todo y que no existe ninguna versión objetiva o final.

No deben realizarse reflexiones sobre algo que pertenece a un contexto distinto del de la conversación del sistema de entrevista y no deben darse connotaciones negativas.

Una vez que el ER ha hablado por un término de 5 a 10 minutos se realiza nuevamente el cambio y el sistema de entrevista habla mientras el ER escucha. Los miembros del sistema de entrevista hablan entre sí sobre las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones. De

esta manera tienen una conversación sobre la conversación del ER, acerca de la primera conversación del sistema de entrevista. A esto se le conoce como diálogo del diálogo.

El entrevistador debe comenzar la discusión haciendo la siguiente pregunta "¿Hay algo de lo que han escuchado sobre lo que les gustaría hacer algún comentario?". La pregunta se le puede realizar a cada uno de los miembros del sistema. Una vez que todos los miembros hicieron sus comentarios al entrevistador puede presentar a discusión la idea o ideas que se le ocurrieron mientras escuchaba al ER.

Es factible que se realice un nuevo cambio con el ER, si es que aún quedan ideas que discutir o bien que hayan surgido nuevas cuestiones. Se pueden realizar hasta tres o cuatro cambios, sin embargo, el sistema de entrevista siempre debe ser el que realice la última intervención.

Es común que al final de las sesiones el equipo vea detenidamente las videocintas a fin de discutir qué otras preguntas se pudieron haber hecho. Es muy importante que cada uno de los integrantes del ER sienta una especial curiosidad alrededor del tema, ya que ésta es la que hace establecer diferencias.

Hay múltiples formas de organizar un ER, según las cuestiones prácticas y las preferencias de los involucrados, sin embargo, debe quedar claro que el entrevistador está siempre en la misma sala que el sistema fijo (la familia o individuo).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Andersen, T. (1994). El Equipo Reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona: Gedisa
2. Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1989). Terapia Familiar Sistémica de Milán: Diálogos sobre teoría y práctica.. Buenos Aires: Amorrortu
3. Cade, B. & Hudson O' Hanlon, W. (1993). Guía breve de terapia breve. Barcelona: Paidós.
4. De Shazer, S. (1985). Claves para la solución en terapia breve. Barcelona: Paidós.
5. De Shazer, S. (1987). Pautas de terapia familiar breve. Barcelona: Paidós.
6. Eguiluz, L. (2001). La teoría sistémica: Alternativas para investigar el sistema familiar. México: UNAM-UAT.
7. Elkaim, M. (1995). *Constructivismo, Construccinismo Social Y narraciones: ¿Están en el límite de lo sistémico?. Psicoterapia y Familia. 9 (2) 4- 13.*
8. Fernández, E (1990). *Una Breve Introducción al Constructivismo. Psicoterapia y Familia. 3 (2) 6-8.*
9. Fisch, R.; Weakland, J.H. & Segal, L. (1994). La táctica del cambio. Barcelona: Herder.
10. Gergen, K. (1999). An invitation to Social Construction. Great Britain: Sage.
11. Gergen, K. (1993). *El movimiento del construccionismo social en la psicología moderna en Sistemas Familiares*. Agosto 1993.
12. Gergen, K. (1996). *Realidades y Relaciones*. Barcelona: Paidós.
13. Haley, J. (1973). *Terapia no convencional*. España: Amorrortu
14. Haley, J. (1989) *Terapia para resolver problemas*. España: Amorrortu
15. Herrero, L. (1996). *Constructivismo y Terapia Familiar: Una propuesta en la Posmodernidad. Psicoterapia y Familia 9 (1) 28-32*
16. Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: FCE.
17. Hoffman, L. (1992). *Una postura reflexiva para la Terapia Familiar*. En Mc Namee, S. y Gergen, K. (Eds.) La terapia como construcción social . (pp.25-43). Barcelona: Paidós.
18. Hudson O' Hanlon, W y Hudson, P. (1989). *Amor es amar cada día*. Barcelona: Paidós.
19. Hudson O' Hanlon, W y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós..
20. Madanes, C. (1990). *Sexo, amor y violencia*. Barcelona: Paidós.
21. Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. España: Amorrortu

22. Maldonado, I. (1997). *Evaluación crítica de la corriente narrativa y conceptos interrelacionados en Terapia Familiar*. Psicología Iberoamericana 5 (3)13-21.
23. Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
24. Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.
25. Molina, J. (2001) Deconstrucción y Reconstrucción de la Psicología: Hacia un nuevo paradigma. Manuscrito Inédito. Universidad Nacional Autónoma de México.
26. Nardone & Watzlawick (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder
27. McNamee, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
28. Nelson, T. & Rosenthal, D. (1986). *The evolution of circular questions: Training family therapist*. Journal of Marital and Family Therapy. 12 (2) 113-127.
29. Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
30. Sánchez & Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y Técnicas*. México: Manual Moderno.
31. Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1980). *Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session*. Family Process. 19. (1)
32. Tomm, K. (1987a). *Interventive Interviewing: Part I. Strategizing as a Fourth Guideline for the Therapist*. Family Process. 26 3-13
33. Tomm, K. (1987b). *Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing*. Family Process. 26 167-183
34. Watzlawick, J. (1992). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
35. Watzlawick, J., Beavin Bavelas, J. & Jackson, D. (1995). Teoría de la comunicación Humana. Barcelona: Herder

### III. Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

A lo largo de los cuatro semestres que componen el programa de Residencia en Terapia Familiar, se cursaron diferentes asignaturas teóricas y prácticas que complementaron la formación terapéutica; durante los dos primeros semestres, a la par de la formación propia del programa de la residencia se cursaron materias de tronco común.

Las materias fueron prácticas y teóricas, teniendo como sede a lo largo de toda la residencia el Centro de Servicio Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", de la Facultad de Psicología.

#### 1. Habilidades Clínico-Terapéuticas

En el transcurso de la formación como Terapeutas Familiares se tomaron un gran número de familias para su abordaje terapéutico. En algunos de los casos la participación fue como parte del Equipo de Supervisión o del Equipo Reflexivo, en otros como Terapeuta.

Se trabajó también bajo la modalidad de supervisión narrada, en la que se relataba a un grupo de compañeros y a un terapeuta asignado como supervisor los avances de cada caso, discutiendo las intervenciones terapéuticas y realizando la planeación de cada sesión; en esta modalidad el trabajo frente a paciente fue acompañado por un equipo terapéutico, que ya no incluía al grupo completo de la residencia, ya que se dividió al grupo en dos equipos de trabajo.

Durante el primer semestre, se tomaron únicamente dos familias, en la Materia de Práctica Supervisada I, una de ella a mi cargo y la otra a cargo de la Supervisora, se trabajó principalmente con el Modelo de Terapia Breve. Se hizo énfasis en una de las habilidades principales del terapeuta: las capacidades de observación y análisis.

Durante el segundo semestre, se continuó con las dos familias asignadas y se retomaron seis más bajo el mismo Modelo, Terapia Breve y cuatro más siguiendo el Modelo Estructural. Algunas de estas familias no completaron el tratamiento y se dieron de baja, razón por la cual se tomaron seis y no cuatro familias.

A lo largo del tercer semestre, y habiendo cursado la mayor parte de la teoría referente a la Escuelas de Terapia Familiar, se atendieron aproximadamente ocho familias en el Modelo de Soluciones (se dividió el Equipo terapéutico en dos para dar mayor cobertura), seis familias usando el Modelo de Terapia Breve y en coterapia, dos familias en Caso Continuo con una Supervisora y otras dos con otro Supervisor, teniendo las familias a su cargo, a la mayor parte de las familias que se tomaron durante los primeros semestres se les continuó dando atención y en algunos casos se dio a cierre a la intervención.

Finalmente, durante el cuarto semestre, fue posible dar atención a un gran número de familias, debido a que, a fin de brindar mayor cobertura, se inició con Supervisión Narrada, se constituyeron Equipos de Trabajo pequeños y se supervisaba dos veces al mes con un Supervisor asignado, de esta forma fue posible trabajar de una manera más cercana a la realidad del Terapeuta, solo o con un equipo pequeño y contando con Supervisión narrada para el correcto manejo del caso. Personalmente, tomé a mi cargo cinco familias, cuatro de ellas terminaron su proceso satisfactoriamente a finales del semestre. Aproximadamente se dio atención a cincuenta familias más en este último semestre.

En total contamos con 860 horas de supervisión y con el apoyo de siete supervisores en las modalidades ya descritas.

A lo largo de los cuatro semestres de la maestría, el programa de terapia familiar atendió a un total de 286 personas, en un total de 603 sesiones de psicoterapia divididos en 96 casos. De estos casos, el 11% fueron niños, 26% adolescentes y el 66% restante adultos. De estos 96 tratamientos, el 59% de los casos se trabajó con familias, el 26% fueron tratamientos individuales y el 15% fueron parejas.

Las principales problemáticas por las que se solicita el servicio son: problemas de pareja, comunicación familiar, bajo rendimiento escolar, alcoholismo y adicciones y depresión.

A continuación se enlistan las familias atendidas por la autora, durante el periodo de la Residencia.

Caso	Modalidad	Problemática	Proceso	Número de sesiones	Supervisor
TP	Soluciones	Socialización y Abuso Sexual	Alta	13	Dra. Carolina Díaz-Walls/Dra. Mary Blanca Moctezuma
VM	Problemas	Hija adolescente	Alta	24	Dra. Mary Blanca Moctezuma
S	Narrativa con Equipo Reflexivo	Relación con familias extensas	Alta	9	Mtra. Nora Rentería
M	Soluciones	Pareja	Baja Temporal	6	Dra. Mary Blanca Moctezuma (Narrada)
R	Soluciones	Relación Madre-hijo	Alta	9	Dra. Mary Blanca Moctezuma (Narrada)
C	Problemas	Dificultades con el hijo adolescente	Deserción	4	Dra. Mary Blanca Moctezuma (Narrada)

Enseguida se reproducen cuatro casos en los que la autora fungió como Terapeuta y que se escogieron por que más allá de que se les pueda dar una clasificación de exitosos, pueden ser didácticos en cuanto a lo que sirve y lo que no sirve a la familia y lo que como Terapeuta aprendí de éstas familias.

## 1.1 Expedientes de trabajo clínico por familia

### Caso 1. TP<sup>1</sup>

*Modelo bajo el cual se trabajó:* Terapia Breve centrada en Soluciones

*Número de sesiones:* 13 sesiones

*Fecha de inicio del tratamiento:* 9 de septiembre de 2002

*Fecha de cierre:* 19 de febrero de 2003

*Sesiones de seguimiento:* 1/10 de marzo de 2003

*Descripción de la Familia:* Es una familia compuesta por cuatro miembros, la madre C de 34 años, se dedica al hogar y hace suéteres y los vende; el padre, L, también de 34 años, trabaja en un taller de fibra de vidrio, ambos tienen una carrera trunca de Derecho. Sus hijas K de 7 años que cursa primero de primaria y E, de 6, que cursa el tercero de kinder. Desde que se casaron viven en el mismo predio de la familia de L, lugar en el que construyeron su casa desde hace 10 años. L dice que no pueden moverse de ese lugar porque no tienen dinero para rentar o construir en otro lado, aunque todos, incluyendo a las niñas, están inconformes con el hecho de vivir en ese lugar.

*Historia del Problema;* Vía telefónica, antes de la primera sesión, al preguntarle a la madre que es lo que ella cree que está ocurriendo, ella señala que hace aproximadamente dos años, un sobrino de su esposo (LA) de 12 años, abusó sexualmente de K (tocamientos) y cree que probablemente también haya abusado de E, aunque no lo sabe. Señala que también ha notado que E se está aislando y que en la escuela le dijeron que tiene problemas para socializar.

La madre señala que se siente culpable por no haberse dado cuenta de lo que estaba ocurriendo, aún cuando les enseñó desde muy pequeñas a cuidarse. Agrega que su esposo es agresivo y que fue a reclamarle a su hermana pero no trascendió legalmente, desde entonces existen roces con la familia del señor L., principalmente porque viven dentro del mismo predio.

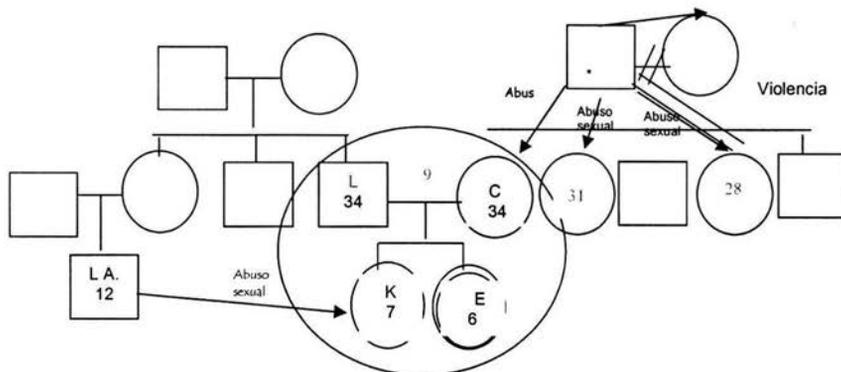
Con relación a los problemas de socialización de E. la Sra. C dice que hace aproximadamente un año, la maestra les comentó que E tenía problemas de socialización porque no la veía con amiguitos. La madre

---

<sup>1</sup> Este será el caso que se presentará en el examen de competencias para la obtención del grado.

dice que no han notado que a E. le cueste trabajo socializar y hacer amigos.

