

01968



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN  
PSICOLOGÍA**

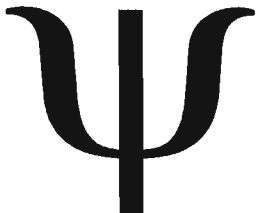
**RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR  
SISTÉMICA**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
GISELA ALCÁNTARA MENDOZA**

**DIRECTORA DEL REPORTE:  
PRESIDENTA: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO**

**REVISORA:  
TITULAR: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKI**

**TITULAR: MTRA. BLANCA BARCELATA EGUIARTE  
TITULAR: MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA  
TITULAR: DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO  
SUPLENTE: DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA  
SUPLENTE: MTRA. SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA**



**MÉXICO, D. F.**

**AGOSTO, 2005**

**M: 350074**



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.

## **Agradecimientos:**

A Dios por darme la vida y sustentarme en cada etapa que voy transitando.

A mis padres por todo su apoyo y amor incondicional, en cada una de mis decisiones.

A mis hermanas Raquel, Miriam y Adriana por su apoyo en cada momento que lo he necesitado.

A Alfredo por su presencia y apoyo incondicional en cada una de mis metas.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, que me ha formado y siempre me ha brindado la oportunidad de crecer como persona y profesionista.

A todas mis maestras de la residencia, quienes me dejaron enseñanzas tanto a nivel de conocimientos como a nivel personal. Especialmente agradezco su tiempo y apoyo a Luz de Lourdes Eguiluz, Ofelia Desatnik y María Suárez.

A mis amigos de la residencia, que se han convertido en amigos de toda la vida, Samantha, Francisco, Claudia y Sergio, por su amistad, sentido del humor, compañía y apoyo, gracias!

**Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.**  
**NOMBRE:** Gisela Alcántara Mendoza

**FECHA:** 18 - Octubre -05

**FIRMA:** Gisela A.M.

## INDICE

1. <i>Introducción</i>	1
1.1 Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar	1
1.1.1. Campo psicosocial y problemática familiar	1
1.1.2. La Terapia familiar como alternativa de intervención	8
1.2. Caracterización del escenario y sedes donde se realizó el trabajo clínico.	14
1.2.1. Descripción y análisis sistémico de los escenarios	14
1.2.3. Explicación y descripción de la participación en los escenarios	22
2. <i>Marco Teórico</i>	25
2.1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo	25
2.1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica	25
2.1.2 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Posmoderna	34
2.1.3 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	41
3. <i>Desarrollo y aplicación de competencias profesionales</i>	77
3.1. Habilidades Clínicas Terapéuticas	77
3.1.1. Integración de expedientes y análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias.	77
3.1.2 Adolescencia	105
3.1.3. Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas	120
3.2. Habilidades de Investigación	134
3.2.1. Reporte de Investigación con metodología cuantitativa y cualitativa	134

3.3	Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria	138
3.3.1.	Productos tecnológicos: manuales, videos, etc..	138
3.3.2.	Programas de intervención comunitaria	139
3.3.3.	Presentación del trabajo realizado en foros académicos	141
3.4.	Habilidades de compromiso y ética profesional	143
3.4.1.	Discusión e integración de las consideraciones éticas de la práctica profesional	143
4.	<i>Consideraciones Finales</i>	149
5.	<i>Bibliografía</i>	151

## INTRODUCCIÓN

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

#### *Campo Psicosocial y problemática familiar*

El fenómeno familiar es uno de los más antiguos en la historia de la humanidad. En cada una de las civilizaciones aparece en multitud de formas, creando un mosaico muy variado como respuesta a las necesidades de la naturaleza humana; se presenta como un fenómeno vital que se transforma de generación en generación y de época en época, donde los lazos de consanguinidad siempre están presentes, así como la relación de la pareja para la continuidad de la especie (Andrade, 1998).

Según Tuirán (2001), en el seno de la familia tiene lugar la reproducción biológica, pero igualmente el ámbito donde los bienes y el patrimonio, así como las pautas de conducta y las normas de sociabilidad, se transmiten a las generaciones siguientes. Se reconoce que la familia, en tanto ámbito privilegiado de socialización, moldea profundamente el carácter de los individuos, inculca modos de actuar y de pensar, que se convierten en hábitos, y opera como espacio productor y transmisor de pautas y prácticas culturales; por ésta y otras razones se afirma que la familia es la célula básica de la sociedad.

La familia moderna es demasiado variada, diverge de un caso a otro; sin embargo, independientemente de las distintas formas que la familia pueda asumir, ésta representa el grupo primario indispensable para la subsistencia física del nuevo ser humano, para la satisfacción inicial de sus necesidades más específicamente humanas y el subsecuente desarrollo de sus potencialidades.

El modelo arquetípico de la sociedad contemporánea es la llamada familia conyugal tradicional que corresponde, según Tuirán (2001), a una estructura formada por la pareja de esposos que reside en un hogar independiente con sus hijos. Sin embargo existe una clara

brecha entre este modelo y la realidad que ha sido y es más variada. El estudio de la familia, por tanto, debe reconocer que en ella se procesan experiencias diferentes de acuerdo con las peculiaridades socioeconómicas, culturales, étnicas y políticas del contexto histórico-social del cual forma parte.

De esta forma en la sociedad coexisten formas nuevas y viejas que se mezclan en la práctica con el modelo de la familia nuclear conyugal. El resultado es un panorama pluriforme y diverso, más que un modelo típico de familia, acompañado por diversas transformaciones de índole socioeconómica, cultural y demográfica que han contribuido a multiplicar los arreglos familiares y a consolidar formas de organización familiar (Andrade, 1998).

Durante el siglo XX, según Tuirán (2001), los cambios económicos y sociales, en su compleja interrelación con las transformaciones demográficas, influyeron de formas variadas y complejas en las relaciones familiares y en la emergencia de formas diversas de organización hogareña.

Para Palomar (1998), la familia no opera como una institución independiente o dominante, sus tareas le vienen impuestas desde afuera, sus ingresos están sometidos a una apropiación arbitraria y en muchos casos no puede realizar plenamente ninguna de sus funciones específicas. Tales funciones, como la promoción de un desarrollo físico y emocional óptimo en sus miembros, se ven limitadas por condiciones externas que controlan a la familia; tal es el caso de la marginación, la pobreza, la ignorancia y el acceso limitado a los servicios de salud; y es justamente en consecuencia de cambios o presiones intra o intersistémicas<sup>1</sup> de particular importancia, cuando surge la mayoría de los trastornos emocionales.

---

<sup>1</sup> Desde la visión de familia como sistema, un cambio intrasistémico tiene que ver con eventos dentro de la familia, como sería el nacimiento de los hijos, su crecimiento hasta que se independizan, un luto, un divorcio, etc. y un cambio intersistémico hace referencia a eventos externos al sistema familiar como una mudanza, modificaciones en el ambiente o de las condiciones de trabajo, etc...(Minuchin, 1974).

En condiciones de pobreza, de acuerdo al Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica (2001), se puede dificultar la transición en los procesos de vida de las personas, y dado que los individuos son miembros de la unidad básica de la sociedad llamada familia, ésta también se ve afectada por las condiciones económicas y de marginación, que nuevamente en un proceso circular afectan a los individuos que la conforman.

Según el Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica (2001), los grandes problemas nacionales conllevan a otros más específicos, como lo son el gran número de casos de cáncer, SIDA, drogadicción, alcoholismo, analfabetismo, reprobación y deserción escolar, accidentes de trabajo, discriminación en el trabajo, delincuencia, suicidios, violaciones, desintegración familiar, violencia intrafamiliar y a la mujer, etc. Asimismo Pakman (1997), menciona que en condiciones de pobreza frecuentemente se encuentran asociados problemas de violencia cotidiana (maltrato físico, maltrato sexual, explotación criminal de menores y mujeres) o política (discriminación, violación de derechos civiles y humanos, etc.).

Dadas las condiciones demográficas, sociales y económicas actuales que afectan directamente a la familia, surge una problemática al interior de esta unidad que provoca su fractura o algún riesgo de salud en los individuos que la conforman.

Aún cuando estos problemas han sido abordados por profesionales de la Psicología ya sea en instituciones públicas o privadas, el constante aumento en problemas de salud y por ende el incremento de las necesidades de las personas, provoca que no existan suficientes recursos ni humanos ni materiales para cubrir la gran demanda de los servicios clínicos, que según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2004), es del 96.4% de la población del país.

Para hablar de los principales problemas que afectan a la población del país, se hace referencia a la información recogida por el INEGI; por ello no se abarca toda la problemática que las personas o familias puedan presentar, sin embargo se hace mención de



aquéllas que según el Instituto de Estadística, Geografía e Informática (2004), presentan un alto índice de ocurrencia.

De acuerdo con el INEGI, en la actualidad uno de los problemas sociales y de salud más importante es el *consumo de drogas*; en el país se estima que 2% de los residentes urbanos de 18 a 65 años presenta problemas por el uso de drogas; para ambos sexos, según esta misma fuente, los problemas psicológicos ocupan el primer lugar de importancia para las personas que consumen algún tipo de sustancia.

Los problemas sociales en los que el consumidor de drogas se ve envuelto, afectan su vida y la de quienes lo rodean; los problemas derivados del uso de drogas hacen referencia al contexto de las relaciones personales e institucionales donde se desenvuelve. El INEGI (2004), menciona que las dificultades sociales en las que se observan las tasas más altas en el país, son las discusiones con amigos y familiares, seguidas por problemas con la familia, amigos, escuela y trabajo.

De acuerdo con este Instituto, las características de integración familiar pueden actuar como factores de protección o de riesgo ante el consumo de drogas; por ejemplo, se observa que en el caso de las mujeres en condiciones de divorcio o separación es más alta la proporción de usuarias de drogas. De igual forma, el *divorcio* en sí mismo es un problema que se va incrementando y que disuelve el sistema familiar; actualmente la población divorciada en México asciende a poco más de 687 mil personas (INEGI, 2004).

Según Salles (2001), existe un debilitamiento de la unión única de la pareja. En el caso de las uniones legalmente instituidas, el divorcio refleja una nueva percepción de la vida de la pareja y una distinta práctica en la constitución de la misma, que incide en la perdurabilidad de la primera unión, acortándola y abriendo paso para otras uniones, sintetizadas en el concepto de “familias reconstituidas”.

Asimismo, en la sociedad actual un tema que cobra mayor relevancia al hacerse más visible y que es motivo de una gran preocupación social, es el de la *violencia*. En el caso de la

violencia contra las mujeres, menciona el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004), diversos estudios han demostrado que este tipo de violencia no distingue grupos socioeconómicos, edad o niveles educativos. La violencia se observa en las calles, en los lugares de trabajo, en las escuelas y más aún, su presencia se manifiesta en lugares tan privados como el seno de la familia.

De acuerdo con la misma fuente, uno de los aspectos más preocupantes de la violencia sobre las mujeres, es que se ejerce en los hogares y proviene de la pareja conyugal. Los hombres agreden con mayor frecuencia a las mujeres con golpes, amenazas o de forma verbal; además, practican el encierro doméstico, las prohibiciones y el ejercicio de la fuerza en las relaciones sexuales, llegando incluso a las amenazas de muerte y al homicidio en casos extremos.

En México la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres del 2003, reporta una prevalencia de violencia con la pareja actual de 21.5%; esto significa que una de cada cinco mujeres de 15 años y más que demandaron servicios de salud a instituciones del sector público, sufrió violencia por parte de su pareja actual (ya fuera novio, esposo o compañero), en los últimos 12 meses previos al levantamiento de la encuesta. Este porcentaje se eleva a 34.5% cuando se investiga la violencia de pareja en cualquier momento de la relación, es decir, cada una de tres mujeres entrevistadas sufrió violencia de pareja alguna vez en su vida.

Con respecto al *maltrato infantil* se reconoce que en la mayoría de las ocasiones se presenta dentro del contexto familiar. Este tipo de maltrato se refiere a la violencia física, sexual y psicológica que tiene lugar en la familia y que se puede manifestar como malos tratos, abuso sexual y otras prácticas dañinas al individuo (INEGI, 2004). Según este mismo Instituto, el DIF atendió en el país en el año 2002, a 22 463 menores que presentaron maltrato físico, omisión de cuidados, maltrato emocional, negligencia, abandono, abuso sexual y explotación laboral.

La *violencia familiar* es un problema que debilita los valores de la convivencia, propicia la desunión, la falta de respeto entre la pareja y los hijos y una baja autoestima de la persona dañada; además repercute en otros ámbitos de la sociedad como la escuela y el trabajo donde se manifiesta en el bajo rendimiento o en el abandono escolar y en el tiempo de trabajo perdido.

Según la encuesta realizada en 1999, sobre violencia intrafamiliar del INEGI, uno de cada tres hogares del Área Metropolitana de la Ciudad de México sufre algún tipo de violencia. De los poco más de 1.3 millones de hogares donde se detectó, surgen los siguientes porcentajes: 99% reporta maltrato emocional, 16% sufre intimidaciones, 11% violencia física y el 1% abuso sexual.

De acuerdo al Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica (2001), la preocupación nacional e internacional por la problemática señalada, refleja implicaciones sociales y políticas, que focalizan a la institución familiar como un asunto de interés político, lo que ha conducido a diversas reformas en el marco legal y a la elaboración de programas de desarrollo social en los que se resalta la necesidad de incluir la participación de profesionales especializados en la atención de la familia en diferentes niveles de atención (prevención, intervención y rehabilitación).