*Genograma:*



*Motivo de consulta:* Se pueden identificar dos: Aislamiento y dificultades de socialización de E, reportados por la psicóloga de la escuela y el abuso sexual sufrido por K

*Perspectiva Teórica de la Problemática:*

Evaluación del funcionamiento familiar según Mc Master

I. Identificación y solución de problemas

*Problemas identificados por la familia*

- E tiene problemas para socializar porque así lo ha notado la maestra de preescolar
- K tendrá dificultades más adelante debido al abuso sexual que sufrió.
- L no sabe como acercarse a sus hijas, es violento y las niñas le tienen miedo
- C ha tomado toda la responsabilidad en la disciplina de los hijos.
- L tiene que demostrar constantemente que él es confiable, e incapaz de hacer daño (sobre todo con acercamientos sexuales) a sus hijas.

*Problemas identificados por la Terapeuta*

- C se alía con sus hijas contra su esposo
- L se encuentra totalmente aislado de la familia
- C no ha permitido el acercamiento afectivo de L a sus hijas
- El abuso sexual sufrido por K remueve todo tipo de sentimientos en la pareja y C desconfía aún más de su esposo

- El motivo de consulta descrito como “problemas de socialización” de E se relaciona con la ansiedad que le provoca lo sucedido a su hermana, ya que E es la portavoz de la familia.

## II. Intentos de solución

En relación a la socialización de E, la familia no ha hecho nada, únicamente buscar ayuda terapéutica, un año después. En relación al abuso, la madre ha optado por aislar a sus hijas, ya no les permite jugar en el predio, con sus primos, y la mayor parte de las tardes las lleva a casa de la abuela, donde no hay niños de su edad.

C también ha tenido precaución de cuidarlas más, especialmente de todos los hombres, incluyendo al padre.

## III. Comunicación

Indirecta y encubierta.

## IV. Roles

C tiene el control de la familia, de una manera sutil y basada en ser una madre abnegada. L ha tomado el papel de duro y considera que no sabe educar, por lo que es C quien tiene que hacerlo y además enseñarle cómo. En ocasiones es agresivo con su esposa y sus hijas, lo que le ha dado el lugar de malo y violento, aunque en raras ocasiones ha llegado a golpes.

E es la portavoz de la familia, es quien regula la comunicación, dentro y fuera del sistema e incluso entre la pareja. Ambas niñas se encuentra en medio de la pareja y están encargadas de acompañar a la madre y de cumplir con todo lo que ella no pudo ser y hacer.

Los roles se han rigidizado a tal grado, que al padre no se le permite ser cariñoso, ya que eso rozaría el límite del abuso. C es quien brinda cariño, mientras que L únicamente puede dar regaños. Actualmente C comienza a ganar dinero, lo que a L le desestabiliza, le molesta que desatienda el hogar y que no estén cuando él llega a casa del trabajo.

## V. Respuesta afectiva

En general, la familia no está acostumbrada a hablar en términos emocionales. Especialmente la pareja se muestra rígida y no se observa en las sesiones ningún tipo de intercambio afectivo entre ellos. Las niñas expresan emociones mediante cartas, pero evitan hacerlo directamente frente a los padres. Cuando se profundiza sobre una emoción en

concreto, es frecuente que ambas niñas lloren y que la madre guarde silencio.

Aunque C tiene un tono afectivo hacia sus hijas no suele haber intercambios de afecto como abrazos, besos, etc. En general el tocar en esta familia es algo bastante restringido. Tanto la pareja como las niñas evitan contacto físico incluso con la terapeuta, incluso el saludo de mano.

#### VI. Involucramiento afectivo

C se encuentra sobreinvolucrada con sus hijas, mientras que el padre tiende al desligamiento. Entre la pareja hay una pobreza en los intercambios afectivos. Es importante señalar que en las niñas inmediatamente surge un involucramiento emocional con la terapeuta. Se alían a ella para denunciar las peleas de los padres.

#### VII. Control de la conducta

L mantiene un control rígido sobre la familia, mientras que C intenta negociar y convencer a las niñas. Los controles resultan eficaces, aunque en ocasiones los padres no están de acuerdo sobre la forma de educar a las niñas, L reprocha a C que es demasiado suave y que le desautoriza.

### Evaluación de la familia según el Modelo Estructural

#### I. Límites:

Difusos entre subsistema parental y fraterno, el padre ocupa un lugar inferior al de sus hijas, totalmente desligado. Los límites externos son muy rígidos y casi no se permite el intercambio de información hacia el exterior. La familia tendió a aislarse a partir del abuso de E, la desconfianza de C mantiene alejada a las niñas de todo tipo de contacto externo.

#### II. Jerarquías

C y sus hijas ocupan el lugar más importante, C es autoridad encubierta, L cree que tiene el control mediante la violencia, pero continuamente es amenazada por el resto de la familia de ser abandonado si no cambia.

#### III. Alianzas

La madre se alía con las hijas en una coalición contra el padre.

#### IV. Reglas

Los hombres son culpables de ser abusadores por el simple hecho de ser hombres, por lo que constantemente tienen que demostrar lo contrario.

Las demostraciones de afecto solo pueden darse entre mujeres y los acercamientos físicos del padre son malinterpretados.

Solo la madre sabe educar, el padre no sabe cómo hacerlo, todos tenemos que enseñarle, incluso sus hijas.

Hipótesis:

1. El propio abuso sexual de la madre le hace desconfiar de su esposo, el abuso sufrido por K, le confirma a C que L no es confiable, porque finalmente el abuso viene por parte de su familia.
2. El abuso sufrido por K cuestiona la propia sexualidad de los padres y su capacidad de proteger a sus hijas. Mientras que el padre se siente atacado en su virilidad, C siente que debe proteger aún más a la familia de todo miembro masculino.
3. K resulta más vulnerable a sufrir un abuso sexual debido a sus dificultades de expresión de emociones y a su pobre asertividad.
4. Las niñas se encuentran tan unidas que E manifiesta problemas para socializar como una forma de expresar la ansiedad que siente su hermana y de llevar a la familia a hablar.

Desde el *Modelo de Soluciones*, se destacan las excepciones al problema y durante todo el tratamiento se intenta ampliarlas, retomando los recursos de la pareja.

- La pareja no suele discutir frente a las niñas, lo cual es un reflejo de que se preocupan por ellas.
- Ambos padres están preocupados por ser buenos padres. L pide que le enseñemos a ser un buen padre y a educar a sus hijas de la mejor manera. En general ambos asisten a las sesiones.
- E es capaz de hacer amigos en la escuela, incluso le escriben cartas y los niños la buscan.
- K es una valiente por haber sido capaz de hablar con toda su familia de lo ocurrido.
- La familia es protectora y no permitirá que vuelva a ocurrirle nada a las niñas.

#### *Desarrollo de la Terapia e intervenciones realizadas*

La Familia T. acude a terapia por un problema de E., la hija menor de la familia, etiquetado como "dificultades de socialización". Desde la primera sesión, se logran algunos cambios al nivel de percepción. La familia deja de percibir la conducta de E como un problema, pues se reencuadra como que "tiene pocos y buenos amigos" y que está muy

preocupada por su hermana, se siente angustiada por el abuso sexual que sufrió y de algún modo está actuando la angustia de la familia.

Con relación al abuso sexual sufrido por K, se trabaja con la culpa de E, por permitirlo, y de los padres, por no ser lo suficientemente eficaces en la protección de su hija. Se reencuadra el abuso como una situación que pasó, pero que no pasará más. E se siente más cercana a la familia y la "sombra negra" que estaba sobre la familia por "lo sucedido" de algún modo se difumina, deja de ser un secreto y se convierte en un buen pretexto para que la familia se replantee sus formas de relacionarse y de demostrarse afecto. A partir de la primera sesión, las niñas hacen alianza con la terapeuta, convirtiéndose en voceras de los problemas de la familia, especialmente del distanciamiento del padre y los problemas de pareja.

Se trabaja con ambas niñas sobre el derecho que tienen sobre su cuerpo y de decir "No" a las cosas que les hacen sentir incómodas. Se normalizan los "juegos" que tiene que niños de su edad, los cuales comenzaban a crearles ansiedad y culpa por equipararlos con el abuso.

Se realizan algunas intervenciones de reestructuración, con las que se busca acercar más al padre, romper la desconfianza de la madre hacia su esposo, con la que se identifican las niñas y la actúan en representación de la madre. De algún modo la Sra. C. se ha empeñado en confirmar sus sospechas, en relación a que su esposo es poco confiable, aunque no tiene elementos para asegurarlo. L. es culpable por el simple hecho de ser hombre.

Entre los factores de riesgo para ser víctima de abuso sexual durante la infancia, se encuentran la falta de asertividad, el pobre contacto afectivo entre hijas y padre y las dificultades de comunicación dentro de la familia, por lo que se tratan de contrarrestar éstas, buscando un mayor involucramiento afectivo del padre y facilitando la expresión de sentimientos dentro de la familia.

La familia T. se ha ido aislando, cerrando sus límites intra y extrafamiliares, no permitiendo retroalimentación y contacto con otras redes, especialmente después del abuso sufrido por K. El espacio de comunicación brindado por la terapia, posibilita que empiece a fluir la comunicación, que los miembros puedan intercambiar información con otros sistemas y que la familia deje su aislamiento.

Se buscó dar un enfoque diferente al abuso sexual, trabajándolo dentro de la familia, pues es una crisis que toca a todos los miembros de la misma, de uno u otro modo. Durante las sesiones se trabajó con la

madre, a quien el abuso sufrido por A. le revivió sus propios abusos sufridos; con el padre, a quién le cuestionó su propia capacidad de proteger a su familia y el distanciamiento de su propio padre y con las niñas, pues a pesar de que fue K. quien lo vivió, E. también experimentó la culpa y el enojo de su hermana, ya que se encuentran muy unidas.

Se busca cambiar la forma de ver la situación percibida como problemática, a través del reenmarcado y desenmarcado y constantemente se evocan recursos, soluciones y capacidades de la familia que se pueden aplicar a las situaciones que se perciben como problemáticas.

Con relación a los padres, se intenta recuperar la relación conyugal, independientemente de la parental, se reecua la dureza del padre, como "diferentes estilos de querer y educar", mientras que la madre es apapachadora y permisiva, el padre intenta poner disciplina y es más seco.

Igualmente, se intenta recuperar las redes de apoyo de la familia, ya que a partir del abuso sufrido por K, la familia se aisló, desconfiando especialmente de la familia de L, a partir de ese momento, ya no se les permitió a las niñas relacionarse con los demás niños que viven en el mismo predio y las relaciones con sus primos se vieron cortadas de tajo; la mayor parte del tiempo las niñas están con su madre en casa de su abuela, donde no hay otros niños con los que puedan relacionarse. De esta forma se intenta abrir los límites extrafamiliares a fin de evitar el aislamiento y la falta de relación con su medio.

Se realizan algunas maniobras con el fin de traer al padre de regreso a la familia, devolviéndole su lugar como autoridad, junto a su esposa, ya que de algún modo C. ha puesto a las niñas de su lado y en una coalición contra el padre, lo amenazan constantemente con abandonarlo si no cambia.

Las relaciones familiares se ven tocadas por las sesiones, ya que se cuestiona la idea de la madre de la "mejor y única forma de educar y querer", se reencadra la dureza del padre y se intenta devolverle autoridad y respeto por parte de las niñas. Mediante algunas maniobras de reestructuración se consigue de algún modo acercar al padre e ir rompiendo la barrera de la desconfianza de la madre, transmitida hacia las hijas.

Conforme van avanzando las sesiones, hay un cambio significativo por el cual de algún modo la pareja "libera" a las niñas y se hace explícito el conflicto entre ellos. Gracias a la intervención de las niñas, los

problemas de pareja se hacen evidentes y se tratan como un problema independiente, la pareja empieza a enfrentar sus dificultades, y especialmente C se plantea la posibilidad de separarse, ya que no está satisfecha con la relación. Desgraciadamente, en las últimas sesiones el padre toma un trabajo en el que tiene que permanecer alejado de la familia durante varios meses, esto hace que la madre retome nuevamente las responsabilidades del padre, empoderándose al empezar a ganar dinero con su trabajo, y que él padre se mantenga separado de la familia. Las niñas empiezan a acostumbrarse a la ausencia del padre y dicen sentirse más tranquilas de que él no esté porque así no hay discusiones y nadie las regaña. La madre entonces empieza a pensar seriamente en la separación porque se da cuenta que está bien sin su esposo y siente el apoyo de su mamá, quien también está separada de su esposo.

El cierre de la Terapia se da cuando se consideran resueltos los dos principales motivos de consulta: las dificultades de socialización de E. y el abuso de K. Queda pendiente el trabajo con la pareja, mismo que no se pudo concretar por el cambio de residencia de L.

## **Caso 2: Familia VM**

*Modelo bajo el cual se trabajó:* Terapia Breve centrada en problemas

*No. de sesiones realizadas:* 24 sesiones

*Fecha de inicio del tratamiento:* 5 de noviembre de 2001

*Fecha de terminación del tratamiento:* 23 de septiembre del 2002

*Descripción de la familia:*

Asiste la pareja a solicitar ayuda terapéutica. La familia está conformada por la pareja y dos hijos, una mujer y un varón de 15 y 12 años respectivamente, por lo que el ciclo vital de esta familia corresponde a familia con hijos adolescentes. En dos ocasiones han asistido la hija, G, como paciente identificado, y la abuela, con quien vive actualmente G.

Ambos laboran vendiendo en un tianguis, con negocios diferentes, ella vende tostadas y él renta y vende películas.

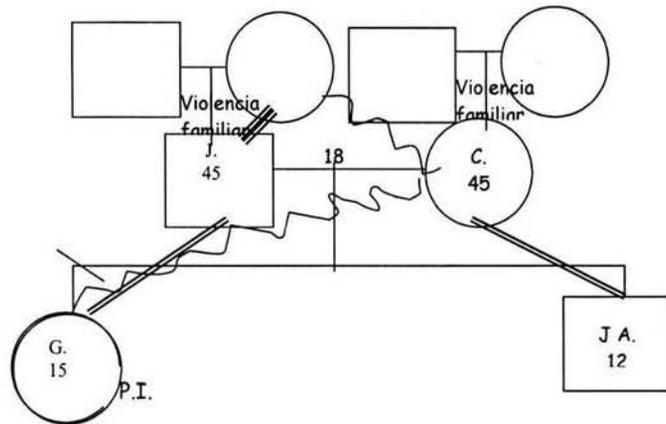
Pertenecen a un nivel socio-económico bajo y su grado de escolaridad es de primaria de ella y profesional trunco de él.

*Historia del Problema:* C. tuvo grandes dificultades para embarazarse de G, tres abortos anteriores y estuvo sometida a tratamientos. Ella dice que la suegra le hacía brujería para que no se embarazara y que a la fecha sigue haciéndolo para que G se porte mal con ella. C dice que desde que G nació ella sintió el rechazo de la niña, que siempre buscaba más al padre que a ella. C corregía siempre a G con golpes, que se fueron

haciendo más duros cuando la chica empezó con actos antisociales. Ante los golpes de la madre, J toma como protegida a G y constantemente saboteaba los castigos de la madre.

Se presentan a terapia por la conducta de G, sin embargo solo dos veces consiguen llevarla a las sesiones

*Genograma:*



*Motivo de consulta:*

Asisten a terapia pues su hija G muestra una variedad de conductas que ellos no han sabido manejar como robo, vandalismo y reprobación de materias en la escuela, además tiene constantes peleas con la madre. El problema se ha generalizado a la pareja. C Dice que J no ha tomado su papel de padre y todo se lo ha dejado a ella. J está de acuerdo con la descripción de C.

*Perspectiva teórica de la problemática:*

Evaluación del funcionamiento familiar según Mc Master

I. Identificación y solución de problemas

*Problemas identificados por la pareja*

- G Tiene conductas rebeldes que ellos no han podido controlar

- J no ha sabido ser padre, al no poner límites a G y dejarle la responsabilidad a C
- C ha tomado toda la responsabilidad en la disciplina de los hijos.
- Los problemas de pareja son a causa de la educación de los hijos.

#### Problemas identificados por la Terapeuta

- G se alía con el padre contra la madre
- J ha continuado siendo un hijo de familia en lugar de ser esposo
- C No ha permitido que J. tome su responsabilidad como padre.
- C Querría que J fuera violento como lo ha sido la mayoría de hombres en su vida, eso sería ser un buen padre.
- J sufrió violencia en casa por lo que evita a toda costa ser violento él mismo.
- C Se ha dedicado a marcar los límites mientras que J. ha buscado acercarse más afectivamente a sus hijos.
- Existe una fuerte rivalidad entre C. y G. por el cariño del padre.
- La abuela tiene una gran influencia sobre la familia.

#### II. Intentos de solución

Desde que G. era muy pequeña C. la ha golpeado cuando roba o es rebelde, le ha hablado y ha intentado darle consejos. También ha buscado que J. la reprima o incluso que la golpee para castigarla. J. ha buscado un mayor acercamiento con G. sabotando incluso la autoridad de C. frente a G. En una ocasión C. la envió a un internado de monjas por no haber llegado a dormir y actualmente la han mandado con la abuela. También han asistido en varias ocasiones a terapias, pero no han funcionado.

#### III. Comunicación

Indirecta y encubierta.

#### IV. Roles

En esta familia C. juega el papel de autoridad, quien castiga y marca límites de una manera violenta, mientras que J. al parecer juega un papel periférico. C. se muestra como quien cubre todas las necesidades de la familia y es un poco víctima de la dejadez de J.. G. juega el papel de mala, quien no acepta ninguna regla y reta a la madre, aliándose contra el padre. Según la versión de la familia José A. el hijo menor se muestra tímido y retraído, con una gran dificultad para relacionarse.

Los roles no están siendo funcionales ya que la madre ha tomado la autoridad de la familia, dejando de lado al padre y devaluándolo frente a los hijos y la madre se ha constituido como un ogro frente a su esposo y

a sus hijos, dificultando la posibilidad de que ambos padres marquen límites y se muestren afectuosas. Asimismo, esta división no ha permitido que se constituyan como una pareja en la que se comparten responsabilidades y derechos.

#### V. Respuesta afectiva

C. evita hablar de sus emociones y le cuesta trabajo mostrarse afectiva con la familia, le es muy difícil hablar de sus sentimientos y de su necesidad de ser apoyada y comprendida. o vulnerable. En general las muestras de afecto provienen de J. Parece que en esta familia las expresiones de afecto son poco permitidas y tienen que hacerse a escondidas de la madre. C. dice que es rechazada por G. ante cualquier acercamiento físico u emocional de su parte, por lo que ha optado por no acercarse. J. señala lo escasas que han sido las demostraciones afectivas por parte de C. hacia él, manifiesta tenerle cierto temor.

#### VI. Involucramiento afectivo

Es una familia que tiende al desligamiento. Sin embargo el padre y G. se encuentran sobreinvolucrados , mientras que en la relación madre-hija existe una involucración carente de afecto.

#### VII. Control de la conducta

C. mantiene un control sumamente rígido sobre la familia, mientras que J. utiliza un control más bien caótico con sus hijos. Los tipos de controles que se utilizan resultan ineficaces.

### Evaluación de la familia según el Modelo Estructural

#### I. Límites:

Rígidos por parte de C. hacia el subsistema fraterno y hacia J., totalmente difusos por parte de J.

#### II. Jerarquías

G mediante su conducta ha ocupado la autoridad máxima de la familia y ha llevado a su padre incluso a dejar a la madre. Ella tiene el control sobre la conducta de ambos. G. no está ubicada en el subsistema fraterno y tiene una mala relación con su hermano menor.

#### III. Alianzas

El padre se alía con G contra la madre y éste queda aislada. Al parecer, la madre busca establecer una alianza con JA Contra G y J. Esto ha llegado al extremo de que el padre se ha ido a vivir con la hija y la madre con el hijo.

#### IV. Reglas

El acuerdo en esta familia es excluir al miembro dañino, en lugar de integrarlo. Asimismo, la violencia ha regulado gran parte de la vida familiar, ya sea en el afán de evitarla o de reproducir el patrón aprendido de violencia es igual a masculinidad

#### Hipótesis

1. C ha tomado una actitud agresiva y dominante ante la alianza de su esposo y su hija.
2. El problema de pareja se ha hecho más evidente cuando G confronta a ambos padres sobre su actitud frente al otro.
3. C no ha permitido que J tome su rol de esposo y padre, al devaluarlo constantemente.
4. Los actos de vandalismo y robo por parte de G son una demanda de afecto hacia su madre, quien la rechaza encubiertamente y en ocasiones muy abiertamente.
5. C ha sido víctima de violencia y de carencia de afecto, por lo que le es muy difícil establecer relaciones cercanas con su esposo e hijos.
6. Para C la única forma de control es la violencia, reñida con la demostración de afecto.

#### Evaluación de la familia según el Modelo Estratégico

1. La conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía. Resulta muy claro que C. no quiere compartir el poder que ha ido adquiriendo en la familia, que se ha visto cuestionado por la hija adolescente, en los intentos de J. por tomar el control de la situación, C. aprieta más y evita ceder su control (dinero, permisos, etc). Dentro de la díada marital existe una lucha por tener el control de la familia, que se ve amenazado por el crecimiento de los hijos.
2. La organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente. Existe una coalición entre J. y su hija contra C., por lo que ella busca apoderarse del hijo. Cuando el padre (J.) regresa a la díada marital y se alía con la madre, G. busca otras alianzas como la familia del padre para criticar a su madre.
3. La comunicación analógica cobra mucho sentido, y así podemos ver claramente como C. exige verbalmente la participación de J. y después realiza otras conductas para no permitir que sea él quien tome la iniciativa y el control de esa familia.

4. Tomando el síntoma como un modo de comunicarse con los demás, podríamos interpretar el síntoma de C. como una necesidad del cariño y atención de su madre y como la búsqueda de unos padres unidos como tales, que funcionen en sincronía.
5. Mediante la conducta sintomática, G. ha tomado una posición en la jerarquía superior a la de los padres, pues ella quien tiene el control sobre de ellos, puede provocar que se separen y que acaben por discutir entre ellos a causa de su conducta.

Sobre la base de este Modelo, se establecería como Objetivo Terapéutico impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas

#### Evaluación de la familia según el Modelo del MRI

1. Al *No existir un modelo normativo a seguir* se respetará la dinámica familiar y la forma en la que se han organizado como familia.
2. Se considera que los problemas que ésta familia presenta *son solo dificultades* en su ciclo vital *no patologías*, por lo tanto se puede considerar que la familia había venido funcionando normalmente hasta que G. alcanza la adolescencia y empieza a desafiar y a cuestionar a sus padres, lo que moviliza al resto de la familia, especialmente a la madre, quien se siente cuestionada en su papel femenino y de maternaje.
3. Toda la evaluación que se realice de la familia se basa *en conductas observables*, por lo que se ha evitado las interpretaciones y las inferencias.
4. Con relación al pasado, éste ha sido relevante *solo en la medida en como se expresa la situación presente*, por lo que conocemos, por ejemplo, que gran parte de la conducta de J., que él llama pérdida de control, es a partir de su salida del banco, al igual que la dificultad que C. tiene para relacionarse su hija. Solo en esa medida hemos necesitado recurrir al presente.
5. No se presupone ni se infiere nada que no haya traído la familia.
6. No se puede hablar de ningún diagnóstico o interpretación de la situación, sino únicamente de la forma en que como ha venido funcionando la familia y cómo esto se ha convertido en un problema.

7. Se considera que los problemas son de índole interaccional y tienen una causalidad circular. Por lo que al evaluar a la familia podemos encontrar que las relaciones entre C y G no son satisfactorias, al sentir C el rechazo y evaluación de G. Ante estas dificultades en la relación, J interviene, tratando de suavizar las cosas para G, lo que provoca el enojo de C al sentir que su autoridad se desvanece frente a su hija. Asimismo, esta conducta conciliadora que J. manifiesta es considerada por C como de poco interés y poca firmeza, lo que provoca que C. redoble sus esfuerzos por mantener autoridad y control sobre sus hijos, promoviendo así la formación de síntomas en G, quien percibe a sus padres como muy alejados y en conflicto constante.
8. Se considera que el problema se construye a partir de ciertas dificultades prolongadas en el tiempo, el cual *se mantiene debido a los intentos de solución fallidos y repetitivos*. Se puede notar que ante cada intento de control por parte de C, J interviene siendo considerado con su hija y ante cada intento de J por tomar el control, C hace todo por no perderlo ella misma. La principal función del terapeuta tendría que ir encaminada a romper los patrones repetitivos de intentos de solución fallidos.

Según este Modelo el Objetivo Terapéutico sería que la familia perciba cambios, eliminando o reduciendo su queja, introduciendo cambios en las interacciones alrededor del problema.