Un problema de igual interés social y de salud es el *suicidio*, que se refiere a una forma de muerte resultado de una decisión individual que, si bien puede parecer incomprensible, obedece a diversas condiciones de orden psicológico, de salud y sociales. Por otro lado, los intentos de suicidio se refieren a aquellos actos que atentan contra la propia existencia pero que no se consuman (INEGI, 2004).

Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 10% de las personas que intentan suicidarse terminan por quitarse la vida. Dentro de los datos mostrados por el INEGI (2004), se observa que los hombres están en mayor riesgo de morir por suicidio que las mujeres. En contraste, el número de los intentos de suicidio fallidos de mujeres es mayor que el de los hombres.

Tomado de la fuente anterior, se sabe que en México, durante el año 2002, ocurrieron 3 464 intentos de suicidio y se consumaron 91.2% de éstos. Poco más de una cuarta parte de los intentos de suicidio en el país no tienen causa registrada, lo cual resulta lógico dado lo delicado que puede ser recabar ese tipo de información. La causa principal registrada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004), es el disgusto familiar con 34.2%, le siguen razones amorosas con 10.2% y en tercer lugar, las enfermedades mentales, que explican 3.9% del total de los intentos de suicidio registrados.

En el caso del suicidio, determinar las causas o causa que llevan a una persona a quitarse la vida es todavía más complicado ya que, a diferencia de los intentos de suicidio, no se tiene la oportunidad de poder indagar los motivos que impulsan al individuo a atentar contra su vida. Por tal razón, en el 57.9% de los casos se ignora la causa y en aquellos casos en que se dispone de esta información, ésta no es totalmente confiable, ya que generalmente proviene de una nota que deja el suicida o de declaraciones que se han obtenido de familiares o allegados.

En prácticamente todos los casos con causa determinada, muestra el INEGI (2004), se observa un patrón similar en la distribución de la causa de los suicidios de hombres y mujeres; sin embargo hay un peso ligeramente superior en la causa de disgusto familiar y razones amorosas en el caso de las mujeres; esto quiere decir que, según la información del Instituto, la principal causa de suicidio es el disgusto familiar.

La información recién descrita destaca la problemática a nivel nacional; sin embargo también cabe mencionar que dentro de la Residencia en Terapia Familiar los principales problemas que surgieron en los diferentes escenarios fueron: bajo rendimiento escolar, reprobación, rebeldía, depresión, ideas suicidas, violencia intrafamiliar, violación, incesto, infidelidad, adicciones, conflictos interpersonales y referentes a la etapa de ciclo vital, por ejemplo con adolescentes y de pareja.

Wong y Figueroa (2001), mencionan que al resaltar la importancia del contexto familiar en la salud física y emocional de las personas, se justifica volver a plantear la necesidad de

incorporar a las políticas de población y de salud del país todos los aspectos que garanticen o contribuyan al funcionamiento más eficiente de la familia.

En general, la familia constituye una institución viva y fundamental, una institución multifacética que todavía ejerce sus funciones. La familia sigue siendo indispensable en el futuro; es el principal foco de impacto de la cultura ambiental sobre la persona, sobre la personalidad y sobre la formación del ser humano.

Para Andrade (1998), la familia sigue siendo la unidad básica del individuo puesto que en los primeros años de vida se comparte casi exclusivamente con ella; esta familia nuclear es la unidad de crecimiento y experiencia, de realización y fracaso, y es también la unidad básica de la salud y enfermedad.

Así también para Palomar (1998), la educación y la vida familiar cobran suma importancia por cuanto representan los mecanismos que moldean al individuo, en este sentido, el conocimiento y la comprensión del estilo de funcionamiento de la familia constituye una parte importante del análisis total de una sociedad en funcionamiento.

### ***La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa de intervención***

Según Wong y Figueroa (2001), la literatura sobre salud ha reconocido desde hace algunas décadas, la necesidad de incluir a la familia como parte de los estudios de salud. Esta tendencia prevaleció sobre todo en el ámbito de la salud pública, y disciplinas como la Psicología y la Antropología reconocieron la influencia que tiene la familia en todo el proceso, origen, desarrollo y tratamiento de los problemas de salud.

El desarrollo de la Terapia Familiar, según López (1981), tanto como método de tratamiento terapéutico y como instrumento conceptual en la comprensión de la psicopatología, es un fenómeno relativamente reciente, iniciándose en el escenario psiquiátrico aproximadamente en la década de los cincuentas.

Anderson (1997), menciona que el desplazamiento desde los paradigmas psicoanalítico-psicodinámicos hacia la idea de familia no ocurrió porque los terapeutas decidieran que la familia debía ser el objeto de tratamiento; sino porque las teorías y prácticas tradicionales no parecían servir para entender a adolescentes inmanejables y a algunos individuos que tenían perturbaciones severas.

Se pueden definir algunos factores que dieron lugar a la idea de estudiar y tratar familias en vez de individuos, siendo las siguientes tendencias generales entre las más sobresalientes: la iniciación de la terapia de grupo, la emergencia de la terapia marital como profesión y de las investigaciones correspondientes a un esfuerzo por entender la esquizofrenia (Fox, 1976, en López, 1981).

Según Anderson (1997), dentro del pensamiento de los terapeutas familiares existieron dos influencias fundamentales y entrelazadas: la teoría de los sistemas cibernéticos, homeostáticos, de retroalimentación negativa, y la teoría de los sistemas sociales normativos, estructurados jerárquicamente. De acuerdo con esta autora, ambos principios describieron y explicaron el sistema humano como una combinación de partes cuyo proceso viene determinado por su estructura; ambos proveyeron a la terapia familiar de un paradigma sistémico contextual, cuyo punto de vista es que los problemas son fenómenos sociales cuyo desarrollo, persistencia y eliminación ocurren en un campo interaccional.

Los principales precursores de la llamada Terapia Familiar según Hoffman (1981), fueron: Nathan Ackerman, en Nueva York; Murray Bowen en Topeka y Washintong; Lyman Wynne y Margaret Singer en los Institutos Nacionales de Salud Mental en Bethesda; Carl Whitaker en Atlanta; Salvador Minuchin y E. H. Auerswald en la escuela Wiltwyck, en Nueva York; Ivan Boszormenyi-Nagy, James Framo y Gerald Zuk en Filadelfia; Theodore Lidz y Stephen Fleck en Yale y Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, John Bell y Virginia Satir en Palo Alto California.

Todos estos investigadores comenzaron a visualizar, dentro de diferentes circunstancias y cada uno en su campo de trabajo, una nueva forma de observar a las personas con

comportamientos sintomáticos; empezaron a ampliar su foco de visión: del estudio individuo hacia el de la familia como un sistema.

Las modalidades de abordaje hasta entonces en la psiquiatría tradicional, se orientaban casi exclusivamente a observar al individuo como un organismo separado del contexto, considerando absolutamente marginales todos los demás componentes que interactuaban con él; tal era el caso de la familia. El paciente individual como centro de estudio, dice Kirmayer (1989, en Pakman, 1997), cuyo problema es atribuido a algún aspecto de personalidad, ignorando su contexto social, conduce consistentemente a la estigmatización de la persona.

La metáfora de los sistemas cibernéticos, como dice Anderson (1997), permitió que los teóricos y clínicos se liberaran de la estrechez y linealidad de las teorías del individuo y pasaran a explorar conceptos y técnicas de resolución de problemas más amplios, no lineales, que les resultaban más útiles para trabajar con sistemas humanos multipersonales como la familia.

Para Andolfi (1991), la relación entre individuo y familia, nace de considerar a la familia como un todo orgánico, es decir, como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales.

Las idea de que la familia podía ser análoga a un sistema homeostático o cibernético fue principalmente introducida por el antropólogo Gregory Bateson, quien aplicó los conocimientos sistémicos a las ciencias del comportamiento y al estudio de las interacciones humanas. Se trascendió de una descripción tradicional de conducta individual a enunciar descripciones de procesos interaccionales y a pasar de una causalidad lineal a una causalidad circular.

Según Andolfi (1991), se considera a la familia como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí, por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí, e intercambio con el exterior. Al pasar de lo individual a

lo colectivo, el interés se traslada de la explicación del comportamiento individual, tomado aisladamente, a la observación de las interacciones que ocurren entre los diversos miembros de la familia y entre la familia entendida como unidad y los otros sistemas que interactúan con ella, tales como la comunidad, la familia extensa, el sistema de creencias e instituciones, etc.

Siguiendo a Andolfi (1991), una sintomatología anoréxica, un comportamiento delirante, un estado depresivo, por ejemplo, si es visto como una perturbación intrínseca a la persona, lleva a estudiar la naturaleza del paciente y a buscar en su interior las causas de la perturbación. De esta manera, el malestar se clasifica y se inserta en un esquema rígido, que lo vuelve más estático e irreversible, en tanto no capta su significado relacional y las implicaciones propias del contexto social en que cobró vida ese comportamiento.

Para este autor, la terapia familiar y relacional si se la capta y conduce de un modo correcto en el ámbito de la comunidad, puede considerarse como una forma de psiquiatría social en la cual la intervención sobre la familia en particular, tiende a iluminar los conflictos evidentes de sus miembros y a liberar al paciente identificado de las tensiones vinculadas con su condición.

La familia, de esta manera, proporciona nuevas dimensiones en la conceptualización de la adaptación humana y la Terapia Familiar puede proveer señalamientos hacia formas más efectivas en el manejo de conflictos y en el dolor humano.

La Terapia Familiar, según Andolfi (1991), debe permitir al paciente identificado recuperar su capacidad de autodeterminación en un contexto familiar cambiado, donde se redescubren y activan potencialidades terapéuticas antes inexpressadas y capaces de dar un significado distinto a una perturbación, no vivida ya como un estigma, sino como señal y momento de crecimiento de un grupo con historia.

Es así que la terapia familiar permite el movimiento de las personas y sus familias hacia nuevas situaciones que sean más favorecedores para ellas y su circunstancia particular. Más



aún, las corrientes posmodernas de terapia establecen el hecho de que son las mismas personas las que pueden construir un nuevo significado para sus vidas con ayuda del lenguaje y del tipo de conversación que genere esa posibilidad.

La teoría del Construccinismo Social es la principal base que sustenta la práctica sistémica caracterizada por el uso del lenguaje, la narrativa, la interpretación, la hermenéutica, la conversación, el trabajo colaborativo y la reflexividad. Como está escrito en el Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica (2001), bajo esta conceptualización, el énfasis se centra en la forma en que los seres humanos construyen su mundo de experiencia a partir de las relaciones sociales en que se involucran y, a diferencia del Constructivismo donde la realidad se construye a partir de la experiencia individual (y biológica) en el lenguaje (contexto social), desde el Socioconstruccinismo la realidad se construye en la relación social como productora de discursos. De este modo, la práctica clínica es explicada como un proceso que se orienta a la formación de historias y significados alternativos a la situación problemática de las personas.

En este enfoque las construcciones del mundo están restringidas por el lenguaje; en ese sentido son las mismas personas quienes generan sus propias limitaciones de acuerdo al discurso que generan, lo cual también implica que tienen la capacidad de alterar esos discursos por otros más posibilitadores.

Desde esta postura al hablar de terapia se está haciendo referencia a una conversación y dentro de ésta, queda desechada la idea de buscar una patología en las personas (Hoffman, en Anderson, 1997). La voz de los que consultan gana importancia, y el terapeuta refrena su impulso a controlar, evitando imponer su comprensión y permitiendo que emerjan soluciones decididas con conjunto.

Desde una perspectiva posmoderna, para Anderson (1997), ya sea que se trabaje con un individuo o con una familia, se tiene en cuenta que siempre se trabaja con descripciones y explicaciones múltiples y cambiantes, socialmente construidas; de esta forma cobra especial importancia el sistema lingüístico relacional, es decir, la forma en que la persona

se construye ideas, pensamientos y conductas por medio del lenguaje y la conversación con los otros.

La terapia, para esta autora, es una conversación/diálogo entre un cliente y un terapeuta; esta conversación dialógica hace referencia a un proceso generativo mutuo en el cual emergen nuevos sentidos: diferentes maneras de entender, explicar y puntuar las experiencias vividas. La conversación terapéutica y la novedad de sus resultados llevan a una acción creadora y a una disolución de problemas.

En esta nueva postura el cliente y terapeuta pasan a ser compañeros en una misma conversación, donde la sabiduría del cliente sobre sí mismo se combina con la sabiduría del terapeuta sobre un proceso, para crear nuevos conocimientos, comprensiones, sentidos y posibilidades para todos. En este sentido como dice Anderson (1997), la responsabilidad por la terapia y su resultado pasó a ser compartida.

Una de las principales implicaciones de esta forma de hacer terapia en co-responsabilidad con el cliente o la familia, es que les permite ser los autores de su propia vida sin que sean conducidos por el terapeuta hacia una convención generada culturalmente, de una “mejor situación” para ellos.

Finalmente son los individuos y sus familias el principal motivo por el cual se generan teorías, modelos, estrategias o enfoques para hacer terapia, y en este sentido se busca intervenir en los principales problemas que limitan y afectan la vida de las personas, así como sus relaciones con los demás.

## 2. Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico.

### *Descripción y análisis sistémico de los escenarios*

La Universidad Nacional Autónoma de México mantiene el compromiso de formar profesionales de calidad, que desarrollen las competencias necesarias para ejercer su profesión con responsabilidad y compromiso social. Es así que dentro de su Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, aprobó el Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica.

Esta Residencia en Terapia Familiar, de acuerdo al programa de la misma (2001), tiene como principal propósito capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de la salud. Esta especialidad con su visión integrativa, permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), así como desde el Construccionismo Social, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural, político y económico), el lenguaje y la construcción de significados.

Dentro de los objetivos específicos del programa (2001) están:

\*Desarrollar en el estudiante capacidades de alta calidad, a través de una formación que integra la asimilación de conocimientos en la práctica especializada y supervisada de su rol como psicólogo clínico especializado. Este proceso activo de formación favorece en el estudiante el desarrollo de su capacidad creativa, en donde el trabajo clínico de aplicar conocimiento, se asocia con conductas reflexivas y cuestionadoras, dirigidas a desarrollar una capacidad generadora de conocimiento e investigación. Asimismo, el trabajo parte de un compromiso social del estudiante con su propio desarrollo y la población que atiende.

\*Desarrollar a través de actividades teórico prácticas en el ámbito clínico, habilidades para identificar y manejar problemas en el área de la salud mental, en diferentes sistemas: individuo, pareja, familia y comunidades diversas. Se trata de un entrenamiento que integra actividades informativas y formativas, con el desarrollo personal del estudiante, como terapeuta, y de su compromiso social.

Esta visión sistémica permite al estudiante identificar, de manera integrativa, los problemas clínicos tales como enfermedades psicosomáticas, adicciones, problemas de la alimentación, así como problemas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, y otros que se manifiestan en el seno familiar.

\*Adquirir los conocimientos necesarios de los principales modelos teóricos en las Terapias Sistémicas y Posmodernas, a través de una formación teórico – práctica supervisada, que permita diseñar estrategias de evaluación e intervención para los problemas y demandas de la salud mental.

\*Adquirir habilidades para realizar investigación cuantitativa y cualitativa sobre procesos familiares y de pareja a través de su trabajo clínico.

En general la formación está basada en dos ejes fundamentales: las asignaturas teórico técnicas y la práctica supervisada en escenarios clínicos, lo cual integra la formación del profesional y le permite proporcionar servicios a la comunidad.

Dentro del área práctica, el trabajo clínico durante el curso de la Maestría se realizó en tres diferentes escenarios:

#### La Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

La Clínica de Terapia Familiar FESI, se ubica dentro del Campus, en los Reyes Iztacala, Municipio de Tlanepantla, Estado de México, en el edificio de Endoperiodontología. Este espacio se encuentra dividido en dos partes por un espejo de doble visión. Dispone también

de una sala para las pre y posesiones llevadas a cabo durante las consultas y de equipo técnico como cámara de video, micrófono, videgrabadora y televisión.

La población atendida en esta clínica se encuentra referida por la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), por el Departamento de Evaluación y Diagnóstico de la FESI (ver anexo 1), así como por otras instituciones de la comunidad, como secundarias, tecnológicos, entre otros.

#### La Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado.

La Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Tlalnepantla, está ubicada en la calle de Xalapa # 68 en la colonia Valle Ceylán, en Tlalnepantla, Estado de México.

La clínica está organizada de acuerdo a la Subdelegación Médica en el Estado de México en dos estructuras. La primera es la Estructura Orgánica que comprende: la Dirección de la Clínica de Medicina Familiar, y dos Subdirecciones: una es la Subdirección Médica y la otra es la Subdirección Administrativa. La segunda es la Estructura Técnico Operativa, en donde se encuentra ubicada la Consulta Externa. En el departamento de Psicología y en combinación con la Coordinación de Enseñanza e Investigación, se presta el servicio de Terapia Familiar (ver anexo 2).

El espacio que se utiliza para brindar el servicio es el consultorio de Psicología, donde sólo se utilizaron las sillas ya que el equipo de videgrabación fue llevado por los terapeutas. En este espacio el equipo de supervisión se situaba a espaldas de la familia y de frente al terapeuta.

#### El Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco de la UNAM.

El plantel se encuentra ubicado en la Av. Aquiles Serdán # 2060. Colonia Ex Hacienda del Rosario. Código Postal. 2040. Delegación Azcapotzalco. México, D. F.

A partir del acuerdo con la Secretaría Estudiantil del CCH-UNAM y de las autoridades del plantel Azcapotzalco se lleva a cabo el servicio de Terapia Familiar en este escenario clínico. En el Departamento de Psicopedagogía de la institución es donde se ofrecen los servicios de Orientación Educativa y por medio de este departamento fueron referidas las personas que asistieron al servicio de Terapia Familiar (ver anexo 3).

El trabajo en este escenario se llevó a cabo en un espacio cedido por el Departamento de Audiovisual, en coordinación con el Departamento de Psicopedagogía, en el cual se improvisó un área para dar terapia. Este espacio contaba con sillas, pizarrón y equipo técnico facilitado por el Departamento de Audiovisual; aquí también como en el caso del ISSSTE, el equipo de supervisión se situaba a espaldas de la familia y de frente al terapeuta. Actualmente se cuenta con otro espacio construido por el CCH exclusivamente para el servicio de Terapia Familiar, consta de cámara de Gessell que divide dos salas para el trabajo, en un lado se encuentra el equipo de terapeutas y en el otro la familia con el terapeuta.

El trabajo terapéutico realizado en estos lugares, fue dentro de un sistema de formación terapéutica denominado supervisión. La supervisión, según Troya y Auron (1988), es un espacio de integración teórico-técnico en el que se diagnostica a la familia y al sistema terapéutico y se deciden las modalidades de intervención adecuadas. Se retroalimenta y acompaña al terapeuta para optimizar su desempeño en el sistema terapéutico como experto, se puntualizan objetivos terapéuticos y se da continuidad al proceso.

El Sistema Total que contempla este trabajo está constituido por subsistemas; de acuerdo a las mismas autoras los subsistemas se organizan de la siguiente manera:

Sistema Familiar + Terapeuta = Sistema Terapéutico

Equipo de Supervisandos + Supervisor = Sistema de Supervisión

Sistema de Supervisión + Terapeuta = Sistema de Terapeutas

Sistema Terapéutico + Sistema de Supervisión = Sistema de Terapeutas

De acuerdo con una visión sistémica, se hace necesario analizar los diferentes sistemas que integran el Sistema Terapéutico Total en los diferentes lugares de trabajo, y es que como postula esta visión, todo grupo social es a su vez un sistema constituido por múltiples microsistemas en interacción dinámica.

Con este postulado sistémico y con una visión de segundo orden, las diferentes instituciones son parte del sistema y son factores de determinante influencia en el proceso dinámico de los diferentes subsistemas.

Como institución de salud, el ISSSTE<sup>2</sup> tiene la misión de contribuir al mejoramiento de los niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes, mediante el oportuno y eficiente otorgamiento de servicios médicos, prestaciones económicas, sociales y culturales, vivienda, tiendas y farmacias y servicios turísticos.

El Sistema Terapéutico Total dentro de este marco específico de trabajo, atendía a las familias con un tipo de terapia que tendía a ser breve (dada la gran demanda por el servicio en Psicología); además bajo este contexto el Sistema de Terapeutas debía restringirse a las leyes y normas que imperan en la institución, tal es el caso de registrarse a la entrada de la Clínica, registrar las citas en un carnet y vestir bata blanca.

La información que recibía el Sistema de Terapeutas provenía de un diagnóstico previo realizado por la psicóloga encargada del área de Psicología; aunque esto puede no ser congruente con la forma de trabajo del Sistema de Terapeutas, ésta es la forma en la que la Institución opera y había que ser respetuosos con ese tipo de trabajo.

Por estar insertos en esa Institución, el Sistema Familiar denominaba al Sistema de Terapeutas con el rótulo de doctores y de esta forma se establecía el vínculo de cliente-terapeuta, como de paciente-doctor, es interesante ver cómo un mismo sistema adquiere diversos matices de acuerdo al contexto donde se ubique.

---

<sup>2</sup> Esta información fue recabada de su página electrónica (ver en bibliografía).

La respuesta de las personas que se atendieron en este contexto, en general, fue de compromiso y responsabilidad; se cree que esto está influido por la demanda del servicio y porque en muchas ocasiones hay que esperar mucho tiempo para tener una cita.

Otra Institución donde se trabajó, fue el **Colegio de Ciencias y Humanidades**<sup>3</sup> plantel Azcapotzalco, la cual tiene como objetivos fundamentales en el nivel bachillerato: que el alumno desarrolle en forma integral su personalidad, en forma individual y como miembro de la sociedad; que constituya un ciclo de aprendizaje combinando el estudio en las aulas y en el laboratorio y proporcionando la formación académica a nivel medio superior indispensable para aprovechar las alternativas profesionales.

Además de la formación como bachilleres universitarios, el CCH busca que sus estudiantes se desarrollen como personas dotadas de valores y actitudes éticas sólidas y personalmente fundadas; con sensibilidad e intereses variados en las manifestaciones artísticas, humanísticas y científicas; capaces de tomar decisiones, de ejercer liderazgo con responsabilidad y honradez y de incorporarse al trabajo con creatividad, para que sean al mismo tiempo, ciudadanos habituados al respeto y al diálogo y solidarios en la solución de problemas sociales y ambientales. Se espera que el conjunto de estas cualidades permitirá a los egresados reconocer el sentido de su vida como aspiración a la plenitud humana, según sus propias opciones y valores.

En congruencia a los objetivos del CCH de promover en sus alumnos un desarrollo humano completo, es que surge a través de su Secretaría Estudiantil y la coordinación con el área de psicopedagogía del plantel, el servicio de atención terapéutica para su comunidad (empleados, alumnos y familiares).

En este contexto, la derivación de los pacientes por parte del área de psicopedagogía, tiene suma importancia; esto debido a que la mayoría de las personas referidas eran estudiantes que tenían problemas de conducta o reprobación. En estos casos, cuando se presentaba la familia y el estudiante no asistía o se rehusaba a hacerlo, la familia perdía el interés en

---

<sup>3</sup> Esta información fue recabada de su página electrónica (ver en bibliografía).



seguir acudiendo. Posiblemente el que no asistiera el paciente designado significaba para la familia que la terapia no tenía mucho sentido. Lo contrario ocurría cuando las personas iban por propia voluntad, por ejemplo, algunos estudiantes con problemas familiares o empleados; en estos casos había más asistencia y compromiso con la terapia.

Por esto, como mencionan Troya y Auron (1988), es importante la exploración cuidadosa del ecosistema y de la fuente de derivación, si es que existe, para construir un mapa del contexto del hecho clínico que permita desde el inicio del proceso discriminar jerarquías, roles, funciones y responsabilidades.

Un aspecto interesante que tiene que ver con la visión de los estudiantes de tener un terapeuta en el Colegio, es que algunos de ellos se negaban a la proposición de que asistiera el resto de la familia. Tal vez esto se encuentre relacionado a la concepción de la escuela como un espacio propio, y en este sentido se les pudo haber dificultado invitar a su familia (con la que además tienen problemas), a su espacio privado.

Con base en el contexto escolar, el trabajo del Sistema de Terapeutas tenía un interés especial en el rendimiento académico, debido a estar inmersos en una Institución que tiene como objetivo formar al alumno en esta área. La visión que surgía y la cual se enfatizaba con los estudiantes que asistían a terapia, era la de promover un cambio que los llevara a enfrentar la situación por la que estuvieran pasando y por consecuencia que desarrollaran un compromiso con las actividades escolares que sin duda los llevaría a una superación personal y emocional.

En el caso de la **FESI**, siendo también una entidad académica, su prioridad es la de formar profesionistas de calidad para brindar los servicios que se desprenden de las licenciaturas impartidas en ese plantel: Biología, Medicina, Odontología, Psicología, Enfermería y Optometría.

Dentro del servicio a la comunidad que ofrece el área de Psicología se encuentra la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) y como parte del servicio de la Maestría en Terapia

Familiar, se encuentra la **Clínica de Terapia Familiar** que pertenece a la División de Posgrado e Investigación. En esta Clínica los pacientes llegan por diferentes vías: por medio de la CUSI, por medio de la Unidad de Evaluación y por medio de llamadas directas, por personas que de alguna manera se enteran del servicio, a la persona encargada de la organización de los pacientes.

Una implicación que existe en dar terapia en un contexto académico, se refiere a que por ser la FESI una institución educativa de nivel superior, en ocasiones el Sistema Familiar da por hecho que las personas que los están atendiendo están en formación; ésto, algunas veces, causa cierta desconfianza en el primer acercamiento por parte de las personas. Esta situación que tiene que ver con una primera impresión, queda superada al transcurrir las sesiones, donde se va generando confianza mutua.

En esta clínica, que es un escenario construido especialmente para la formación de los residentes de la Maestría, el Sistema de Terapeutas trabaja bajo un compromiso moral con la Universidad.

En conclusión, cada uno de los sistemas tiene una organización con su propio conjunto de normas, constructos y objetivos. Situándose desde la perspectiva sistémica, cada organización matiza el trabajo que se hace en la misma; esto se basa en que desde dicha perspectiva cada sistema influye y a su vez es influido por los demás.

De acuerdo con Troya y Auron (1988), la familia consultante puede cumplir funciones diferentes para instituciones diferentes, así como ser diagnosticada y atendida de maneras diversas y aún contradictorias por profesionistas de campos distintos o del mismo campo pero con marcos teóricos o posiciones disimiles; por tanto es importante concientizar dentro de qué contexto o visión se aborda un caso para una intervención responsable.

Finalmente para estas mismas autoras, la responsabilidad del Sistema Terapéutico Total es con la familia consultante y debe privilegiarse, si es necesario, la eficacia terapéutica por sobre el entrenamiento o los compromisos y lealtades institucionales diversas.