#### *Desarrollo de la Terapia e intervenciones Realizadas:*

En un primer momento se trabaja con ambos padres, C critica constantemente la forma de educar de J, éste se defiende diciendo que C es muy dura con los hijos. Ambos padres se muestran derrotados ante la actitud de su hija adolescente, que desde temprana edad empieza a robar y a mentir constantemente y se rebela abiertamente principalmente contra la madre. En esta familia, las creencias toman un lugar importante, por lo que primeramente se exploran con el fin de adoptar su lenguaje y no contraponerse a esas ideas pues de lo contrario la familia se resistiría a las intervenciones. Se busca también ampliar las excepciones en el comportamiento de G resaltando las veces en las que C si puede ser cariñosa con G y las veces que G si tiene una buena conducta en casa.

Casi al iniciar el tratamiento G sale de casa y se va a vivir con la abuela paterna, lo que tiene bastante preocupados a los padres, especialmente a C. En las sesiones cuarta y quinta asiste G con sus padres y la abuela y pone sus condiciones para regresar a casa, se hace evidente el rechazo recíproco madre-hija y la alianza con el padre y la abuela, quien se muestra como una mujer controladora y enjuiciadora hacia C.

En las primeras sesiones C comenta que ha dejado de golpear a G y que quiere acercarse más a ella, sin embargo pide abiertamente que su esposo no se alíe con G y la apoye en la disciplina que tiene que tener con ella. Aunque J está de acuerdo en que tiene que ser más duro con ella e intervenir más en la educación de G, no saboteando los castigos de C, continúa sobreprotegiéndola, pues dice que tiene miedo de ser agresivo.

Se trabaja con la distribución del dinero en la pareja, pues representa uno de los puntos por los que la pareja discute constantemente. Se establece un plan de acción concreto en el que cada quien administra el dinero una semana. Esta intervención se hace con el fin de distribuir el poder en la pareja y de darle la oportunidad a J de mostrarse responsable.

Se connotó positivamente el control de C como "hiperresponsabilidad" y se le señaló que quisiera tener "lo mejor de dos mundos" en el sentido de querer conservar el aspecto tradicional de la pareja, que J sea él proveedor y que sea responsable de todos los gastos, y al mismo tiempo, que ella pueda salir a trabajar y lleve el control de la relación, tal como sucede en las parejas modernas. De esta manera se intenta que la familia se reestructure y cambie algunas de sus antiguas formas de relación, con estrategias que se adecuen al sistema de creencias de la familia.

La pareja comienza a tomar acuerdos entre ellos, lo que promovió que ciertas formas de funcionamiento disfuncionales que se habían rigidizado, se han cuestionado, lo que ha dado posibilidad de cambio en la familia.

Mediante el uso de preguntas se busca que ambos miembros de la pareja se centren en los aspectos positivos de los demás miembros de la familia, de esta manera se busca que paren un poco las quejas, especialmente de C y se amplíen los recursos de cada uno.

En un momento del Tratamiento C decide que ella no asistirá más a las sesiones, pues J continúa aliándose con G, dejándole a ella la responsabilidad de castigar las conductas antisociales de G. A partir de

ese momento se decide que J continuará asistiendo solo. J decide que es tiempo de volver a participar en la familia y retomar lo que perdió, la T. realiza preguntas a futuro con relación a cómo van a ser diferentes las cosas cuando él decida tomar el control; en su relación con C y con sus hijos. Ante la pregunta del equipo de que tan dispuesto está en este momento de hacer cambios, él señala que ya quiere hacerlo y que no puede esperar más.

Se utilizan preguntas orientadas al futuro mediante las cuales el paciente pueda visualizarse realizando la conducta deseada, dando además por hecho que el cambio se logrará tarde o temprano. Se usa también un desafío hacia el paciente diciéndole que tal vez prefiera en estos momentos permanecer tal cual está, él se muestra en contra. Ante la resistencia que J ha mostrado para realizar cambios, se hace una intervención general en la que se le presentan los peligros de una mejoría. Se establece un cambio mínimo que el paciente pueda establecer como un primer paso.

Muy lentamente J va retomando algunas responsabilidades que había dejado sueltas y reconoce que C ha tomado las riendas de la familia tan rígidamente porque él las soltó.

Durante todo el tratamiento se usan las escalas a fin de conocer la percepción de avance y logro de objetivos de la familia.

En las últimas sesiones se hace una exploración acerca de la forma en que han enfrentado el problema como pareja, ambos dicen que es un poco diferente, aunque C se sigue quejando de que J no es firme con G y le permite hacer muchas cosas. En cuanto a la relación con G. C. dice que está bastante mejor, aunque no son grandes amigas, ya no hay golpes y se han acercado un poco. JA. también percibe que la relación es un poco mejor entre G. y su mamá y cree que incluso entre los hermanos ha mejorado la relación. J. Dice que en ese sentido él ve cambios de la relación de G. con su mamá y con su hermano. La familia desconoce muchas cosas acerca del supuesto consumo de drogas por parte de G., continúa llegando muy tarde, mintiendo y con un bajo aprovechamiento en la escuela. G no vuelve a ninguna sesión y los padres no pueden obligarla a venir.

Se explora lo que la familia sabe de su hija y se busca crear en ellos una conciencia acerca del problema que tienen como familia y la importancia de que lo ataquen rápido y fuerte. Se les aclara que el consumo de drogas y las adicciones es un problema grave en el que hay que actuar, especialmente porque aún con la promesa de G de no consumo, siguen

presentándose indicadores de consumo. Se les sugiere que busquen un tratamiento específico para G.

El tratamiento llega a su término cuando los padres deciden que están más conscientes de que tienen que atender a G, ser firmes con ella y estar más atentos a su conducta. Como pareja están más unidos y afrontan mejor las situaciones difíciles juntos. Han disminuido considerablemente las críticas y se han equilibrado un poco las formas de educar de ambos padres. Aunque la conducta de G sigue siendo disruptiva, las relaciones en la familia mejoran considerablemente.

### **Caso 3: Familia S.**

*Modelo bajo el cual se trabajó:* Narrativa con Equipo Reflexivo

*No. de sesiones realizadas:* 9 sesiones

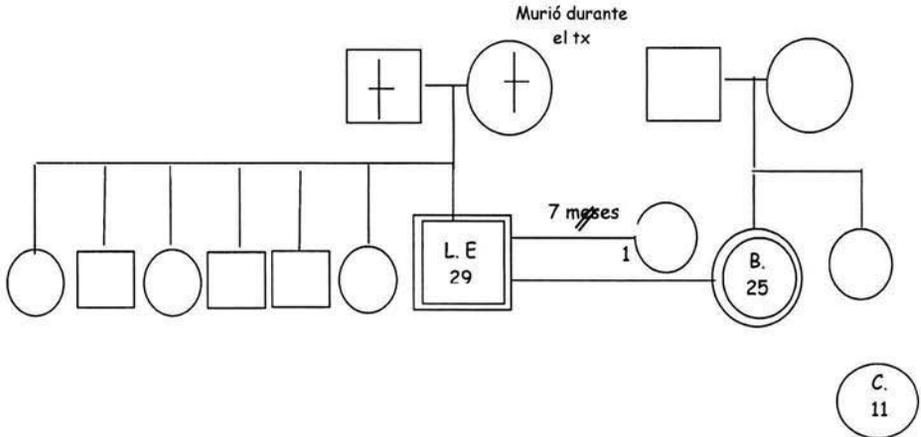
*Fecha de inicio del tratamiento:* 7 de marzo de 2003

*Fecha de terminación del tratamiento:* 22 de septiembre de 2003

*Descripción de la familia:* L y B son una pareja joven con 1 año de casados. L es el hijo menor de una familia numerosa. Durante la adolescencia vivió en Estados Unidos alrededor de 5 años, durante ese tiempo se casó, pero se separó poco tiempo después. Su padre murió hace aproximadamente tres años, al salir de una operación de bajo riesgo. Durante el tratamiento murió también su madre, en una situación muy similar a la del padre. B es también la hija menor de una familia pequeña. Los padres se separaron durante la infancia de B., la madre vive en Cuernavaca, sola y su papá ha tenido múltiples parejas. Durante el tratamiento se puede identificar claramente que ambos se han dedicado a ser mediadores dentro de sus familias. L y B construyeron su casa en el mismo predio que la madre de L., a fin de estar al pendiente de ella. Abrieron una pequeña tienda de abarrotes que es parte de su casa, ambos se dedican a atender la tienda lo cual les ha resultado muy pesado, aunque también hablan de satisfacciones pues la mayoría de la gente de la zona los aprecia y responde a los eventos que ellos organizan.

La mamá de L actualmente de hace cargo de C, una sobrina del pueblo, rechazada por sus padres debido a un problema de desarrollo que tiene, al parecer un ligero retraso mental, mal atendido. L y B participan en su cuidado y educación. En un principio L y B pensaron pedir la custodia de C para hacerse cargo de ella.

## Genograma:



**Motivo de consulta:** La pareja señala como motivo de consulta el hecho de que quieren tomar algunas decisiones acerca de su vida de pareja, familiar y profesional. En las primeras sesiones también se establece como motivo de consulta el que la pareja aprenda a delegar las responsabilidades de la familia al resto de los miembros, evitando así hacerse cargo de ambas familias, lo que resulta muy desgastante.

### *Perspectiva Teórica de la Problemática*

#### Evaluación del funcionamiento familiar según Mc Master

##### I. Identificación y solución de problemas

###### *Problemas identificados por la pareja*

- La pareja quiere empezar a tomar decisiones como una nueva familia
- Ambos han tenido que hacerse cargo de sus familias de origen

###### *Problemas identificados por la Terapeuta*

- Normativamente, la pareja se está constituyendo en una nueva familia y es necesario ir logrando la separación de las familias de origen.
- Ambos son hermanos mayores y quienes han ido cargando con la responsabilidad de sostener emocional y muchas veces económicamente a la familia.

## II. Intentos de solución

Ellos han hablado mucho acerca de lo que quieren para ellos, pero buscan tantas opciones que al final terminan por perderse más porque se dan cuenta que puede haber muchos y muy variados caminos para una pareja que acaba de constituirse como tal.

## III. Comunicación

Directa y abierta

## IV. Roles

En esta familia L lleva la mayor parte de las decisiones y aunque lo dialogan, finalmente L es el que maneja las situaciones y B se acomoda. B se ha vuelto un poco dependiente de L, quien busca que de algún modo B vuele sola. Hacia las familias externas ambos tienen un papel de mediadores y de resolvedores de conflictos, a ambos se les considera "buenos hijos" y los que siempre intervienen para solucionar conflictos dentro de la familia.

## V. Respuesta afectiva

En esta pareja las emociones se encuentran muy a flor de piel y se expresan abiertamente. L tiene una parte femenina bastante desarrollada que le permite ser empático con B, ambos hablan por las noches de lo que les preocupa, de sus miedos y de sus satisfacciones. Ambos lloran constantemente en las sesiones, aunque también suele haber un clima de mucho humor.

## VI. Involucramiento afectivo

Es una familia bastante ligada e incluso existe cierto sobreinvolucramiento entre la pareja, lo cual puede ser un poco normal si consideramos que tienen un año de casados.

## VII. Control de la conducta

El control de la conducta de los miembros suele ser bastante relajado, ambos se sienten libres para echar a andar sus proyectos personales, aunque siempre buscan caminar juntos, es decir "tú logras tus proyectos siempre y cuando yo también logre los míos". Buscan ir a la par constantemente, evitando sacrificios de cualquiera de las partes.

Normativamente, ésta es una pareja de recién casados, sin hijos, en la que la meta principal consiste en separarse de ambas familias de origen e ir construyendo una nueva familia, con nuevos sistemas de creencias, de valores y con proyectos a futuro.

Desde la narrativa, podemos hablar de una pareja en la que existe una historia dominante, en la que ambos se encuentran atrapados por sus familias de origen, quienes no les permiten moverse tal como quisieran, como una pareja independiente, debido a que tienen que hacerse cargo de éstas.

Mediante algunas preguntas se van consiguiendo eventos extraordinarios que pueden ampliarse e ir cobrando significado. En una pareja tan llena de recursos, fue fácil para el ER, ir consiguiendo dichos eventos y engrosarlos. Cuando la pareja empieza a recuperar dichas situaciones en las que si han tomado decisiones como pareja y han sido capaces de poner límites a las familias, empiezan a tomar decisiones para ellos, continuar o no con la tienda de abarrotes, construir o no un segundo piso, cambiar o no de residencia a EUA y estudiar una carrera o terminar la iniciada.

Mediante preguntas relativas al panorama de acción, les permiten conocer sus posibilidades reales, gracias a los logros aislados. Las preguntas relativas al panorama de conciencia, les permiten darse cuenta de lo que han logrado y de lo que quieren para ellos, de las decisiones que han tomado y de la forma en que éstas influyen en lo que ahora hacen y, finalmente las preguntas referentes a experiencias de experiencias, les ayudan a verse a si mismos desde fuera, desde los otros y desde la s relaciones que han ido formando, para ello, el equipo Reflexivo juega un papel muy importante.