## *Explicación y descripción de la participación en los escenarios*

### Primer contacto con el paciente.

Dentro de los tres diferentes escenarios, la forma de contactar a los pacientes fue por vía telefónica: en el ISSSTE la responsable del área de Psicología otorgaba al terapeuta en turno un expediente del paciente con sus datos generales, teléfono y diagnóstico; en el CCH profesores del área de Psicopedagogía otorgaban los datos de las personas o familias que necesitaban el servicio con el motivo de consulta escrito y en el caso de la Clínica de Terapia Familiar de la FESI, los pacientes que canalizaban las diferentes fuentes de referencia, se asignaban por medio de la supervisora responsable que coordinaba esta información y la distribuía entre los terapeutas.

Una vez teniendo los datos de las personas, el terapeuta hacía la llamada telefónica; en ésta recababa información necesaria de acuerdo a un formato que contenía los siguientes datos: familiograma, antecedentes del problema, motivo de consulta, información sobre quiénes asistirían a la terapia y la fuente de referencia de las personas.

En esta llamada, el terapeuta asumía una postura de escucha interesada por la persona, con el objetivo de ir promoviendo una relación de confianza y empatía.

### Primera sesión y sesiones subsecuentes.

En la primera sesión, con la hoja de datos obtenida por medio de la llamada telefónica se realizaba una pre-sesión, en la cual el terapeuta en turno comentaba al equipo de supervisión la información obtenida; de acuerdo a esta información se planteaban posibles líneas de exploración inicial e intervención.

Después de la sesión donde se seguían las líneas establecidas en un primer momento, o bien las que se decidían durante la sesión, se realizaba una pos-sesión en la que se comentaba

entre todo el Sistema de Terapeutas lo ocurrido en la sesión y posibles líneas de intervención futura.

Para las sesiones siguientes, el terapeuta encargado del caso realizaba una minuta de la sesión ayudado por la videgrabación de la misma, que contenía un breve resumen de la sesión anterior, un esquema de la geografía que ocupó la familia (lugar físico donde se distribuía la familia), los objetivos de la sesión, las intervenciones terapéuticas, un análisis teórico de los modelos que sustentaron el trabajo, la tarea o mensaje final que se dio, y un plan de tratamiento; esta minuta servía para realizar la pre-sesión de las sesiones subsiguientes, junto con la planeación de la sesión correspondiente.

Durante la pos-sesión, además de hablar del caso en sí, en congruencia con una visión de segundo orden, se reflexionaba de lo ocurrido en la persona del terapeuta y de los miembros de equipo, así como las emociones surgidas durante la sesión.

#### Conformación del equipo de supervisión.

En la forma de trabajo, los terapeutas de primer semestre se incluían en el trabajo de los terapeutas que ya cursaban el tercer semestre; en este tiempo sólo se integraban al trabajo como miembros del equipo de supervisión. De esta manera los equipos de supervisión para los terapeutas de tercer semestre estaban conformados por nueve terapeutas y dos supervisores que estaban asignados permanentemente en su horario y escenario correspondiente.

Cuando se cursó el segundo semestre se asignó a los terapeutas dos familias para ser atendidas y el equipo de supervisión en esta ocasión estaba conformado por cuatro terapeutas de la misma generación y las dos supervisoras. El terapeuta a cargo de una familia, era a su vez miembro del equipo de supervisión de los casos de los demás compañeros.

En el tercer semestre el equipo de supervisión se conformó por más integrantes ya que se integraron los nuevos residentes que iniciaron el primer semestre. Finalmente en el cuarto semestre el equipo de supervisión estaba conformado únicamente por los terapeutas de la misma generación, ya que a los de recién ingreso se les asignaron sus propias familias.

#### Rotación de los escenarios.

Con el objetivo de que los residentes tuvieran oportunidad de experimentar el trabajo terapéutico en los tres diferentes escenarios, cada semestre se intercambiaba el lugar de la práctica clínica. Un semestre correspondía estar únicamente en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI en dos horarios distintos con supervisoras diferentes; y en el siguiente en la Clínica del ISSSTE al mismo tiempo que en el CCH Azcapotzalco.

Asimismo se llevó a cabo el seguimiento del proceso terapéutico de las familias que no habían concluido su tratamiento en el tiempo que duraba el semestre lectivo, por lo que el terapeuta los atendió con el equipo de terapeutas compañeros de generación.

Sin duda la diferencia promueve un vasto aprendizaje de las distintas formas en las que se puede estar involucrado como terapeuta, tanto en lo referente a las diferentes Instituciones en las que se está inserto, al personal involucrado, al espacio geográfico, así como en las diferencias en modelos y en la supervisión como tal.

## MARCO TEÓRICO

### 1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustentó el trabajo.

#### *Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica*

La Terapia Familiar además de ser una nueva modalidad de hacer terapia, trasciende en el campo del conocimiento. Al hablar de Terapia Familiar Sistémica también se está haciendo referencia a una nueva epistemología<sup>4</sup>, es decir, la epistemología circular cuyo más reconocido teórico es Gregory Bateson. Esta nueva epistemología deja de lado los enunciados clásicos de causalidad y linealidad, y se retoman los de relación, contexto y recursividad, entre otros.

La forma tradicional de pensamiento parte de aislar los elementos de un universo, fragmentándolo en forma analítica para estudiarlo y analizarlo con el fin de determinar o predecir su comportamiento individual, no así dentro de la perspectiva sistémica donde se hace hincapié precisamente en no aislar los elementos, sino más bien relacionarlos entre sí con el propósito de comprenderlos en su interacción contextual (Sánchez, 2000). Asimismo, siempre va a existir recurrencia y retroalimentación entre los elementos del universo observado, de esta forma el término *relación* cobra un significado importante, ya que un elemento se define en términos de su tipo de relación con respecto a otros elementos y no por sus características propias e inherentes.

La influencia de esta nueva concepción dentro del campo de la Terapia Familiar, se basa en que la idea de una persona que produce o genera cambios en otras, también se modifica y, como lo menciona Hoffman (1987), se crea una nueva perspectiva donde terapeuta y familia, en este caso, actúan y reaccionan unos sobre otros de maneras poco predecibles, porque cada acción y reacción cambia continuamente el contexto y la naturaleza del

---

<sup>4</sup> La epistemología se encarga de establecer de qué manera los organismos conocen piensan, deciden; equivale al estudio de la manera en que las personas o sistemas de personas conocen la cosas y de la manera en que ellos piensan que conocen las cosas (Kenney, 1994). Para Bateson epistemología significa las leyes de las que nos valemos para dar un sentido al mundo.

sistema terapéutico. En este sentido la situación terapéutica estaría organizada de una manera más compleja donde las conductas del terapeuta y la familia son en sí “intervenciones” destinadas a alterar, modificar, transformar o cambiar las conductas de dicha familia, de modo que se resuelva su problemática. Esta visión de la terapia, según Kenney (1983), considera que las conductas del cliente y terapeuta están circular o recursivamente conectadas.

El objeto de estudio de la Terapia Familiar, ya no es el individuo aislado de su contexto y sus relaciones, visto como único depositario del síntoma; sino que se amplía y ahora cobra mucha mayor importancia el grupo familiar en su totalidad al cual pertenece dicho individuo. Así, la llamada Terapia Familiar Sistémica incluye el concepto de sistema, y desde este concepto, Ochoa (1995), define al sistema familiar como un conjunto de personas, relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo, la familia es además concebida como un sistema que trasciende los límites de la persona aislada (Hoffman, 1987).

La Epistemología Sistémica para Eguiluz (2001), es el modelo teórico que subyace a la Terapia Familiar, pone el acento en la interacción tomando en cuenta dónde ocurre y trata, no con los elementos aislados, sino con la totalidad, lo que significa que se incluye tanto al sujeto que presenta el problema como a las otras personas que interactúan con él en un momento y lugar preciso. Este nuevo paradigma sistémico trata sobre las totalidades y sobre las interacciones internas y externas de las totalidades con su medio; desde este marco conceptual, tal como lo señala Sánchez (2000), se permite obtener una nueva visión respecto de la conceptualización de funcionalidad y patología, modificando la visión lineal por una visión sistémica o contextual.

La Teoría General de los Sistemas es introducida formalmente por Bertalanffy; aunque existen otros autores que hicieron aportaciones al estudio de los sistemas, a Bertalanffy se le reconoce como el personaje que lo publicó de manera formal. Para él la Teoría General de los Sistemas debería constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales (Arnold y Osorio, 1998). Según este autor un sistema hace referencia a

una serie de elementos que en conjunto son más que la suma de éstos, es decir, forman una entidad distinta. Al hablar de un sistema, dicho autor hace referencia desde una célula, una máquina, el universo, hasta el ser humano; de esta manera caerían dentro de la definición todos los fenómenos integrados con los diversos aspectos que los componen, así como las interrelaciones que se generan entre ellos, es así que este nuevo paradigma científico se caracteriza por su perspectiva integradora.

El objetivo de la Teoría General de los Sistemas según Arnold y Osorio (1998), es encontrar los isomorfismos entre sistemas de todo tipo, identificando de esta forma correspondencias entre los diferentes campos y creando así la visión del mundo como una totalidad que tiene similitudes y congruencias, a pesar de las aparentes diferencias que existen entre cada campo del conocimiento.

Para Andolfi (1977), una familia comprendida desde esta perspectiva, sería un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí, por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior. Quiere decir entonces que es una entidad distinta a la simple suma de los miembros que se incluyen en ella, tiene su propia organización y tiene características diferentes a las de sus miembros.

Desde la Teoría General de los Sistemas es inadecuado pretender estudiar una totalidad a partir del análisis de cada una de sus partes; esto se vislumbra como una posición reduccionista, por lo que dentro de la Terapia Familiar, entendiendo a la familia como un sistema, no se estudia ni trabaja con los individuos de manera aislada sino con la familia en su totalidad. Así, en el sistema familiar resulta trascendente conocer la forma en la que interactúa un miembro de la familia con respecto de los otros, con el objetivo de entender la dinámica familiar completa.

Los sistemas abiertos, como la familia, reciben información del exterior y a su vez envían información, se encuentran en constante interacción con el medio, por lo que continuamente se transforman. La familia considerada como un sistema vivo, también se va



transformando conforme crece y evoluciona; es así, que si el flujo de este proceso se ve detenido y hay una tendencia a la llamada homeostasis, que quiere decir resistencia al cambio, la familia tendrá que romper la homeostasis para continuar desarrollándose en niveles más amplios.

Según Selvini (1975, en Andolfi, 1991), a la tendencia homeostática se le llama retroalimentación negativa y a la tendencia al cambio retroalimentación positiva; estos conceptos han adquirido gran importancia dentro de la terapia al reconocerse dentro de las familias, especialmente la tendencia a la homeostasis, como un proceso al que recurren para defenderse del movimiento o cambio. La tendencia homeostática por un lado y la capacidad de transformación por el otro, en cuanto a caracteres funcionales del sistema, no son respectivamente algo mejor ni peor; ambos procesos parecen ser indispensables para mantener el equilibrio dinámico dentro del sistema mismo, en un continuo circular.

Los sistemas en general, poseen propiedades definidas; dentro de la visión de grupo familiar se pueden definir las siguientes (Arnold y Osorio, 1998):

**Totalidad:** incluye tanto las conductas de sus miembros como la relaciones entre ellos, el término no hace referencia a sumatividad, sino a totalidad.

**Causalidad Circular:** describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas. Se refiere a la secuencia de las conductas repetitivas.

**Equifinalidad:** establece la noción de que el mismo estado final puede existir a partir de condiciones iniciales distintas. Presenta la imposibilidad de buscar una causa única del problema.

**Equicausalidad:** se refiere a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. Establece la no búsqueda de una causa sino de los factores que contribuyen al mantenimiento del problema.

**Limitación:** es la adopción de una determinada secuencia de interacción, implica redundancia.

**Regla de relación:** define el tipo y reglas de relación dentro de la familia.

**Ordenación jerárquica:** se refiere a la ordenación de jerarquía y poder asociadas no sólo al dominio sobre otros sino a la responsabilidad para la toma de decisiones y el cuidado a los demás.

**Teleología:** implica la adaptación a las exigencias de los estadios de desarrollo, a fin de asegurar la continuidad y el crecimiento psicosocial de los miembros de la familia; esta continuidad y crecimiento se da gracias al equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias, la morfostasis y la morfogénesis. La primera es la tendencia a la homeostasis, al equilibrio frente al medio y la segunda es la tendencia del sistema a cambiar, crecer y desarrollar nuevas funciones para manejar aquello que cambia.

Como lo menciona Sánchez (2000), la Teoría de los Sistemas aplicada a la terapia familiar nos permite una nueva concepción de los problemas, del comportamiento y de sus relaciones. Desde este modelo el comportamiento es determinado por múltiples causas y su significado dependerá de esta multiplicidad de factores sin necesidad de utilizar los conceptos de normalidad o patología, en vez de éstos se hace uso de los términos de interacción y contexto.

Otro modelo teórico que subyace a la Terapia Familiar y que es además contemporáneo de la Teoría General de los Sistemas, es la Teoría Cibernética cuyo principal representante es Norbert Wiener. Para este autor la Cibernética sería la ciencia de la comunicación y del control en el ser humano y la máquina (en Eguiluz 2001). Asimismo McCulloch (1965) la describió como una epistemología experimental centrada en la comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio; asimismo Bateson la reconoce como la nueva ciencia de la forma y los patrones de organización (en Sluzki, 1987).

A decir de Wiener, la Cibernética tuvo sus orígenes e influencias de los avances tecnológicos de la Segunda Guerra Mundial, como por ejemplo el cambio en la electrónica, lo que permitió reformular la manera como se concebían los problemas biológicos y sociales, tratándolos por medio de las matemáticas y la ingeniería; los procesos mecánicos de los equipos fueron entonces los prototipos de los procesos biológicos y sociales (Eguiluz, 2001).