En esta pareja el ER tomó un lugar importante, ya que esperaban la participación del mismo y muchas veces preferían no hablar de lo escuchado para llevarse las ideas a casa, en la sesión siguiente gustaban de hablar de lo sucedido en la sesión anterior y la forma en que las intervenciones del ER había tenido influencia en las actividades y cambios de la semana.

#### *Desarrollo de la Terapia e Intervenciones:*

La pareja inicia el proceso hablando de que quieren tomar algunas decisiones acerca de la pareja y qué es lo que deben hacer en adelante. Se dirigen las primeras sesiones a hablar de lo que la pareja ha conseguido y de cómo han logrado salir adelante, a pesar de las múltiples dificultades que se les han presentado. B habla de que no puede poner límites al padre, y mediante algunas preguntas sobre logros aislados se van entresacando situaciones en las que B si ha sido capaz de ponerle límites y conseguir que él no maneje su vida.

L y B forman una pareja con múltiples recursos, que actualmente experimenta ciertas dificultades, debido a que se les presenta un sinnúmero de opciones para seguir desarrollándose. Se encuentran bien constituidos como pareja, tienen una buena comunicación y se demuestran continuamente su afecto. Aunque en algunas facetas son muy simétricos, en otras resultan muy complementarios. B. se muestra muy apoyadora, sensible y abierta al desarrollo de su pareja, aunque también tiene planes para ella como la terminación de su carrera. L. por su lado, cuenta con una gran energía, es perseverante y no se rinde. Como pareja resulta muy empático, valora mucho la presencia de B y el apoyo que ella le da.

Estos recursos fueron constantemente retomados durante todo el proceso, pudiendo re-narrar las historias de ambos, pasando de una vida llena de dificultades y circunstancias dolorosas, L perdió a sus padres muy joven y B ha vivido separada de ellos también tempranamente, contando con pocas redes de apoyo, a una historia diferente en la que ellos han sabido utilizar para sí sus dificultades, siendo capaces de constituirse como cabezas de sus familias.

Se retomaron los eventos extraordinarios, aquellos que se alejan del problema, no ser capaces de decidir qué va a ser de su futuro, resaltando la forma en que han apoyado a sus familias, tomando decisiones importantes para ellas, y lo que han sacrificado para construir su casa y llevar adelante su negocio, además de las múltiples actividades que L ha llevado a cabo para mejorar la economía de la familia: concursos, clases de baile y de inglés, etc.

La crisis que vivió la pareja durante los meses que L tuvo que estar en EUA por la enfermedad de la madre, resultó en un crecimiento positivo para B, ya que ella no se había percatado de su capacidad para resolver problemas y de actuar independientemente de L. Sesión con sesión se podía observar a B mucho más fuerte, decidida e incluso con nuevas redes de apoyo que ella se encargó de buscar y engrosar esa historia.

Para L fue también muy enriquecedor encontrarse con esta nueva B mucho más proactiva, independiente y capaz de enfrentarse a situaciones de crisis. En cierto sentido, ante la ausencia de L, B tuvo que cumplir funciones de éste, hacerse cargo del negocio, de la situación de su familia e incluso de la familia de L, se acercó mucho más a C y le brindó, igualmente, mayor seguridad e independencia, preparándola para vivir lejos de la mamá de L.

Poder conversar con esta pareja, acerca de sus múltiples recursos, su confianza en Dios y en las personas y sus proyectos de vida, resultó muy

enriquecedor para ambas partes, creo que se estableció una relación auténtica, donde la pareja pudo escucharse a través del T y del equipo Reflexivo.

El cierre de la Terapia se aceleró debido a días después ambos viajarían a EUA a buscar oportunidades de empleo y mejorar su calidad de vida. Después del cierre de la T. se comunicaron en algunas ocasiones vía correo electrónico con la T, manifestando que aunque han tenido conflictos entre ellos, se sienten una pareja más fuerte, con unos planes muy claros y con la idea de seguir desarrollándose personalmente, como pareja y en el plano profesional. Actualmente ambos trabajan, estudian inglés y L ha manifestado su deseo de empezar una Licenciatura en Psicología. B quiere retomar la carrera que dejó trunca o iniciar una nueva relacionada con las humanidades. Están ahorrando para comprar una casa. Continúan buscando que B quede embarazada, aunque saben que quizás no es el mejor momento para ello, debido a que están iniciando un proyecto profesional.

#### **Caso 4: Familia M**

*Modelo Bajo el cual se trabajó: Enfoque de Soluciones*

*Número de sesiones realizadas: 6 sesiones*

*Fecha de inicio del tratamiento: 31 de marzo de 2003*

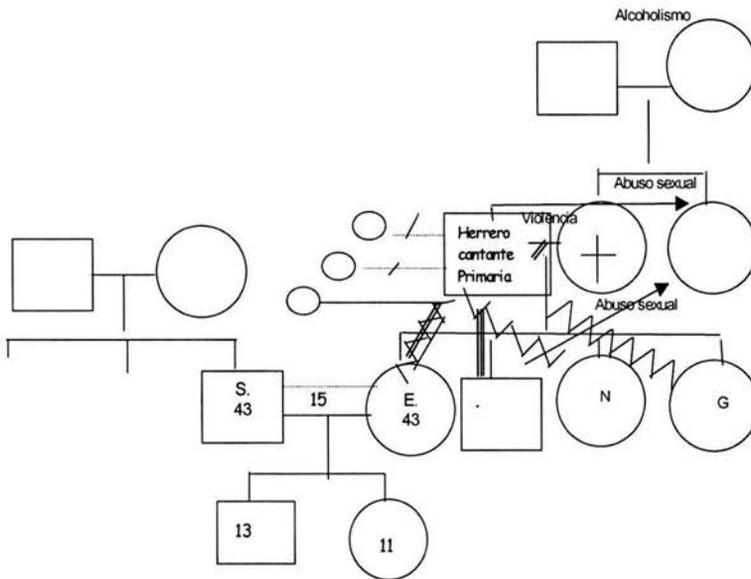
*Fecha de terminación del tratamiento: 11 de julio de 2003*

*Descripción de la Familia:* Es una familia integrada por la pareja y dos hijos de 13 y 11 años. E. estudia psicología actualmente y tiene otra carrera de Administración de Empresas, también se dedica al hogar. S. está empleado en una compañía aseguradora como Administrador. Asistirá únicamente la pareja y en ocasiones sesiones individuales con E., ya que actualmente el motivo de consulta se circunscribe a la pareja, especialmente.

*Historia del Problema:* E. ha estado sobreinvolucrada con su padre, quien es un hombre extraño que ha vivido su vida a su antojo y a lastimado a toda la familia con abandonos. Actualmente ha formado una nueva familia y, según lo señala E., ha sido muy promiscuo y tiene gran cantidad de hijos que ella no conoce. Desde hace aproximadamente un año ha dejado de hablarle, porque se enteró de que abuso sexualmente de una sobrina y de su tía. Esta separación le causa mucho conflicto, porque tiempo atrás todos los hijos le volvieron la espalda al padre y ella continuaba defendiéndolo y teniendo una relación cercana con él, pero ahora siente que ya no puede perdonarle todo lo que ha lastimado a la familia.

El segundo motivo de consulta se refiere a la relación de pareja. S y E tienen quince años de matrimonio, y aunque siendo novios tenían una excelente vida sexual ahora ésta se ha derrumbado, cada vez están más distanciados y prácticamente solo se comunican para hablar de los hijos. Mientras duró el noviazgo tuvieron dos abortos provocados, lo cual actualmente viven con culpa, aunque ambos estuvieron de acuerdo. Durante este periodo de matrimonio han pasado diferentes crisis que los han ido separando como pareja conyugal, aunque continúan siendo una buena pareja de padres.

*Genograma:*



*Motivo de consulta:* Solucionar el conflicto que tiene en relación a la cercanía con su padre y mejorar su relación de pareja.

### *Perspectiva Teórica de la Problemática:*

#### Evaluación del funcionamiento familiar según Mc Master

##### I. Identificación y solución de problemas

###### *Problemas identificados por la pareja*

- E está muy enojada con el padre pero al mismo tiempo quiere acercarse a él sin que se lo reprochen sus hermanos.
- Dificultades de comunicación entre la pareja
- Deterioro de la vida sexual

###### *Problemas identificados por la Terapeuta*

- E tiene dificultades para encontrar una adecuada relación con su padre: o se distancia totalmente o se sobreinvolucra.
- La pareja atraviesa por una crisis debido a la adolescencia de los hijos.
- La pareja se ha concentrando en ser una buena pareja de padres dejando de lado la pareja conyugal
- Ambos miembros de la pareja esperarían una relación tal como la tenían cuando eran jóvenes, ante la falta de pasión, se distancian.
- Problemas en la intimidad en general de la pareja.

##### II. Intentos de solución

La Pareja ha intentado hablar del tema pero rara vez lo logran, suelen ser muy educados y jamás pierden la compostura. No es una pareja que suela discutir por lo que generalmente intentan arreglar los conflictos hablando civilizadamente, lo cual ha provocado que ambos miembros de la pareja guarden enojos y rencores. A fin de resolver el problema sexual, una vez compraron unos libros y hablaron, pero no fue mucho más allá.

##### III. Comunicación

Indirecta, aunque suele ser más abierta que encubierta.

##### IV. Roles

Esta es una pareja muy simétrica, en la que ambos miembros de la pareja son profesionistas, ganan dinero y aportan a la casa. Ambos toman decisiones en relación a los hijos y son bastante independientes. Tienen la misma profesión incluso, lo cual les hace en momentos entrar en escaladas de poder, incluso desde que se conocieron en la universidad competían por las calificaciones.

#### V. Respuesta afectiva

Para esta pareja es difícil hablar de emociones, suelen intelectualizarlas y hablar de ellas inteligentemente. Las controlan de una manera sorprendente y rara vez se expresan abiertamente. Entre la pareja no suele haber muchos intercambios afectivos. E se queja de que antes ella era cariñosa pero que tuvo que dejar de serlo porque S no respondía e incluso se mostraba incómodo. Al parecer tampoco hay muchos intercambios afectivos de acercamiento con los hijos.

#### VI. Involucramiento afectivo

Al parecer la pareja está involucrada afectivamente. Ambos quieren resolver el problema y se muestran comprometidos con el otro y con la terapeuta a fin de mantener y mejorar la relación.

#### VII. Control de la conducta

El control de la familia se da por la racionalización, lo que es correcto y adecuado, no son comunes los chantajes. De los padres a los hijos al parecer las reglas suelen ser claras y congruentes por parte de los padres.

Normativamente, ésta es una pareja con hijos que inician la adolescencia, al parecer son unos niños bastante independientes que cada vez menos, necesitan la presencia constante de los padres. Además de que la adolescencia de los hijos hace sentir a los padres que está terminando su juventud, la sexualidad a flor de piel característica de los adolescentes, cuestiona y resignifica la propia sexualidad de los padres. En un momento se dan cuenta que han perdido la frescura y pasión de la juventud, que se han dedicado a ser padres, perdiendo el ser pareja y hoy, cuando los hijos empiezan a necesitarlos cada vez menos, se reencuentran como un par de extraños, que como pareja tienen poco que decirse.

Se considera una pareja llena de recursos y capaz de resolver sus propias quejas, lo que se retoma a lo largo del tratamiento. Se rescatan situaciones en las que ellos han logrado resolver problemas y han estado unidos como pareja.

Se toma el problema como parte del ciclo vital, que a todas las parejas les pasa y que generalmente, todas las parejas resuelven. Con esto se logra hacer un cambio en la percepción del problema, de manera que no lo vean como que son los únicos que se enfrentan con esto.

Siguiendo el modelo de soluciones las entrevistas suelen centrarse en aquellas cosas que hicieron diferentes o bien, que marcan una pequeña diferencia en la forma de ver las cosas, de manera que el cambio se vaya haciendo evitando y empiece a generalizarse en otras áreas. Se devuelve toda la responsabilidad a la pareja a fin de que vean que son ellos, y los propios recursos que han ido construyendo, los que terminarán por resolver el problema. De esta forma se devuelve a la pareja todo el poder que siente perdido al enfrentarse a un problema en el que se sienten atorados.

#### *Desarrollo del Tratamiento e Intervenciones Realizadas:*

Se trabaja principalmente con el Modelo de Soluciones. En la Primera sesión se cuestiona sobre las *excepciones del problema* en el sentido de resaltar la buena relación que E ha llevado durante muchos años con el padre y las cosas rescatables que ella encuentra en él, aún cuando ha sido acusado por sus hermanas de ser un muy mal padre, por el abandono y por haber abusado de su tía, criticándola por tener una cercanía emocional con él. Se amplían esas excepciones resaltando que ella ha obtenido cosas de su padre y para ella cumple con muchas características de un buen padre.

En el trabajo con la pareja, ambos describen que se encuentran un tanto distantes, sobre todo en lo que a intimidad se refiere. Nuevamente se buscaron *excepciones al problema* y se pudo notar que excepto en el área sexual existe una buena comunicación, que se llevan bien, se caen bien y el amor perdura, además de que ambos desean mejorar la relación, en lo que se refiere al área de intimidad.