Para Ashby (1977), entre los propósitos de la Cibernética estaban el desarrollar un lenguaje y vocabulario propio, así como el establecimiento de principios generales de regulación de sistemas de todo tipo (en Eguiluz, 2001). Añadido a esto, es facultad de la Cibernética ofrecer un conjunto de conceptos que tienen correspondencia exacta en cada rama de la ciencia, por lo que su relación con ellas es exacta.

La Cibernética además, se utilizó en un primer momento para estudiar sistemas complejos que no podían ser estudiados desmenuzando y analizando cada una de sus partes, debido a que se trataba de sistemas con interconexiones donde la alteración de una variable provocaba cambios en todo el proceso.

“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“ (op. cit. p.125).

Dentro de los campos que tomaron fuertemente su influencia, se encuentra sin lugar a dudas la Terapia Familiar. De esta forma, como lo señala Sánchez (2000), la familia no es sólo un sistema de partes interrelacionadas, sino también es un sistema cibernético que se gobierna a sí mismo por medio de la retroalimentación.

Uno de los conceptos que la terapia retomó de la Cibernética es el de entropía<sup>5</sup> y negentropía<sup>6</sup>. Esta última, la negentropía, era el principio ordenador y esto en relación con

---

<sup>5</sup> Entropía se refiere a la tendencia al desorden, al caos.

la familia como sistema, estaría dado por una tendencia a la organización por medio de reglas familiares, mitos familiares, patrones de interacción, etc. Cuando se habla de dos Cibernéticas se hace alusión a la evolución de esta teoría, la cual se dividió en dos momentos: Cibernética de Primer Orden y Cibernética de Segundo Orden, en la primera Cibernética se hablaba de la homeostasis y los sistemas observados, en la que el observador, es una especie de cámara que registra lo que ocurre afuera, sin rendir cuenta de su propia participación en el proceso de observación. Por otra parte en la Cibernética de Segundo Orden, también llamada Cibernética de la Cibernética, el observador es parte de lo que observa y toda descripción acerca de las observaciones es una descripción acerca de quien genera la descripción (Sluzki, 1987). Esto, traducido a la terapia quiere decir que ésta no es un proceso en el que una persona interviene y modifica la experiencia de los otros, sino que se trata de la participación de todas las personas que se encuentran involucradas en el contexto de la terapia, donde una busca insertarse en la visión del mundo de un grupo familiar para generar propuestas de puntos de vista alternativos para la familia.

Asimismo surgió el concepto homeodinámica, donde aparecen intervenciones generadoras de crisis, movimientos desequilibrantes y actividades provocativas destinadas a empujar a la familia más allá del umbral y desencadenar cambios cualitativos (Sluzki, 1987).

De igual forma el estudio de la comunicación se empezó a dirigir hacia una nueva epistemología circular, basándose en los modelos cibernéticos y de sistemas. Los interesados en este otro enfoque provienen de diferentes campos: de la epistemología y la antropología Gregory Bateson, de la antropología Ray Birdwhistell y Edward Hall, de la sociología Erving Goffman, y de la psiquiatría y el psicoanálisis Don Jackson y Paul Watzlawick (Eguiluz, 2001).

Se considera que los iniciadores de la nueva teoría de la comunicación fueron Gregory Bateson y todos sus contemporáneos que se encontraban trabajando con él en Palo Alto, California. Dentro de los principales intereses de este autor estaba el desarrollar una teoría general de la comunicación derivada de las ideas cibernéticas.

---

<sup>7</sup> Negentropía es el proceso tendiente a revertir la entropía.

Las investigaciones sobre la comunicación desde un enfoque interaccional, tienen su origen en el análisis de pacientes con esquizofrenia; a partir de las observaciones con pacientes con este padecimiento se encontró que mostraban un comportamiento diferente cuando estaban con su familia que cuando se encontraban en el hospital. Lo que se sustrajo a partir de esta investigación fue la Teoría del doble vínculo, la cual pone de relieve la importancia del contexto. Bateson (en Sánchez, 2000), centró su atención en la manera en que se transmiten dos o más mensajes o metamensajes, proponiendo así que “nunca existe un mensaje aislado, sino que siempre se encuentra asociado a dos o más mensajes relacionados entre sí, en diferentes planos y por lo general transmitidos por diferentes canales: cinestésicos, visuales, gestuales y verbales. Estos mensajes pueden ser ampliamente incoherentes entre sí y crear grandes pugnas y desconcierto, es decir dar un mensaje ambivalente” (Sánchez, 2000 p. 127).

Para Bateson (1998), el doble vínculo se refiere en específico a una secuencia de pautas de comportamiento que se repiten y que provocan una conducta patológica en algún integrante del sistema, es decir, “las secuencias tienen que tener esta característica, que a partir de ellas el paciente adquiera los hábitos mentales que están ejemplificados en la comunicación esquizofrénica, tiene que vivir en un universo donde las secuencias de acontecimientos sean tales, que sus hábitos comunicacionales resulten adecuados de alguna manera” (en Robles, 2002 p. 235).

A este respecto Watzlawick (1976), menciona que la forma en la que se da el ordenamiento de secuencias de uno u otro modo, crea realidades diferentes. La realidad que percibimos y con la que nos relacionamos (incluidos los problemas y las patologías), es el fruto de la interacción entre el punto de observación asumido, los instrumentos utilizados y el lenguaje que usamos para comunicarnos con esa realidad, no existe una realidad verdadera en sí, sino tantas realidades como diversas interacciones hay entre sujeto y realidad.

Es así que el terapeuta sólo puede comprender la experiencia de un individuo observando de qué manera es puntuado en su contexto social. Dado que la familia acude a terapia con

hábitos de puntuación ya establecidos, el terapeuta debe tomar en cuenta cómo es que los miembros de la familia puntúan su vida (Andolfi, 1991).

Dentro de esta nueva teoría de la comunicación, Jackson, Beavin y Watzlawick construyen los siguientes axiomas (Watzlawick, 1967):

- ✓ Toda conducta es comunicación, esto quiere decir que se puede no comunicar, cuando una persona dice o deja de decir algo, está comunicando, así como si hace o deja de hacer algo también está comunicando.
- ✓ Otro axioma de ésta teoría se refiere a que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación; el componente de contenido se refiere simplemente a la información que se incluye en el mensaje y el aspecto relacional hace referencia a la intención del mismo y a la forma en la que se entiende. La comunicación no sólo transmite un mensaje sino que genera un compromiso y además impone conductas entre los comunicantes.
- ✓ Un tercer axioma dice que la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes, los organismos participantes puntúan una secuencia organizando los hechos de la conducta, cada uno a su manera., la comunicación es una serie ininterrumpida de intercambios. La puntuación es idiosincrática y construye realidades.
- ✓ El cuarto axioma se refiere a los tipos de comunicación y dice que los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente, la comunicación digital es el lenguaje verbal que emplea la palabra para referir al objeto y el lenguaje analógico puede ser referido por un signo o dibujo que hace referencia al objeto.
- ✓ El último axioma dice que todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia. Con

respecto a este último axioma, en el primer caso las relaciones están basadas en la igualdad (mientras más hace uno de algo, más hace el otro de lo mismo) mientras que en el segundo caso, en la diferencia, (mientras más se comporta uno de cierta forma, menos se comporta el otro de esa misma manera).

La Terapia Familiar Sistémica propone toda una nueva forma de experiencia, más allá de lo novedoso que resulta la forma de hacer terapia, trae consigo múltiples implicaciones que traspasan y revolucionan lo ya conocido, en una nueva forma de vivenciar y vivenciarse.

### ***Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Posmoderna***

Cronológicamente después de la Terapia Familiar Sistémica surge la llamada Terapia Posmoderna.

La modernidad fue un desarrollo importante de la sociedad occidental que se consolidó en el siglo XVIII, ésta se consideraba la era de la razón, la tecnología, la ciencia y la verdad; sin embargo a decir de Parry (2001), el agotamiento de la modernidad y su transformación en posmodernidad se apoya en la percepción creciente de que las creencias que había sustentado la modernidad, como la de una única realidad verdadera y objetiva, ya no eran consideradas como incuestionables. Este mismo autor menciona que la condición posmoderna podría describirse como aquella en la que las creencias “verdaderas” son consideradas como limitantes, no sólo del comportamiento individual sino también de las oportunidades de expresión de las personas y de elección de grupos que en algún momento han sido marginados, por ejemplo el caso de las mujeres y las personas de color. Puede decirse que la posmodernidad es la época en la que se derrumban los fundamentos que han sustentado los grandes relatos de la visión occidental.

Es así que el posmodernismo apela a la igual legitimidad de distintas realidades alternativas entre sí, ejerciendo una crítica feroz a la modernidad en el sentido de que la supuesta guía de la razón no ha llevado más que a acentuar la exclusión de visiones alternativas a favor de una centralización del poder en ésta (Zafra, 2002).

Según Keeney, (1991, en Payne, 2002), el estructuralismo quiere decir que tanto en lo social como en lo psicológico el ser humano es lo que es, debido a estructuras que escapan de su control y voluntad. Los estructuralistas mencionan que hay una serie de estructuras profundas, permanentes, que se extienden a toda la vida humana a pesar de las diferencias superficiales.

Para el estructuralismo la estructura del lenguaje viene dada, plantea que el hombre no crea significados a través del lenguaje sino que el lenguaje habla al hombre y en ese sentido el lenguaje constituye la realidad para el hombre (Seminario Cáceres, 2004).

Por otro lado una visión postestructuralista cuestiona todo marco de trabajo que plantee algún tipo de estructura interna (Hoffman, 1996). Para los postestructuralistas, según Hoffman, el significado del lenguaje no viene dado o fijado sino es construido por el sujeto que habla; es el mismo sujeto quien otorga el significado y le da sentido al lenguaje; se habla de que hay que deconstruir el texto y que cualquier interpretación es válida. La tarea entonces de un deconstruccionista no es encontrar lo que un texto significa objetivamente, sino develar las contradicciones lingüísticas y expresar las relaciones de poder o agendas políticas que subyacen.

Los escritos de Foucault, un historiador social francés, deconstruyen la historia de la relación entre las ideas, el poder político y las instituciones sociales. Según Payne (2002), Foucault propone que la gente de la sociedad occidental ha desarrollado, lenta pero continuamente, su capacidad para mantenerse en posiciones de poder gracias a su conocimiento de experto y que instituciones como la medicina, la psiquiatría, las clases sociales, la ley y la moral sexual perpetúan ese poder. Hace hincapié en la intervención de los poderes porque se acepta que el conocimiento y el lenguaje son sencillamente algo inseparable del poder.

En palabras de Foucault, la verdadera tarea política en una sociedad como la nuestra consiste en criticar las obras de instituciones que parecen neutrales e independientes; criticarlas de manera que la violencia política que siempre se ha ejercido a través de ellas,



silenciosamente quede desenmascarada, de modo que podamos luchar contra ellas (en Ovejero, 2002).

Payne (2002), señala que, según Foucault, el poder no se establece por medio de la amenaza o la fuerza, sino por la defensa del conocimiento del especialista que lo instaura en primer lugar y por la oculta persuasión que mueve a la gente a “interiorizar” su inferioridad haciendo de ella una “verdad”. Los psicólogos sociales posmodernos han puesto sus ojos en Foucault porque él proporciona un marco para mostrar los sesgos ideológicos y las relaciones de poder que se esconden en el discurso sociopsicológico.

Los postestructuralistas analizan sobre todo los textos escritos y los discursos y su principal objetivo consiste en descubrir o desmitificar las asunciones que han sido dadas por supuestas por la ideología dominante.

Otro importante representante de las ideas postestructuralistas citado por Ovejero (2002), es Jacques Derrida. Según este último autor, los textos escritos pueden tener un significado nuevo cada vez que son leídos o releídos. Por consiguiente no existe un significado verdadero o inherente al texto, ya que el lenguaje no refleja una correspondencia perfecta entre las palabras y la realidad; por tanto hay que *deconstruir* el texto. Los deconstruccionistas intentan cuestionar o socavar las prioridades dadas a las diferentes palabras, su objetivo es descubrir significados alternativos ocultos por medio del análisis de las inconsistencias y contradicciones.

El postestructuralismo va más allá de las limitaciones biológicas individuales; presenta una indagación en la forma en que las vidas se constituyen a través de los conocimientos y las prácticas de la cultura, de la forma en que los conocimientos y las prácticas de la cultura informan los modos de vida y de pensamiento de las personas. Es por medio de esta indagación postestructuralista que se puede apartar la misión de descubrir algo acerca de la naturaleza “dada” y trabajar en cambio, para desarrollar cierta comprensión de cómo es que las personas se producen como sujetos (White, 2002).

En el esquema postestructuralista, todo significado, verdad o realidad es sólo una construcción social; no existe ninguna fundamentación objetiva universal en la que pueda descubrirse la verdad. La visión del mundo moderna de que existe una estructura y un orden en los que se basan la investigación científica es sólo una supuesta pretensión y de hecho un instrumento político para dominar a la gente y a la naturaleza. Algunas proposiciones pueden ser verdaderas para uno en tanto favorecen su interés político, pero puede ser que no sean verdaderas para otra persona que puede tener un interés político distinto (Seminario Cáceres, 2004).

Según esta misma referencia, toda verdad es relativa, ya que la verdad y el significado son una construcción social. Esta visión de la verdad ciertamente indica la renuncia a la creencia moderna en la verdad objetiva en el universo.

La teoría de la construcción social es una influencia más de la terapia posmoderna. El Construccinismo Social, dice Payne (2002), enfoca las relaciones entre personas y las normas culturales y sociales que las moldean, en vez de las imaginarias dinámicas intrapsíquicas.

Según este mismo autor, la perspectiva construccionista es posmoderna en tanto que niega la posibilidad de un “saber” algo sobre las personas por medio de las teorías. Los construccionistas se fijan en los procesos sociales y culturales con los que forjan su visión del mundo, que a su vez influyen en sus acciones. La idea es que este conjunto de normas invisibles y encarnadas se convierten en “verdad” para los individuos, los grupos y las comunidades, siendo la visión de realidad reconstruida en función de esas normas y en relación con el resto de las personas.

Hoffman (1996), menciona que los teóricos del Construccinismo Social sostienen que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje; es por medio del contacto con los demás sujetos y de lo que se comunican unos con otros que se produce un “saber”. Para ellos, todo conocimiento evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del mundo “común y corriente”, y es sólo a través

de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior.

El construccionismo ha cuestionado el concepto de un sí mismo, su propuesta es que la identidad de las personas es socialmente construida en cada momento, modificándose de acuerdo a las circunstancias y que su continuidad aparente es una ilusión basada en la habitual repetición de las escenas sociales en las que las personas participan (Payne, 2002). Esto supone que los sujetos encuentran sus identidades, no tanto en ellos mismos, sino en los grupos a los que pertenecen.

Como Bruner (1990, en Zafra, 2002) menciona, la forma misma de nuestras vidas, el boceto tosco y siempre cambiante de nuestra autobiografía que llevamos en la mente, sólo puede comprenderse por medio de sistemas culturales de interpretación.

Según Gergen (1996), algunos planteamientos del construccionismo son los siguientes:

\*Cuestionar lo incuestionable: se propone una actitud ante todo desconfiada y escéptica al considerar las distintas concepciones del mundo incluyendo la propia.

\*Tener en cuenta la especificidad histórica y cultural del conocimiento: es la consideración acerca de las condiciones políticas, económicas y culturales de la época en la que se produce y se acepta un tipo determinado de conocimiento.

\*El conocimiento se genera en procesos sociales: se refiere a que tanto las supuestas verdades incuestionables como los artefactos culturales, se generan mediante las interacciones cotidianas, ya que se considera que son resultado de un continuo proceso de construcción y mantenimiento colectivo.

Considerando estos planteamientos, se llega a la conclusión de que la actuación del individuo será el fiel reflejo del conocimiento predominante. Esto es debido a que una determinada concepción del mundo, propone un abanico restringido de acciones posibles y no da facilidades para que se puedan dar actuaciones distintas o incoherentes con esta.

Los planteamientos de estas corrientes filosóficas posmodernas tienen un fuerte impacto en el desarrollo de nuevas formas de hacer terapia, cuyos fundamentos son precisamente estas ideas provenientes de la posmodernidad, el postestructuralismo y el construccionismo social, predominantemente.

Con estos nuevos planteamientos en el área de la terapia, según Hoffman (1989), se evita la idea de arreglar algo que se ha descompuesto o que no está funcionando, ya que como también lo menciona Gergen (1996), cada una de las formas de terapia moderna lleva consigo una imagen del “pleno funcionamiento” o del “buen” individuo, como si se tratara de una figura de moda, funcionando esta imagen como un modelo guía para la obtención del resultado terapéutico. Además, con la visión posmoderna, en la medida de lo posible, se intenta no controlar, juzgar o despreciar evitando centrarse en un solo punto de vista posible.

De los enunciados del nuevo enfoque surgen los siguientes aportes en terapia posmoderna (Maldonado, 1997):

\*Se pasa de “verdades universales” o “estructuras” a multiversión o pluralidad de ideas acerca del mundo.

\*Se pasa del acento puesto en la homeostasis, al de sistema social generativo y a considerar los estados de desequilibrio como productivos y normales.

\*Se conceptualiza a las familias como sistemas sociales compuestos por sistemas generadores de sentido mediados por el lenguaje.

\*Se va pasando de modelos jerárquicos, a otros más laterales en los que los pacientes y los terapeutas comparten más y más la responsabilidad.

\*Se conceptualiza a la familia como una entidad flexible compuesta de personas con significados compartidos.

Entre los principales modelos terapéuticos que asumen de alguna manera el pensamiento posmoderno están los modelos narrativos, cuyos principales representantes son Michael

White y David Epston; los basados en procesos reflexivos propuesto por Tom Andersen y los enfoques conversacionales colaborativos de Harlene Anderson y Harry Goolishian.

### Nueva visión del terapeuta

En las terapias posmodernas a diferencia de las modernas desaparece el terapeuta como experto, anteriormente el supuesto era que los terapeutas tenían un relato acerca de cómo se desarrollan los problemas y luego de cómo se resuelven o disuelven (Hoffman 1996).

El conocimiento del terapeuta, de esta forma, se encuentra constreñido a las grandes narrativas de la naturaleza y desarrollo humano; a decir de White (2002), cuando se establece a la terapia como un contexto para la identificación y expresión de las verdades de dicha naturaleza humana, el éxito está determinado por la medida en que la terapia contribuye a que las cosas sean como idealmente deberían ser en las vidas de las personas que consultan a los terapeutas, es decir, por la medida en que las personas han llegado al punto en el que perciben que sus vidas reflejan estados del ser que son expresiones de las normas, reglas y leyes dominantes.

Según White (2002), para los terapeutas la consecuencia de la confirmación y la reproducción de las “verdades” de las grandes narrativas de la naturaleza humana, es un significativo estrechamiento de las opciones para otras maneras de pensar y ser en la vida, refiriéndose a las restricciones de las opciones para reconocer las expresiones de las personas que consultan y por otra parte, a una limitación significativa de las posibilidades con respecto a las maneras de ser del terapeuta con las personas.

Partiendo de la idea postestructuralista de que toda verdad es relativa, entonces el terapeuta posmoderno parte de un no conocimiento previo esperando a que la persona sea la que defina y relate su historia desde su vivencia personal. Esto es que si no hay absolutos y todas las cosas sólo son perspectivas, no hay base para argumentar con otros de lo que es verdad y lo que debería ser, de lo que no lo es (Seminario Cáceres, 2004).

Según Zafra (2002), dentro del enfoque posmoderno, en la conversación terapéutica la persona explica su historia al terapeuta, éste se abstiene de formalizar la relación o de ejercer el denominado poder de experto, más bien al contrario, se pone en una posición donde predomina su curiosidad por sumergirse en el universo de significados propio e idiosincrásico del cliente, pero al mismo tiempo, es consciente de que éste ha escogido su historia a partir de un proceso de objetivación, que es coherente con los propuestos por el universo de significados general y cultural.

Siguiendo a este mismo autor, una persona se cree que es de una forma, cree que tiene un pasado y unos problemas determinados; el terapeuta construccionista se encarga no de resolver problema alguno, sino que intenta disolver el problema, hacer una reestructuración cognitiva pero con la idea de que es el propio cliente el responsable de realizarla, en este sentido desaparecen los niveles, las jerarquías; terapeuta y cliente son distintos, pero se ayudan y se alimentan uno al otro.

*Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.*

### **Modelo Estructural**

Este modelo tiene como principal representante Salvador Minuchin, psiquiatra estadounidense, quien fue director de la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia y creó una institución donde trabajó con familias de niños y jóvenes marginados, gente latinoamericana y gente de raza negra que vivían en situaciones de marginación y pobreza extrema. Es en el trabajo con esas familias que Minuchin desarrolla los principios de la terapia familiar estructural. Después de dejar la clínica de Filadelfia Minuchin se traslada a Nueva York donde forma el Centro Familiar Minuchin (Minuchin, Lee y Simon, 1998).

La Terapia Estructural de familia es definida como un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social, e intenta modificar la organización de la familia mediante la transformación de la estructura del grupo familiar (Minuchin, 1974). Se parte

del planteamiento de que cuando se transforma esta estructura se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros y como resultado de ello se modifica también la experiencia de cada individuo.

La Terapia Estructural concibe un nuevo enfoque del problema; es la persona dentro de un contexto social y no el individuo aislado, en lo que centra su atención el terapeuta estructural. Ya dentro de este contexto, el foco de atención se centra en la observación y análisis de los procesos interpersonales del sujeto en su marco relacional.

De esta manera este modelo es una Terapia Estructural Familiar donde el terapeuta observa el modo de interacción de los individuos que conforman una familia. La familia, partiendo de este enfoque, es el grupo social que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior; su organización y estructura, tamizan y califican la experiencia de los miembros de dicha familia (Minuchin, 1974).

El modelo parte del supuesto de que la experiencia de cualquier persona es determinada por su interacción con el medio; es la relación y contacto con éste lo que da sentido y significado a su vivencia del mundo y define su percepción acerca de la realidad. Claro que éste es un proceso de ida y vuelta, es decir el medio influye en el sujeto, pero éste a su vez influye en el primero puesto que el sujeto es concebido como un miembro activo dentro del contexto en que participa.

La familia como sistema se divide en subsistemas u holones<sup>7</sup> que tienen funciones específicas dentro de la dinámica familiar:

- Individual: se incluye al individuo y sus interacciones en su contexto, sumado a su historia y determinantes culturales e históricos.
- Conyugal: se forma cuando dos adultos se unen para formar una familia. Dentro de sus principales funciones está el ceder parte de la

---

<sup>7</sup> Proviene de la palabra griega holos (todo) y el sufijo on que evoca partícula o parte. "Entidad que es en sí misma un todo y simultáneamente una parte del todo".

individualidad, la negociación, el apoyo, la coparticipación, la compañía mutua, el establecimiento de reglas y límites, tanto al interior como alrededor del subsistema.

- **Parental:** está formado por padre y madre y dentro de sus funciones más importantes está la crianza y la educación de los hijos.
- **Fraterno:** se forma por lo hermanos, aquí los miembros se relacionan con sus iguales, y cumplen funciones fraternas practicando las formas de solución de conflictos y de relación que llevarán al exterior de la familia, se desarrolla el sentido de competencia, colaboración y negociación principalmente.

La *estructura* es uno de los términos clave dentro de este modelo y hace referencia al conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Esta es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan al sistema (Minuchin, 1974). La estructura le ayuda al terapeuta a organizar sus percepciones y a planear su intervención; en este sentido puede utilizar el llamado mapa familiar<sup>8</sup>.

Los parámetros que ayudan a definir la estructura de una familia son los siguientes (Minuchin, 1974):

- ✓ **Límites.** Se refieren a las reglas que definen sus miembros, la función de éstos está en proteger la diferenciación del sistema. Pueden ser claros, rígidos y difusos.
- ✓ **Jerarquía.** Tiene que ver con la manera en que está distribuido el poder en la estructura familiar; es una dimensión de autoridad, “quién se hace obedecer”.

---

<sup>8</sup> El mapa familiar es un esquema gráfico donde se presenta la forma en que está estructurado el sistema familiar, ayuda al terapeuta a definir objetivos terapéuticos, este mapa no es necesariamente fijo.



- ✓ Coalición. Es la unión de dos o más miembros en ataque encubierto contra otro de los miembros.
- ✓ Alianza. Es la unión de dos o más miembros con intereses o metas comunes.
- ✓ Geografía. Se refiere al espacio físico que ocupan los integrantes de un sistema familiar; tiene que ver con cómo se distribuyen en ese espacio.
- ✓ Territorio. Es la distribución emocional, tiene que ver con sobre quien gira o se mueve la familia; hay dos posiciones centralidad y periferia.

Las pautas transaccionales mencionadas anteriormente vienen de la idea de un sistema vivo y definen el cómo se regula y bajo qué pautas se mueve; en la familia tiene que ver con las formas repetitivas y redundantes que mantiene la familia para relacionarse entre sus miembros. Estas pautas son mantenidas por dos sistemas de coacción, uno es el genérico y el otro idiosincrásico<sup>9</sup>.

Al evaluar las transacciones el terapeuta se centra en las siguientes áreas (Minuchin, 1974):

- Estructura de la familia. Son las pautas transaccionales preferidas de la familia y las alternativas disponibles.
- Flexibilidad del sistema. Es la capacidad de elaboración y reestructuración, de acuerdo a las modificaciones de las alianzas y coaliciones del sistema, y de los subsistemas en respuesta a los cambios.
- Resonancia del sistema familiar. Es la sensibilidad a las acciones individuales de los miembros.
- Contexto de vida de la familia. Se refiere a las fuentes de apoyo y de estrés en el contexto de la familia.

---

<sup>9</sup> El sistema genérico implica reglas universales que gobiernan la organización familiar. El sistema idiosincrásico implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia (implícitas o explícitas).

- Estadio de desarrollo de la familia. Es el rendimiento de la familia en las tareas apropiadas los estadios.
- Síntoma. Es la forma en la que el síntoma es utilizado por el paciente identificado como mantenedor de las pautas preferidas por la familia.

En este modelo se postula que una familia tiene tres componentes o facetas, una tiene que ver con los **límites** que se establecen dentro de una familia, hacia fuera y hacia dentro de ella que deben ser firmes, a la vez que lo suficientemente flexibles para permitir modificaciones que el sistema requiera cuando las circunstancias cambian.

Una segunda faceta es la que se refiere al **desarrollo** propio del sistema que tiene que ver con los procesos evolutivos a los que se enfrenta una familia dentro de su ciclo vital.