Se busca la normalización de esta situación mediante la intervención del equipo, al señalar que es normal que en una pareja con más de 15 años de casados, el deseo y la actividad sexual disminuyan y que esto no hace que la relación sea mala o que algo esté fallando gravemente. Se realizan preguntas dirigidas a establecer la *pauta de relación*, en la que ambos evitan dar el primer paso a fin de controlar al otro, viviendo el acercamiento sexual de la pareja como una forma de debilidad o de darse por vencido, frente a esta lucha. Se establece un cambio mínimo a fin de ir ampliando los pequeños cambios o excepciones al problema.

Se realizan *prescripciones paradójicas* pidiendo a la pareja que por favor eviten tener contacto sexual. Se enfatizó la importancia de la cercanía y el acercamiento físico, como formas de intimidad de la pareja. Ambos miembros de la pareja expresaron sus propias concepciones de

intimidad y sus propias necesidades, ellos se percatan de que las formas de expresión son diferentes, así como las necesidades.

Durante el desarrollo del tratamiento se retoma como uno de los mayores recursos de la pareja el hecho de que como padres han hecho un excelente equipo y que la comunicación en esa área permanece muy fluida.

Se exploran las diferentes actitudes y acciones que expresan formas de intimidad y la forma en que pueden destrabarse, para que la pareja empiece nuevamente a retroalimentarse y sentirse satisfecha. Se retoman las excepciones, aquellas en las que la pareja ha logrado hablar de las dificultades sexuales e incluso buscaron ayuda de libros y hablaron acerca de las formas de satisfacerse mutuamente.

El tratamiento va desarrollándose en un ambiente de diálogo y de escucha, lo cual es constantemente elogiado a la pareja, ellos mismos se establecen tareas y pendientes a realizar, aunque después hablan de que no se dan el tiempo de realizarlas.

Se logran pequeños cambios, principalmente en el acercamiento de la pareja a nivel emocional, que redundan en un diálogo más abierto, sin embargo, aunque se logran algunos acercamientos en los que hay mayor intimidad no se logra resolver del todo la cuestión sexual.

El tratamiento se cancela temporalmente debido a que a ambos se les dificulta llegar a las sesiones por un cambio en sus actividades, y aunque tienen la intención de retomar el tratamiento más adelante, nunca se logra concretar un seguimiento.

## 2. Habilidades de Investigación

### 2.1 Reporte de Investigación sobre *“Características de las Familias en las que uno o más de sus miembros ha sido sexualmente abusados durante la infancia”*

El abuso sexual en la infancia, como un problema de interés público que afecta a un gran número de familias, ha sido un fenómeno ampliamente estudiado en las últimas décadas. Si bien autores como Freud (1905, 1907, 1908) y Kinsey (1947, 1952) trataron el tema del abuso sexual infantil, es David Finkelhor (1979) quien realiza un análisis detallado del abuso sexual en la infancia, mediante un estudio exploratorio con 796 estudiantes universitarios, en Nueva Inglaterra.

El abuso sexual es un tema que ocupa un gran número de horas y sesiones dentro de la psicoterapia. Es expresado por las familias como un asunto donde se juega el secreto familiar, el honor y el valor de aquel miembro “abusado”. Las familias, especialmente las madres, realizan afirmaciones como “siento que he perdido algo” frente a un abuso sexual perpetrado contra su hija o hijo. Es un asunto de dos, donde existe un abusado y un abusador, donde el fuerte ejerce poder sobre el débil, donde existe seducción y goce, culpa y miedo. Específicamente, en el Abuso Sexual Infantil, rara vez se usa la violencia, generalmente el abusador es un personaje conocido e incluso confiable para la víctima. El abuso sexual es un asunto donde se involucra, si la sexualidad, pero aún más el poder, el control y el manejo de la culpa.

“Es en la familia donde nacen y maduran los sentimientos más intensos, y donde se realizan los aprendizajes sociales básicos”. (Perrone y Nannini, 1997 p. 27). Es la familia la encargada de brindar a sus miembros los elementos para enfrentarse al mundo de una manera eficaz. En la familia formamos nuestro autoconcepto, consolidamos nuestra autoestima, constituimos nuestra escala de valores, aprendemos a defender, o bien, a ceder constantemente nuestros derechos. Aprendemos también sobre el valor de nuestro cuerpo y nuestra sexualidad y los valores como el amor, el respeto y la tolerancia toman la importancia que prevalecerá quizás a lo largo de toda nuestra vida.

La forma de enfrentar los abusos, a los que estamos expuestos día a día es, en gran parte, determinada por los elementos que nuestras propias familias nos brindan para garantizar nuestra protección. Una buena

autoestima, la capacidad para reconocer y expresar nuestras emociones, la asertividad y la capacidad para pedir ayuda son, entre otros, elementos primordiales que funcionan como escudos para proteger a los niños, y más tarde a los adultos, de todo tipo de abusos; y es justamente en el seno familiar donde estos "escudos" se promueven, se construyen y finalmente se consolidan. Existen otros espacios donde es posible fomentar y reforzar estas características protectoras: la escuela y las instituciones, ambas pueden ejercer una influencia a favor o en contra del desarrollo de dichas características.

Esta investigación pretende conocer las características de las familias en las que uno o más miembros de la familia han sido sexualmente abusados durante la infancia, a fin de que, una vez conociendo las características familiares que resultan en niños abusados (factores de riesgo) podamos desarrollar de manera propositiva, aquellas características que están presentes en familias con niños capaces de defenderse y donde no ha habido abuso sexual (factores de protección). Se espera que los datos resultantes contribuyan con la labor de prevención, diagnóstico y, en su caso, de tratamiento, de padres, educadores y profesionales de la salud.

Aunque la investigación no se ha concluido y se continúa en la fase teórica, con ésta se sientan las bases para continuar investigando en el plano de la Terapia Familiar con familias en las que exista un miembro abusado sexualmente y para planear estrategias dirigidas a la prevención del abuso sexual infantil dentro de las familias.

### 3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria

A mi parecer, el Terapeuta Familiar, se ha concentrado principalmente en la práctica clínica y específicamente en la intervención secundaria y terciaria. Sin embargo, considero que el campo de la Prevención Primaria es riquísimo, lleno de posibilidades que aún están pendientes por explotar. La prevención me parece mucho más barata, en cuestión de recursos económicos y profesionales, y de mayor alcance, además ¿por qué esperar a que los problemas se presenten para empezar a intervenir?. Cuando yo atiendo a un menor abusado sexualmente, es necesario abordarlo de manera individual (un solo niño con o sin su familia), por un espacio de entre 6 meses y 1 año, si se desarrolla bien el tratamiento. Sin embargo, cuando yo imparto un taller de Prevención de Abuso, puedo, en 6 horas, abarcar a 15 niños al mismo tiempo, y

cuando imparto una conferencia a padres, puedo incluso hacer conciencia y prevenir abusos en un número ilimitado de familias, ¡hasta trescientas!, en una sola hora. Los trípticos tienen igualmente un gran alcance si se distribuyen adecuadamente entre la población y toda la información que se pueda brindar a través de los medios de comunicación resulta de impacto y de gran alcance.

En esta sección se presentan todas las actividades realizadas en el terreno de la enseñanza y difusión del conocimiento, durante el periodo que comprendió la Maestría: un tríptico que tiene como fin la prevención del abuso sexual, dirigido a padres; un taller dirigido a niños también dirigido a la prevención del abuso sexual infantil; la participación con Taos en el proyecto de Educación a distancia sobre el tema de *Construccionismo Social*; y finalmente todas las participaciones que se hicieron en radiodifusoras con diferentes temas acerca de la familia, y los talleres, conferencias y cursos impartidos sobre el mismo tema, así como las actividades de docencia.

### 3.1 *Elaboración de productos tecnológicos.*

- ⊙ Tríptico: “Prevención de Abuso Sexual Infantil: Cómo proteger a sus hijos de los abusos sexuales” (Anexo 1)

Con base en la revisión teórica realizada y a la práctica profesional llevada a cabo con familias que han sufrido un abuso sexual en alguno de sus miembros, se hace cada vez más evidente que existe factores de riesgo individuales, sociales, culturales y, especialmente familiares y que, por tanto, el lugar por excelencia, para prevenir los abusos sexuales infantiles, es sin lugar a dudas el núcleo familiar, ya que es en este lugar donde idealmente se brinda a los miembros la información correcta acerca de su cuerpo y su sexualidad, se forja su autoestima, se fomenta la expresión y manejo de sentimientos y emociones, se consolida su identidad sexual y se modela la sexualidad como una expresión libre, sin imposiciones ni violencia, unida al amor y al respeto.

Es por ello que este tríptico pretende informar a la población sobre los factores de riesgo de los menores, la frecuencia de este problema, las formas de prevención y, en su caso, de enfrentamiento de la problemática.

Este tríptico se distribuyó en diferentes escuelas públicas y privadas, tiendas donde se vende material educativo y consultorios médicos.

### ⊙ Elaboración de material didáctico: Proyecto Taos

Como parte de las actividades de la Residencia se colaboró con la Dra. Mary Blanca Moctezuma en la elaboración de un programa de educación a distancia sobre construccionismo social. A mi cargo estuvo la elaboración del cuarto capítulo titulado *Construccionismo Social y Psicoterapia*.

Mi participación en este Proyecto fue la elaboración de una guía de estudio, que constó de una breve introducción acerca de los antecedentes del construccionismo Social y su aplicación en la Psicoterapia, los objetivos a cumplir durante el curso, preguntas de estudio y la inclusión de la Bibliografía utilizada y complementaria, en la que los alumnos pueden ampliar sus conocimientos sobre el tema.

### 3.2 Programas de intervención comunitaria

#### ⊙ Taller de Prevención de Abuso Sexual Infantil: “Porque me quiero, me cuido” (Anexo 2)

A fin de promover algunas características individuales que son factores de protección para los menores, se ha diseñado este taller que va dirigido a dos grupos de niños: Preescolar, de 4 a 6 años y Escolar, de 7 a 11 años.

Este taller nace de algunas ideas que con la práctica clínica con niños y familias y la investigación realizada fueron tomando forma.

#### ➤ *Objetivo General:*

Brindar a los participantes las herramientas para prevenir ser víctimas de un abuso sexual.

#### ➤ *Objetivos Particulares:*

1. Aumentar en niños y niñas sus conocimientos con relación a los abusos sexuales.
2. Diferenciar el abuso sexual de otro tipo de contactos normales.
3. Aprender a conocer y expresar sus sentimientos y emociones.
4. Aprender a diferenciar los regalos de los sobornos.
5. Aprender a identificar situaciones en las que puede ocurrir un abuso sexual.
6. Adquirir y desarrollar habilidades para afrontar situaciones peligrosas.

7. Aprender a pedir ayuda a padres, maestros, familiares y otros adultos de confianza

⊙ Conferencia para Padres: "Prevención de abuso sexual"

Con el fin de trabajar a la par con niños y padres, se imparte una conferencia introductoria dirigida a padres de familia con duración de dos horas y tiene los siguientes objetivos:

1. Aprender que es un abuso sexual infantil y las formas de manifestación en los menores
2. Conocer los factores de riesgo.
3. Adquirir conocimientos sobre el perfil del agresor y las consecuencias del abuso sexual en la infancia.
4. Aprender a reaccionar con eficacia y a buscar ayuda.

### 3.3 Cursos, talleres y conferencias recibidos

- ⊙ *Curso: "Familia, discapacidad y Enfermedad Crónica"*. CNR. Junio 2003.
- ⊙ *Taller de Metodología Cualitativa*. Partes I y II. UNAM. 2002-2003
- ⊙ *Diplomado: Enfoques y Técnicas de Intervención Terapéutica en la Problemática de la Pareja*. Noviembre 2002-Marzo 2003. IMTB.
- ⊙ *Curso-Taller: "Niños, Terapeutas, Ritos, Cuentos y Metáforas"*. David Epston. CEDIPSI. Mayo 2002
- ⊙ *Taller-homenaje: Salvador Minuchin: El Arte de la Terapia Familiar*. Salvador Minuchin- ILEF. Febrero de 2002.
- ⊙ *Taller: Escritura, Conversación y Reflexión*. Tom Anderson, Peggy Penn, Harlene Andersen. Grupo Campos Eliseos. Enero 2002
- ⊙ *VIII Congreso de Terapia Familiar*. Asociación Mexicana de Terapia Familiar. Octubre 2001
- ⊙ *Curso-Taller: Aplicaciones de la hipnosis en Psicoterapia*. IMTB. Noviembre 2001.