La tercera faceta es la **adaptación** de la familia a los movimientos y procesos evolutivos y de cambio que enfrenta. La familia como parte de un contexto social se ve enfrentada a diversas fuentes de tensión o estrés, dentro de estas se puede mencionar el contacto de un miembro de la familia o de toda la familia con fuerzas extrafamiliares estresantes y como ya se mencionó, el proceso evolutivo propio de la familia y la idiosincrasia que tiene que ver con las creencias, los valores, mitos y realidades de la familia.

Las técnicas de intervención del modelo se basan en tres principales áreas (Minuchin, 1984): el cuestionamiento del síntoma, que se realiza de manera directa, indirecta, explícita o paradójica con el objetivo de modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema; el cuestionamiento de la estructura, que se refiere al análisis de las relaciones entre los miembros de la familia y tiene el objetivo de cambiar roles, papeles y funciones con respecto a la proximidad y la distancia, y finalmente el cuestionamiento de la realidad, que es el esquema relacional de la familia apoyado en su visión del mundo o su realidad, valores, mitos, creencias, en ésta área se tiene por objetivo modificar la visión de la realidad familiar por la que se rigen, de manera que puedan llegar a vivenciarse de manera diferente.

## Modelo Estratégico

El Modelo Estratégico es un modelo de terapia, con enfoque sistémico, cuyo principal representante es el psiquiatra americano, Jay Haley. Haley inicia su trabajo con el grupo del MRI de Palo Alto California, comandado por Bateson. Posteriormente en 1967 abandona al equipo de Bateson y se traslada a Filadelfia donde trabaja con Salvador Minuchin y Braulio Motalvo.

El Modelo Estratégico se desarrolla a partir de la teoría sistémica, de los estudios sobre la comunicación humana desarrollados por el grupo de Palo Alto, California, y en particular del trabajo clínico de Milton Erickson (Nardone y Watzlawick, 1990).

Para Haley (1976), la terapia estratégica no es una concepción o una teoría particular, sino un nombre para aquellos tipos de intervención terapéutica en los que el psicoterapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas. Haley, también menciona que la terapia familiar estratégica surge a partir del examen del poder de las relaciones entre terapeuta y cliente, y entre los integrantes de una familia. El Modelo Estratégico es un modelo directivo, donde las jerarquías cuentan mucho, y donde las diversas estrategias de psicoterapia fueron creadas con el objeto de utilizar el poder para producir cambios.

Este modelo está basado principalmente en las técnicas hipnóticas de Milton Erickson, sin embargo tiene también otras influencias importantes en el trabajo inicial, como la visión estructural de Minuchin, y las ideas de Bateson (Hoffman 1987). Haley (1989), refiere que al ser Erickson la influencia más importante para esta escuela, además de ser el padre de la terapia estratégica, representa el maestro a quien hay que remitirse para las estrategias de aplicación clínica y para la modificación en breve tiempo de las situaciones disfuncionales. Un rasgo primordial de esta terapia, es que el terapeuta asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente.

Para Haley (1980), en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta, quien debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones

para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz. La estrategia fundamental consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente. El terapeuta ha de ser muy sensible hacia el paciente y su medio social, pero la forma en que proceda debe ser determinada por él mismo.

En este modelo el terapeuta tiene una jerarquía superior, el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. En esta modalidad de trabajo, el terapeuta intenta influir en el paciente desde el momento de su primer contacto con él. En la entrevista inicial se combina la recogida de información con maniobras que indican la dirección deseable (Haley, 1976).

Haley (1980), considera varias etapas en la entrevista:

- Etapa social. Consiste en la presentación entre los miembros de la familia y el terapeuta. Se promueve que cada miembro de la familia se sienta cómodo y se les transmite la idea de que todos son importantes en la tarea de ayudar al paciente identificado. En esta etapa el terapeuta observa los comportamientos de la familia, las alianzas y coaliciones así como la forma en que se organizan a partir de cómo se sientan.
- Planteamiento del problema. El terapeuta dirige la conversación para obtener la opinión de cada miembro de la familia respecto al problema.
- Etapa de interacción. El terapeuta pide a los miembros de la familia que conversen entre sí y lo que observa y escucha le permite elaborar hipótesis en torno a la función del síntoma y recoge información sobre la secuencia sintomática para establecer cómo están delineadas las jerarquías en la familia.

- Etapa de fijación de metas. Se solicita a la familia que especifique los cambios que desea lograr, estos deben ser claros e identificables cuando se den tanto por la familia como por el terapeuta. Asimismo, la meta debe implicar una definición congruente del poder dentro de la familia que remita la conducta sintomática.

Según Haley (1980), en esta primera entrevista se debe conocer la estructura familiar; el terapeuta debe ser capaz de definir el problema junto con la familia así como los objetivos de la terapia, el terapeuta ayuda a la familia a concretar el problema para hacerlo manejable. El síntoma debe ser definido, en términos operativos con la mayor precisión posible, es un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; la terapia se concentra, justamente, en esa secuencia reiterada de comportamientos, a la que se le llama pauta sintomática, o la pauta que conecta. Para Haley (1989), el problema o 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.

La definición del problema o el síntoma, es realizada por los pacientes bajo la dirección del terapeuta; del mismo modo, los objetivos de los pacientes con respecto a la terapia, la realizan los pacientes bajo los mismos términos operacionales y concretos. Una vez conseguida una imagen clara y concreta del problema resulta mucho más fácil hallar una solución más rápida y eficaz. Lo importante del diseño de los objetivos terapéuticos, es que estos tienen que ser planteados de modo que el paciente pueda lograrlos, estableciendo en ellos también, un mínimo esperado.

Una vez definidos el problema y los objetivos a los que se pretende llegar se hace uso de las intervenciones las cuales son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema (Ochoa, 1995).

El Modelo Estratégico propone un plan general de acción sistematizado con una serie de acciones o tácticas para realizar la terapia. Las tácticas incluyen todas las maniobras concretas que el terapeuta realiza durante su intercambio con los pacientes. Algunas de

estas maniobras pueden recibir el nombre de técnicas, cuando han sido sistematizadas y se aplican de manera más o menos similar en varios casos. Las tácticas no deben ser manejadas de acuerdo al antojo del terapeuta, sino de acuerdo al plan estratégico.

El terapeuta diseña una estrategia considerando el problema en específico y el contexto social donde se halla la persona sintomática. Los objetivos de la terapia son, ante todo, impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas. Se le pide al paciente que siga instrucciones específicas que le implican una labor de cooperación cuyo fin es modificar su conducta sintomática. La terapia estratégica utiliza métodos directivos para modificar estructuras organizacionales jerárquicas y niveles conflictivos de comunicación que implican la presencia de un síntoma.

Las **directivas** son tareas o instrucciones específicas que da el terapeuta a la persona o a la familia y para Haley (1980), tienen la finalidad de hacer que la gente se comporte de manera diferente, para que tenga así experiencias subjetivas diferentes; además son un medio de provocar esos cambios y se las emplea para intensificar la relación entre clientes y terapeuta: al decirles a aquéllos qué deben hacer, el terapeuta entra a participar en la acción y adquiere importancia, porque el individuo debe hacer o no hacer lo que él le dice. Por último también se usan para obtener información. La manera en que reacciona la gente al recibir una directiva es esclarecedora con respecto a ellos mismos y a cómo responderán a los cambios deseados. Ya cumplan la tarea impuesta, no la cumplan, olviden cumplirla o lo intenten infructuosamente, el terapeuta tendrá una información que de otro modo no poseería.

Una de las críticas al modelo es precisamente su directividad, sin embargo Haley (1980) plantea que todo cuanto se hace en terapia puede ser visto como directivo, como determinar qué pregunta se va a hacer, realizar una inflexión de voz, un ademán, etc. y en ese sentido todo lo que hace un terapeuta de cualquier modelo puede ser también directivo, porque toda acción constituye un mensaje para que la otra persona haga algo.

En el caso del Modelo Estratégico las directivas son planificadas voluntaria y deliberadamente, constituyendo la principal técnica terapéutica.

Puede decirse que, la finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conductas inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar. Las conductas, percepciones y sentimientos de los miembros del grupo cambian cuando se alteran dichas secuencias.

El cambio se basa en una estrategia general tendiente a programar un cambio por etapas, tanto con respecto a la conducta sintomática en sí, como a la organización familiar y/o social que constituyen su contexto. Por consiguiente, se pretende alterar la secuencia sintomática introduciendo congruencia en la jerarquía del sistema. En todo momento se trata de evitar confrontaciones con la familia, por lo que la terapia descansa en creativas e ingeniosas estrategias generadas para cada caso concreto, que faciliten un cambio rápido, sólido. Las técnicas de intervención que posibilitan materializar dichas estrategias abarcan redefiniciones; connotaciones positivas; metáforas; tareas directas simples y ordalías; tareas paradójicas, basadas en una postura de oposición por parte de los clientes, y simulaciones, en las que se solicita a los integrantes de la familia que finjan o simulen una determinada secuencia sintomática (Ochoa, 1989).

### **Modelo de Terapia Breve centrado en Problemas**

El Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas nace en el MRI, Mental Research Institute de Palo Alto, California. En este instituto fue donde comenzó a gestarse una nueva visión de sistemas aplicada a la terapia; es por esto que se le considera el primer modelo con enfoque sistémico. Los fundadores de este Instituto fueron Gregory Bateson, Don Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir, más adelante trabajan con ellos Jay Haley, John Weakland y Paul Watzlawick.

En el grupo del MRI llega una importante influencia que nace de los encuentros de Haley, Weakland y Milton Erikson; los dos primeros se interesaron en el trabajo de Erikson, el

cual era, sin intención, congruente con el enfoque interaccional de la Terapia Familiar. Bajo esta influencia el grupo de Palo Alto ha trabajado en un enfoque que privilegia la comprensión del modo en que se produce el cambio en las personas.

Las personas que empezaron a trabajar formalmente desde esta perspectiva, entre ellos, Richard Fisch, Paul Watzlawick, Arthur Bodin y John Weakland, tuvieron el objetivo de abreviar la terapia a un máximo de 10 sesiones, sin considerar imprescindible hacer una gran revisión de la organización y del funcionamiento familiar para resolver los problemas de los pacientes, sin previas hipótesis que se tuvieran que confirmar y sin una concepción precisa del funcionamiento del hombre ni sobre su comportamiento; además se consideraba que la entrevista a toda la familia complicaba y prolongaba la terapia. De esta manera se empezó a trabajar bajo la condición de limitar el número de sesiones y buscando cuál era el mínimo cambio necesario para solucionar el problema actual en vez de pretender reestructurar familias completas.

Para este tipo de terapia, el psicoterapeuta debe abandonar sus grandiosos proyectos y centrarse en el sufrimiento de la persona, su tarea se limita a permitir a los pacientes hallar lo más rápidamente posible los medios de continuar su camino sin encontrarse constantemente frente a las mismas dificultades; solamente se cambia lo que hace daño en la vida cotidiana y no se pretende aliviar las dificultades existenciales, la búsqueda del sentido de la vida o de la sabiduría; éstas cuestiones se dejan a los propios individuos incluyendo al terapeuta (Wittezaele y García, 1994).

La Terapia Breve no implica que se haga menos de lo que se hace en una terapia de larga duración, más bien el enfoque es teórica y metodológicamente diferente. Aquí el papel del terapeuta es activo ya que intenta inducir cambios desde la primera sesión y va preparando el camino para el cambio; de esta manera el proceso terapéutico es controlado por el terapeuta. Asimismo la información que se recoge es diferente de la que usan las terapias clásicas, esto es, al terapeuta le interesa comprender las dificultades que está viviendo la persona en la actualidad más que profundizar en sus vivencias o acciones pasadas.



El objetivo no es crear un insight, que la persona se dé cuenta de las causas o que comprenda la situación, sino lo que importa es que el sujeto pueda comportarse de diferente modo y que los síntomas desaparezcan; lo importante es obtener resultados concretos. En este camino, un aspecto medular de este modelo es la participación del paciente, lo que se relaciona íntimamente con la actitud del terapeuta que pueda favorecer dicha participación en el proceso terapéutico. Es de suma importancia la eficacia de una relación terapeuta-paciente con un objetivo preciso: el cambio de comportamiento deseado por el paciente.

Sobre la base del tema de cambio subyace la teoría de los grupos y la teoría de los tipos lógicos. Según Watzlawick, Weakland y Fisch (1976), dentro de la teoría de los grupos existe una analogía que permite ilustrar el hecho de que ciertas acciones, ciertas actitudes que se supone aportan un cambio benéfico no hacen más que poner en marcha unos mecanismos reguladores homeostáticos que restablecen el equilibrio anterior, lo que se resume con la célebre fórmula: cuánto más cambia, más es lo mismo.

Por otro lado, según los mismos autores, la teoría de los tipos lógicos incluye el concepto de sistema: relación de los elementos con la clase y el cambio, que constituye el paso de un tipo lógico a otro. El cambio que conserva el sistema será llamado el cambio 1 homeostático: los elementos se modifican. Cuando las reglas de las relaciones siguen siendo las mismas, un cambio será compensado por reacciones homeostáticas. Esto quiere decir que los cambios particulares no ocasionan cambios en el grupo o en la totalidad. Por ejemplo, diferentes comportamientos pertenecientes a un grupo limitado de comportamientos posibles, pueden ser combinados en diferentes secuencias, pero van a dar siempre el mismo resultado (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

El cambio del sistema mismo es un metacambio, es un cambio 2: las reglas de transformación son las que sufren los cambios. A la luz del cambio 1 el cambio 2 parece ilógico, afuera aparece como un cambio de premisas que gobiernan el sistema como totalidad. La aparición del cambio 2 que modifica al sistema en sí, es considerada como algo incontrolado e incomprensible, como una súbita iluminación, e ilógico ya que viene de afuera del sistema.