### 3.4 Cursos, talleres y conferencias impartidos

- ⊙ Conferencia: "La autoestima en los niños". Universidad Iberoamericana. Octubre de 2001.
- ⊙ Conferencia: "Inteligencia Emocional en los niños". Universidad Iberoamericana. Octubre de 2001.
- ⊙ Conferencia: "Sexualidad y Adolescencia". Universidad Iberoamericana. Octubre de 2001.
- ⊙ Conferencia: "Trastornos de Alimentación: Anorexia y Bulimia". Instituto Asunción de México. Abril de 2002.
- ⊙ Ciclo de Conferencias "Sexualidad en la Infancia y la Adolescencia". Club España. Del 16 de mayo al 6 de junio de 2002.
- ⊙ Curso- taller: "Autoestima en las mujeres". Banamex. Junio de 2002.
- ⊙ Curso-taller: "Cuando las emociones piensan". Junio de 2002.
- ⊙ Curso: "Estrategias de Enseñanza- Aprendizaje". Great Union Institute. Agosto 2002.
- ⊙ Seminario: "Trastornos de Alimentación: Anorexia y Bulimia". Club España. 3 de Octubre de 2002
- ⊙ Taller: "Prevención de Abuso Sexual infantil". Great Union Institute. Mayo 2003.
- ⊙ Taller: "Prevención de Abuso Sexual infantil". Great Union Institute. Junio. 2003.
- ⊙ Conferencia: "Escuela y Familia: Agentes Escenciales en la Prevención". Colegio Arlequín. Noviembre de 2003
- ⊙ Conferencia: "Escuela y Familia: Agentes Escenciales en la Prevención". Great Union Institute. Noviembre de 2003.
- ⊙ Curso- Taller: "Conociendo y comprendiendo a mi hijo adolescente". Escuela Valle de Bravo, Valle de Bravo, Estado de México. Del 12 de noviembre al 17 de diciembre de 2003
- ⊙ Participación en el Programa de Radio "Sexualidades" con Rubén Carbajal. 1290 AM, con el tema "Abuso Sexual Infantil" 28 de mayo de 2004.
- ⊙ Participación en el Programa de Radio "Sexualidades" con Rubén Carbajal. 1290 AM, con el tema "Soltería: dificultades actuales en la elección de pareja" 28 de junio de 2004.
- ⊙ Participación en el Programa de Radio "Sexualidades" con Rubén Carbajal. 1290 AM, con el tema "Juegos Sexuales Infantiles " 9 de agosto de 2004.
- ⊙ Taller para maestros: "Maestro-alumno: un constante proceso de transformación". Colegio Asunción de México. 12 y 13 de agosto de 2004.

- ⊙ Conferencia "Las palabras también lastiman: Maltrato Emocional en la familia" Colegio Asunción de México. 30 de septiembre 2004.

### 3.5 Actividades de Docencia

- ⊙ "Fundamentos de la Terapia Familiar" en la clase (Maestría en Terapia Familiar, UNAM) a cargo del Dr. Arturo Martínez Lara y Mtro. Jorge Molina Avilés. Febrero 2003. 2 horas.
- ⊙ "Desarrollo Histórico de la Terapia Familiar" en la Especialidad en Terapia Sistémica Breve, IMTB. Octubre 2002. 3 horas
- ⊙ Interpretación Didáctica de Genogramas en la Materia de "Dinámica de Grupos" a cargo de la Mtra. Luz María Rocha. 2002-2003. 9 horas.
- ⊙ Suplencia en la materia de Psicología a nivel bachillerato. Colegio Panamericano. Febrero- Abril de 2004.
- ⊙ "Terapia Breve: MRI" en la Especialidad en Terapia Sistémica Breve, IMTB. Junio-Julio 2004. 24 horas.
- ⊙ "Modelo de Erickson" en la Especialidad en Terapia Sistémica Breve, IMTB. Agosto- Septiembre 2004. 12 horas.
- ⊙ "Modelo de Erickson, Terapia Estratégica y Terapia Breve: MRI" en el Diplomado en Terapia Breve. DEC: Trabajo Social. Septiembre-Noviembre 2004. 40 horas.

## 4. Habilidades de Compromiso y Etica Profesional

La ética es una de las habilidades en las que se pone un énfasis mayor durante la formación como Terapeuta. Estas habilidades fueron especialmente cuidadas y promovidas a través de la constante supervisión de casos, el modelaje de los maestros y supervisores y la retroalimentación de los propios compañeros.

### 4.1 Consideraciones éticas que surgen del trabajo clínico con familias.

El trabajo terapéutico con familias representa una gran responsabilidad social y conlleva, por tanto, la necesidad de cuidar la ética en todos sentidos.

Entre las actitudes éticas que vale la pena resaltar se encuentran: el respeto total y absoluto a la persona que expresa su dolor, incluyendo

sus creencias e ideas, respecto de su problema y de su forma de concebir el mundo, el compromiso y la confidencialidad.

Las familias llegan con un gran sufrimiento y generalmente en una situación de crisis, de algún modo se ponen en manos del terapeuta para resolver su problema, depositan en éste toda su confianza y buscan mejorar su calidad de vida. El terapeuta tiene la responsabilidad de escuchar a cada uno de los miembros de la familia, validar su percepción acerca del problema y dar a cada uno un lugar para expresar sus sentimientos e ideas, transmitiendo una actitud de respeto a éstas. El terapeuta debe ser capaz de brindar servicios de calidad a cada uno de los usuarios que solicitan un servicio de psicoterapia.

El compromiso con las familias incluye respetar los horarios establecidos, confirmar con las familias el día y la hora de sus sesiones, estar disponible para el paciente para casos de urgencia, mantenerse atento a los requerimientos que tenga la familia como canalizaciones, sesiones adicionales, contactos con escuelas, médicos o terapeutas anteriores, etc.

La confidencialidad requiere de una absoluta discreción durante el manejo terapéutico de la familia, manteniendo los expedientes bajo un estricto resguardo y evitando ventilar el nombre y el contenido de las sesiones con personas ajenas al Equipo de Supervisión.

Otro de los factores que forman parte de la confidencialidad es el uso de micrófonos, videocintas y equipos de audio, ya que la familia puede sentirse muy expuesta y puede tener dudas acerca del uso de los materiales grabados. En este sentido resulta indispensable hacer saber a la familia que las cintas de audio y video solo se utilizarán para hacer una revisión detallada posterior a la sesión, que permita brindar un servicio de mayor calidad al tener la posibilidad de revisar con mayor detenimiento el material expuesto por la familia. En este sentido es indispensable que el terapeuta resguarde en un lugar seguro las grabaciones y que respete lo acordado con la familia, no exponiendo las cintas a otras personas, ni utilizando el material para otros fines, sin su consentimiento explícito y preferentemente por escrito.

El modelo sistémico requiere la participación de un Equipo Terapéutico detrás del espejo unidireccional, la intervención de éste permite ser más cuidadoso en ese sentido, ya que cualquier actitud del terapeuta que no cumpla con una estricta ética, es resaltada por el supervisor y el equipo en general.

Como parte del equipo terapéutico o reflexivo, también es importante que el paciente perciba un absoluto respeto a su problema, sus sentimientos e ideas y su vida en general. De alguna forma, la participación del equipo durante el tratamiento rompe el vínculo paciente-terapeuta y la confidencialidad se pone en juego, ya que no es una relación de dos sino que el equipo forma parte del sistémico terapéutico, realiza intervenciones e incluso puede participar en las sesiones como equipo reflexivo. Esta intervención del Equipo debe ser tratada con el paciente durante la primera sesión y debe obtenerse su consentimiento por escrito para evitar problemas posteriores.

La constante actualización técnica y académica, la supervisión de casos y contar con un proceso terapéutico personal, forman parte de la Ética del Profesional de la salud mental, ya que solo de ésta manera es posible brindar servicios de alta calidad, evitando transferir al paciente las propias dificultades y/o falta de conocimientos.

## IV. Consideraciones Finales

La experiencia a lo largo de esta Residencia puede resumirse en las habilidades y competencias profesionales adquiridas, en un análisis subjetivo de lo vivido y en las repercusiones que esta experiencia tendrá en mi forma de trabajar como terapeuta familiar y el compromiso social que implica desempeñarse como tal.

### 1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

Básicamente, las habilidades adquiridas en esta Residencia, se pueden dividir en cinco rubros: teóricas, clínico-terapéuticas, de investigación, de prevención, y de compromiso y ética profesional.

#### *Habilidades teóricas:*

Durante la formación se revisaron detalladamente todos los modelos que forman parte de la Terapia Sistémica Familiar así como otros modelos que se incluyen dentro de las Terapias Posmodernas.

Los Modelos de la Terapia Familiar que se estudiaron ampliamente fueron: Terapia Estructural, Terapia Estratégica, Modelo de Milán, Terapia Breve del MRI y Terapia centrada en soluciones; en todos ellos se revisó su origen, antecedentes, principios epistemológicos, exponentes y su aplicación clínica. Otros modelos también revisados de manera más superficial fueron: la Terapia Interaccional, de Andolfi, Milton Erikson y Post- Milán .

Dentro de los Modelos de Terapia Posmoderna se revisaron el construccionismo social, el constructivismo, la narrativa y el Equipo de Reflexión.

Asimismo, se conocieron diversas formas de evaluar a la familia: el Modelo Mc Master, la construcción de Genogramas, el esquema de evaluación dinámico-estructural, del Dr. Raymundo Macías y la elaboración de hipótesis y objetivos de tratamiento, siguiendo cada uno de los Modelos.

Con el fin de trabajar de manera más integral con la familia, se profundizó en problemas sociales como los fenómenos de migración y emigración, las adicciones y la violencia; de igual forma, se hicieron

algunas reflexiones acerca de las redes sociales, el género, el ciclo vital de la familia y la pareja, los factores étnico-culturales y mitos familiares, como elementos que tienen una incidencia en las familias y en la forma de abordarlas clínicamente.

#### *Habilidades clínico-terapéuticas:*

Mediante la práctica llevada a cabo en el Centro de Servicios psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", fue posible la aplicación de la teoría en el campo de la clínica.

Como Terapeuta parte de un Equipo Estratégico o Reflexivo, se consolidaron habilidades como: la capacidad de observación del proceso terapéutico, la escucha, la empatía, la formulación de hipótesis que promuevan el cambio o generen diferentes relaciones, la identificación de lados fuertes en y entre los sistemas, la facilidad para crear y expresar una nuevas perspectivas acerca de la familia, la tolerancia y el respeto hacia cada uno de los miembros de la familia, el terapeuta, sus ideas y sus formas de trabajo, entre otras.

Asimismo, desarrollando el papel de Terapeuta- Entrevistador, se afianzaron habilidades tales como el establecimiento de un contacto terapéutico con todas aquellas familias que demandaron el servicio; las técnicas de entrevista y enganche, mediante una adecuada alianza terapéutica y basadas en una relación de colaboración; evaluación del tipo de problema que presenta la familia y sus distintas formas de solución; la definición de motivos de consulta, hipótesis y objetivos; la identificación de necesidades y fuerzas dentro de los subsistemas; la selección de las técnicas y procedimientos adecuados para la intervención profesional; el diseño, selección y aplicación de los diferentes métodos, procedimientos y técnicas necesarias para incidir eficazmente en la problemática presentada en los sistemas: individual, conyugal, familiar y grupos específicos; la elaboración de reportes de tratamiento y la evaluación del tratamiento y cierre del mismo, entre otras.

#### *Habilidades de Investigación:*

La forma en la que está estructurado el Programa de Maestría y la facilidad para tener acceso a un sinnúmero de familias e individuos que solicitan tratamiento psicológico, permite diferentes tipos de estudio acerca de las familias que solicitan el servicio: frecuencias de edad,

estado civil, delegación, motivo de consulta, el número de sesiones promedio que se requieren para un determinado problema, etc.

Todo acercamiento con individuos y familias que solicitan el servicio requieren del Terapeuta una actitud de investigador, a fin de obtener datos acerca del surgimiento, mantenimiento, severidad, intentos de solución y en general, de las características de los problemas en individuos, parejas y familias, asimismo se requiere elaborar hipótesis y objetivos del tratamiento que se alcanzarán por medio de una metodología estructurada y un trabajo sistemático hasta conseguir las metas planteadas. De igual forma, se requirió realizar análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos, a fin de trabajar de una manera más integral con las familias.

Durante toda la formación, se realizó una investigación siguiendo rigurosamente la metodología cuantitativa y más adelante con metodología cualitativa, aunque no se llegó a la parte de aplicación y análisis de los datos; y se diseñó un instrumento de medición sobre "maltrato psicológico en hombres".

A fin de difundir el conocimiento y reportar las investigaciones realizadas se realizaron conferencias y talleres en diferentes escuelas y participé con los temas de "Abuso Sexual infantil", "Soltería" y "Juegos Sexuales Infantiles" en un Programa Radiofónico.

Así pues, se reconoce la interdependencia entre el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades e intereses del usuario, con los diferentes contextos sociales y culturales en los que se desenvuelven.

#### *Habilidades de Enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria*

Una vez conociendo la problemática de las familias e identificados los procesos que ayudan a resolver y prevenir las mismas, durante la formación académica, se diseñó y aplicó un proyecto de salud comunitaria dirigido a prevenir el abuso sexual infantil, incluyendo una conferencia para padres y un taller para pequeños.

Asimismo, se pretendió dar difusión al problema del abuso sexual infantil y su prevención, a través de trípticos informativos, programas radiofónicos y conferencias de prevención.

Durante los últimos semestres de la maestría se dio apoyo docente en la Licenciatura, mediante la interpretación didáctica de Genogramas y participé como docente en la impartición de materias relacionadas con la Terapia breve y sus diferentes modelos.

### *Habilidades de Compromiso y Ética Profesional*

El constante trabajo con familias y la revisión de problemas sociales que afectan a nuestro país y, por tanto, a las familias que solicitan servicios profesionales de salud mental, permitió que se desarrollaran valores y actitudes como terapeutas, con una alta responsabilidad personal y social, brindando una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios, siendo sensibles a sus necesidades y respondiendo a ellas de manera profesional.

La Terapia Familiar Sistémica cuenta con la ventaja de que el Terapeuta suele trabajar respaldado por un Equipo Terapéutico o Reflexivo que al mismo tiempo que facilita el aprendizaje de los modelos de trabajo, aumenta la calidad de la atención y enriquece la experiencia. Sin embargo, esta forma de trabajo requiere también analizar con honestidad el propio trabajo terapéutico y el de los demás con una actitud de absoluto respeto y tolerancia hacia los distintos colegas que conforman el equipo, pero también a los diferentes enfoques formas de trabajo, ideas e incluso hacia otras disciplinas e instancias institucionales que se ven involucradas en el quehacer terapéutico.

Mantenerse activo en el campo de la psicoterapia requiere de una constante actualización e innovación en las propias capacidades profesionales y, en su caso, asumir la responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de trabajo

## 2. Implicaciones Psicosociales en el campo de Trabajo

Ser formado como Terapeuta Familiar y ejercer en ese sentido tiene amplias repercusiones a nivel psicosocial, ya que se adquiere un gran compromiso con la sociedad en general y con el microsistema familia particularmente. Los terapeutas familiares pueden incidir en los campos de la prevención, la detección oportuna y el tratamiento de cualquier disfunción familiar.

Aunque el terapeuta se ha enfocado más al tratamiento, una vez que el problema se ha manifestado, considero que tenemos un gran

compromiso en la labor de prevención y detección oportuna, labor que puede realizarse dentro de escuelas, hospitales, trabajo comunitario y cualquier otra institución cuyos fines estén encaminados a la prevención.

Asimismo, todos los cursos y talleres dirigidos a niños y a sus padres, cumplen una función altamente preventiva si consideramos que la familia, junto con la escuela, son los principales agentes de la prevención, en este sentido, abordar temas tales como autoestima en los niños, manejo de las emociones de niños y adultos, comunicación asertiva, inteligencia emocional, sexualidad de niños y adolescentes, manejo del estrés, elección de pareja, identidad, ayudan a prevenir algunos de los problemas que afectan mayormente a las familias: violencia intrafamiliar, crisis de desarrollo, divorcio, abuso sexual, dificultades en la comunicación, entre otras.

Las ventajas de la prevención están en que esta tarea puede realizarse a escala masiva y con menos recursos tanto económicos como humanos.

En el campo de la detección oportuna, tarea desempeñada mayormente en escuelas, hospitales e instituciones de salud, el terapeuta familiar tiene una gran responsabilidad, ya que la detección temprana en los salones de clase o en la consulta médica, contribuye a que los problemas no se hagan crónicos y muchas veces con alguna orientación a los padres sobre el adecuado manejo de sus hijos puede contribuir a que una dificultad no se convierta en problema.

Finalmente, la labor correctiva que realizamos dentro de los consultorios e instituciones de salud mental, tiene una gran importancia, ya que cuando las personas llegan a solicitar nuestros servicios, generalmente se encuentran en una situación de crisis, donde consideran que sus recursos personales se han agotado y que solo un experto puede abrir nuevas posibilidades para seguir adelante. Es responsabilidad del terapeuta brindar un espacio donde las personas puedan reencontrar sus recursos y optar por opciones más viables que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

### 3. Reflexión, análisis de la experiencia e implicaciones en la persona del Terapeuta

La Residencia en Terapia Familiar ha sido una buena experiencia en todos sentidos. Ha contribuido a afianzar todos los conocimientos teóricos, a adquirir otros nuevos y a permitir la aplicación práctica de los mismos; asimismo a favorecido un cambio en mí, personalmente y como terapeuta.

La revisión del Enfoque Posmoderno y su aplicación dentro de la Psicoterapia promovió en mí un cambio de pensamiento y por alguna razón movió muchas cosas en mí y en mi forma de concebir a las personas y a la terapia. Principalmente la postura del terapeuta que proponen estos enfoques posmodernos, ya que me he formado con el concepto del terapeuta como guía, líder o por lo menos director de escena; y esta idea de iguales, de dos expertos conversando, confronta un poco más, pues estoy más en juego yo como persona que si me coloco en una posición de experto y no involucre mi propia persona.

Creo que el tema del poder es algo que definitivamente se mueve en terapia y desgraciadamente se reproduce en el consultorio lo que ocurre fuera. Es un tema que siempre está presente, al igual que en cualquier otra relación interpersonal, y que se abordó desde la antipsiquiatría y las ideas de Basaglia y Bleger sobre el cuestionamiento de las instituciones. Creo que ambos, terapeuta y cliente, caemos en la tentación de funcionar como maestro-alumno, lo que entonces si puede provocar la dependencia y la sensación por parte del cliente de que es el terapeuta quien ha arreglado su vida, no siendo capaz de reconocer sus propios recursos y su autonomía. El respeto por el cliente en todos sus sentidos, me parece una de los postulados que más cambios produjo en mi y creo que este principio será algo que intente siempre llevar a mi práctica como terapeuta.

Igualmente, la idea de que no existen verdades absolutas, sino que hay multiversos. Donde todas las posturas son viables, porque entonces todos los conceptos de "normalización", "estandarización" e incluso "generalización de resultados" pierden sentido, y también la visión del terapeuta desde su lugar de experto pierde sentido, su visión sería entonces solo un universo más, tan viable como el del paciente y cada uno de los miembros de la familia ¿entonces desde dónde y hacia dónde se promueve el cambio?, en mi práctica profesional me he percatado de que la terminación de la terapia va en función de una mayor calidad de vida del cliente y una mayor capacidad de disfrute, para mí estos son unos buenos indicadores de que la terapia debe concluirse, no importa si cambió o solo ve las cosas de manera diferente.

Esta forma de pensar la terapia me ha permitido, especialmente, ser más tolerante. Por aprendizaje, o por temperamento, he tendido a imponer mi punto de vista como el correcto y el más válido, he sido muy normativa y el "deber ser" se ha impuesto en mi vida. Mirando bajo este lente, comprendo que mi punto de vista es únicamente un punto de vista más, y tan válido como el de cualquier otra persona, esto a la vez me da

la oportunidad de enriquecerme más porque realmente escucho al otro y no me concentro en buscar la forma de hacer valer mi opinión. Con esta visión también soy más tolerante en mis propias relaciones interpersonales, lo que influye en tener mejores relaciones y por supuesto en mi desempeño con terapeuta y conferencista.

Ser considerado como el “experto en salud mental” tiene muchas repercusiones en la persona del terapeuta, ya que la posición en la que muchos pacientes nos colocan es demasiado alta como para ser capaces de alcanzarla. El terapeuta vive sus propios conflictos, sus propios miedos e inseguridades, su propia lucha. Es por ello que el terapeuta no puede asumir una postura de superioridad o de “expertez”, el experto es el cliente y si en algo podemos decir que somos expertos es solo en “conversaciones terapéuticas” pero nunca en vidas ajenas.

Así pues, el análisis crítico de mi trabajo, la tolerancia, el respeto y la integración de diversos modelos a mi trabajo clínico, un cambio de concepción en la forma de hacer terapia y el abordaje del paciente desde otra postura, son algunas de las habilidades aprendidas durante esta Residencia, que me gustaría destacar.

## ANEXO 1

## ANEXO 2

### “PORQUE ME QUIERO, ME CUIDO” TALLER DE PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL DIRIGIDO A NIÑOS

➤ *Objetivo General:*

Brindar a los participantes las herramientas para prevenir ser víctimas de un abuso sexual.

➤ *Objetivos Particulares:*

- ⊙ Aumentar en niños y niñas sus conocimientos con relación a los abusos sexuales.
- ⊙ Diferenciar el abuso sexual de otro tipo de contactos normales.
- ⊙ Aprender a conocer y expresar sus sentimientos y emociones.
- ⊙ Aprender a diferenciar los regalos de los sobornos.
- ⊙ Aprender a identificar situaciones en las que puede ocurrir un abuso sexual.
- ⊙ Adquirir y desarrollar habilidades para afrontar situaciones peligrosas.
- ⊙ Aprender a pedir ayuda a padres, maestros, familiares y otros adultos de confianza

➤ *Dirigido a:*

- I. Niños entre 4 y 6 años (nivel preescolar)
- II. Niños entre 7 y 11 años (nivel escolar)

#### **Grupo Preescolares** (niños entre 3 y 6 años)

#### **Primera sesión**

*Temas:* ¿Qué es el abuso sexual? y Los sentimientos

- Objetivos:*
1. Aumentar los conocimientos de los niños y las niñas sobre el abuso sexual.
  2. Aumentar en niños y niñas los conocimientos sobre sus propios sentimientos.
  3. Conseguir que los niños sean conscientes de sus sentimientos, confíen en ellos y aprendan a aceptarlos y expresarlos de forma adecuada.

### **Segunda sesión**

*Tema:* Las Buenas y las malas caricias

*Objetivo:* Reforzar en los niños y niñas la habilidad para distinguir entre las formas de contacto apropiadas y no apropiadas.

### **Tercera sesión**

*Tema:* Los malos secretos

*Objetivo:* Promover las habilidades necesarias en los niños y niñas a fin de que sepan diferenciar entre un buen secreto y un mal secreto.

### **Cuarta sesión**

*Tema:* Los sobornos

*Objetivos:* 1. Aprender a diferenciar entre los regalos y los sobornos  
2. Aprender a decir NO a los sobornos.

### **Quinta sesión**

*Tema:* El derecho a decir NO

*Objetivos:* 1. Adquirir conciencia del derecho a decir "No"  
2. Aprender a decir NO ante las situaciones de abuso sexual y de cualquier otro tipo de abuso o agresión.

### **Sexta sesión**

*Tema:* Saber pedir ayuda

*Objetivo:* Reforzar en los niños la capacidad para pedir ayuda, cuando se enfrenten a un problema difícil de resolver (como un mal secreto o un soborno), a un adulto de su confianza, especialmente los padres.

## **Grupo Escolares**

(niños entre 7 y 11 años)

### **Primera sesión**

*Temas:* ¿Sabemos protegernos?, ¿Qué es el abuso sexual a los niños?

*Objetivos:* 1. Conocer los conocimientos y habilidades que poseen los niños y niñas sobre el abuso sexual a menores (evaluación inicial).  
2. Aumentar los conocimientos de los niños y niñas sobre el abuso sexual.

## **Segunda sesión**

*Tema:* Los sentimientos

- Objetivo:*
1. Aumentar en niños y niñas los conocimientos sobre sus propios sentimientos.
  2. Conseguir que los niños sean conscientes de sus sentimientos, confíen en ellos y aprendan a aceptarlos y expresarlos de forma adecuada.

## **Tercera sesión**

*Temas:* Los malos secretos, los regalos y los sobornos.

- Objetivos:*
1. Aprender a diferenciar sobre los buenos y los malos secretos
  2. Aprender que hay ciertos secretos que no se deben guardar.
  3. Aprender a diferenciar sobre los regalos y los sobornos
  4. Aprender a decir NO a los sobornos.

## **Cuarta sesión**

*Tema:* Nuestros derechos.

- Objetivos:*
1. Tomar conciencia del legítimo derecho de las personas a tener sus propios sentimientos, creencias y opiniones.
  2. Aprender a expresar y defender los sentimientos y defender los sentimientos y derechos propios de forma adecuada, sin violar los ajenos.
  3. Identificar y adoptar respuestas asertivas en situaciones injustas, abusivas o peligrosas.

## **Quinta sesión**

*Tema:* Decir No

- Objetivos:*
1. Adquirir conciencia del derecho de las personas a decir "No"
  2. Aprender a decir NO ante las situaciones de abuso sexual y de cualquier otro tipo de abuso o agresión.

## **Sexta sesión**

*Tema:* Nuestro cuerpo nos pertenece y saber pedir ayuda.

*Objetivos:*

1. Tomar conciencia del propio derecho que cada quien tiene sobre su cuerpo.
2. Adquirir y desarrollar habilidades para buscar ayuda si el abuso no ha podido ser evitado.
3. Identificar y saber acceder a los diferentes recursos que pueden dar ayuda a las víctimas de abuso sexual.