Dado que el Modelo de Terapia Breve centrado en Problemas, está precisamente centrado en los problemas, habría que definir cuál es la concepción que se tiene acerca de lo que se nombra como problema. Para los autores Fisch, Weakland y Segal (1984), los problemas consisten en una conducta presente indeseada que se realiza de manera repetida, y para este modelo se enfatiza la importancia de una clara identificación de la conducta problemática, es decir, qué es, en qué aspecto es considerada como problema y por quién, además de considerar también al funcionamiento y a la persistencia de la conducta problemática. Por otro lado, como ya se mencionó, las hipótesis o factores que en el pasado pueden estar relacionados con el origen de dicho problema carece de importancia.

Aquí hay que hacer una distinción entre lo que es una dificultad normal de la vida diaria y los problemas psicológicos. A decir de Weakland: “la vida es una serie ininterrumpida de dificultades, un problema es la misma dificultad que se presenta una y otra vez” (en Wittezaele y García, 1994, p. 280).

Las dificultades cotidianas que se presentan en cualquier persona, se superan con acciones que regularmente son de sentido común; sin embargo en ocasiones esas soluciones son utilizadas para resolver problemas recurrentes y entonces carecen de efectividad. A decir de Watzlawick y sus compañeros (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976), las personas tienen un mecanismo regulador que es “hacer más de lo mismo”; se trata de una manera sencilla y lógica de resolver el problema, lo que a menudo permite acabar con la dificultad pero en otras ocasiones cuando esta solución se utiliza de manera inapropiada puede agravar el problema. Incluso en muchas ocasiones las soluciones mantienen y refuerzan el problema que se intenta resolver.

Es así que el problema al que se refiere este modelo, son situaciones al parecer insolubles, crisis, etc. creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades.

El terapeuta sólo puede comprender la experiencia de un individuo observando e identificando las ideas o premisas que éste defiende con respecto a la naturaleza de los

problemas y del tratamiento, lo cual influirá notablemente en el tipo de información sobre el cual centrará su atención.

Los pacientes están muy apegados a sus creencias, valores y motivaciones personales, los cuales determinan sus maneras de actuar o no actuar. El reconocer estas premisas de la vida del paciente, es de suma utilidad para el terapeuta, el cual podrá utilizarlas de manera que a través de ellas logre promover la colaboración y la aceptación de las directivas que le imparta.

Es importante reconocer la postura del paciente con respecto a la naturaleza de su problema, de su posible causa y de la manera en la que podría resolverse, ya que esta información ayuda al terapeuta a guiarse para no emplear una estrategia que no concuerde con la postura del paciente y que provoque resistencia. Los pacientes señalan su postura en la manera en que formulan sus frases; por esto, para conocer la postura del paciente, es importante que el terapeuta escuche lo que dice, las palabras concretas que emplea, el tono y el énfasis con el que habla, por ejemplo.

Se proponen fases de tratamiento que en general se engloban de la siguiente manera (Fisch, Weakland y Segal, 1984):

- Definición del problema del cliente
- Identificación de las soluciones intentadas
- Definir el cambio mínimo hacia la meta
- Establecer la estrategia de cambio

Dentro de la estrategia de cambio existen cinco intervenciones principales (Fisch, Weakland y Segal, 1984):

- \*Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de manera espontánea
- \*Intento de dominar un acontecimiento aplazándolo
- \*Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición

\*Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación

\*Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia

Además se plantean intervenciones que de manera general ayudan al terapeuta durante todo el proceso: no apresurarse, señalar los peligros de una mejoría, proponer cambio de dirección y discutir cómo empeorar el problema.

### **Modelo de Terapia Breve centrado en Soluciones**

Este modelo se desarrolla a principios de los 80's y se crea bajo diversas influencias; los precursores son el psiquiatra Milton Erickson, el Mental Research Institute y el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee.

En el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee hubo una evolución desde el enfoque de resolución de problemas, hasta un mayor énfasis en las soluciones y en cómo funcionaban con el objetivo de identificar y ampliar las secuencias de solución. En este centro trabajó Steve de Shazer y sus colaboradores fueron: Insoo Berg, Eve Lipchik y Michel Weiner-Davis quien posteriormente colaboraría con Bill O'Hanlon. El Modelo de Terapia Breve centrado en Soluciones nace en este centro.

Bill O'Hanlon es precisamente un gran representante del Modelo de Terapia Breve enfocado en Soluciones; él empieza su carrera profesional en 1975 en la clínica de Phoenix Arizona, aunque nunca trabajó directamente con de Shazer, su trabajo influye en él para desarrollar su modelo enfocado a las soluciones. O'Hanlon denomina su modelo como terapia de posibilidades y terapia inclusiva.

El Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, como su nombre lo dice, se centra en los recursos de las personas más que en sus déficit, en sus fortalezas más que en sus debilidades y en sus posibilidades más que en sus limitaciones (O'Hanlon y Weiner, 1989).

El Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones es un modelo que difiere de los enfoques terapéuticos tradicionales puesto que se dirige a las soluciones, competencias y capacidades de las personas. Se refiere a una forma de pensar en donde en vez de atacar el problema, se buscan soluciones y luego se piensa cómo llegar a ellas. Según de Shazer (1991), son las soluciones y no los problemas los que merecen una atención primordial. De esta manera se ayuda a la gente a ver potencialidades y a evocar acciones que de otro modo no podrían ocurrir.

En el presente, de acuerdo con el mismo autor, la terapia está evolucionando hacia una visión de futuro a la que no le interesa cómo surgieron los problemas ni incluso cómo se mantienen, sino que se ocupa de cómo se resolverán, es decir, de la intervención; desde ésta postura no hay diagnósticos correctos o incorrectos, ni teoría acertada o errónea, sino solamente datos acerca de qué es lo que funciona o es útil en casos concretos. Un elemento central en esta nueva tendencia está en las fortalezas y capacidades de los clientes.

Según Milton Erikson, uno de los precursores de esta terapia (en de Shazer, 1991), los individuos poseen una reserva de sabiduría, aprendida y olvidada pero siempre disponible; él proponía que sus pacientes exploraran otras formas de organizar su experiencia, sin explorar la etiología ni la dinámica de la disfunción. Es así que retomando estas ideas; para de Shazer la clave de la terapia breve es utilizar lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus necesidades, de modo tal, que pueda lograr una vida satisfactoria por sí mismo.

Según de Shazer (1991), para impulsar rápidamente soluciones, es útil desarrollar la visión o descripción de un futuro más satisfactorio que se resalte con respecto al presente, cuando esta visión queda construida como una entre un conjunto de futuros logrables y posibles, los clientes frecuentemente generan modos espontáneos de resolver el problema; por esto, la tarea del terapeuta es elaborar con el cliente las expectativas de cambio y solución. De acuerdo con esta construcción de solución no se hace necesario saber nada sobre el pasado de la persona, ni sobre los detalles que estén manteniendo el problema.

En el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee existieron desarrollos importantes, como lo fue la idea de que no existe resistencia en los clientes. Se asume que quieren cambiar realmente y que cuando no siguen las indicaciones de los terapeutas es porque les están enseñando cuál es el método más productivo y que mejor encaja para ayudarles a cambiar. Se asume además que cada cliente tiene una forma única de cooperar y que la tarea del terapeuta es identificar y utilizar esta forma de cooperación.

Las principales premisas del modelos son la siguientes:

- \*Los clientes tienen recursos y fortalezas para resolver sus quejas.
- \*El cambio es constante.
- \*El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
- \*No es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.
- \*No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.
- \*Sólo es necesario un cambio pequeño: un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del mismo.
- \*Los clientes definen los objetivos.
- \*El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.
- \*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.
- \*Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable.

Cuando se define una meta, comienza a desarrollarse la expectativa de un futuro diferente, más satisfactorio y los cambios presentes en la conducta se convierten en algo posible. El futuro cobra relieve respecto del presente y de tal modo la meta y las consecuencias de su logro pueden dar forma a lo que suceda en el futuro. En este sentido es de vital importancia situar a los clientes en un marco en el que piensen que disponen de todas las capacidades y recursos para resolver sus problemas.

Cuando las personas tienen dificultades, a menudo olvidan que tienen recursos y capacidades, es tarea del terapeuta crear una atmósfera que facilite que se den cuenta de sus

fuerzas y capacidades, creando un contexto en el que los clientes se sientan mejor preparados para resolver sus dificultades que cuando entraron en la sesión.

El lenguaje ofrece la posibilidad de solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad y además se puede utilizar como instrumento para cuestionar certezas inútiles. De Shazer (1994), establece que la terapia ocurre dentro del lenguaje y el lenguaje es lo que los terapeutas y el paciente utilizan para hacer terapia; por esto la utilización consciente y creativa del lenguaje es tal vez el método indirecto más influyente para crear contextos en los que se perciba el cambio como inevitable.

Los métodos de la Terapia Breve Centrada en Soluciones están encaminados a utilizar el lenguaje del cliente y a producir cambios en la percepción y en la conducta, se utilizan las presuposiciones que son formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente. El terapeuta puede dar presuposiciones para introducir en la sesión de terapia ideas o expectativas de cambio, al hablar el terapeuta da constantemente claves a los clientes, tanto sutiles, como obvias, respecto a cómo se les ve y a las perspectivas de cambio, por lo tanto es muy importante ser conscientes de estas comunicaciones en terapia y utilizarlas para facilitar el proceso de cambio.

Desde este modelo se considera que un proceso de entrevista es ya una intervención, es decir, mediante el uso de diversas técnicas de entrevista centradas en las soluciones, los clientes pueden experimentar, en el transcurso de la sesión, cambios importantes en la forma de ver su situación; estos cambios permiten a la gente actuar de forma más productiva.

Dada la importancia del lenguaje, en la entrevista se utilizan las llamadas preguntas presuposicionales, que son el tipo de preguntas que se hacen durante la sesión y que están diseñadas para funcionar como “intervenciones”; por medio de ellas se intenta influir sobre las percepciones de los clientes dirigiéndolos hacia las soluciones. Reflexionar sobre estas preguntas ayuda a los clientes a considerar su situación desde nuevas perspectivas; las preguntas presuposicionales encaminan a los clientes hacia respuestas que promueven sus

recursos y les enriquecen. Al contestar a las preguntas los clientes no tienen más remedio que aceptar la premisa subyacente de que el cambio es inevitable.

Se plantea una estructura de la terapia que tiene las siguientes etapas (O'Hanlon y Weiner, 1989):

- \*Unión
- \*Breve descripción del problema
- \*Búsqueda y ampliación a las excepciones al problema
- \*Normalizar y despatologizar
- \*Definición de los objetivos
- \* La pausa
- \*Los elogios

En el caso en el que no se pueden encontrar excepciones y no parece haber soluciones presentes o ensayadas, el paso siguiente es hacer preguntas orientadas a futuro: se le pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y que describan cómo es. Para esto se puede utilizar la **pregunta del milagro**:

“Supón que una noche mientras duermes, hubiera un milagro y este problema se resolviera ¿cómo te darías cuenta? ¿qué sería diferente?”. Reflexionar sobre esta pregunta parece hacer más real y por tanto más probable, un futuro sin el problema. Además, esta pregunta ayuda a construir objetivos bien definidos y el terapeuta recibe directrices e información concreta para ayudar al cliente a encaminarse directamente hacia un futuro más satisfactorio; parece que el mero hecho de construir una visión de la solución actúa como catalizador para producirla.

Las “tareas fórmula” están diseñadas para orientar la atención de los clientes hacia las soluciones y pueden ser utilizadas de forma general sin saber mucho del problema. Entre estas tareas fórmula se encuentran: la tarea fórmula de la primera sesión, la tarea de la sorpresa para parejas o familias, la tarea de la pelea estructurada, la tarea de haz algo diferente y la tarea genérica.



Otro método eficaz para concentrarse en el logro y la solución consiste en el empleo de preguntas sobre la posición en una escala. “En una escala que va de cero a diez, y en la que el cero representa lo peor y el diez corresponde a las cosas tal como serán cuando estos problemas estén resueltos, ¿en qué número te situarías el día de hoy?”.

Estas escalas pueden utilizarse con toda una gama de aspectos de la vida del cliente; de hecho, cualquier experiencia concebible puede verse a través del cristal de la ubicación en una escala y preguntar a la persona cómo llegó a ese número o cómo le va a ser para llegar a otro.

Cuando el buscar excepciones, soluciones y un futuro sin problemas produce la sensación de estar contra corriente, es adecuado cambiar de dirección y centrarse en el problema.

Si los clientes no son capaces de describir excepciones o de contestar las preguntas orientadas a futuro, la siguiente línea a seguir es reunir información detallada sobre el tema. El enfoque de terapia breve del MRI se reconoce mejor cuando se adopta esta línea; cuando se investiga el problema interesa la información muy específica, los marcos de referencia en que se sitúa el problema, en qué sentido lo ven como un problema y las circunstancias y las secuencia de eventos cuando sucede el problema.

Cuando el terapeuta se centra en el problema sólo le interesa aquellos aspectos del problema que proporcionan el tipo de información que se necesita para realizar intervenciones útiles, por ejemplo, considerando el trabajo de Erikson, queda claro que cualquier cambio en el patrón que rodea el problema disminuirá la probabilidad de que ocurra.

### **Modelo de Milán**

El grupo original de Milán estuvo conformado por Mara Selvini, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Estos terapeutas realizaron una investigación con familias que tenían un miembro diagnosticado con esquizofrenia, para comprobar la hipótesis acerca de si la familia era un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas (reglas que se refieren a intercambios de carácter verbal y no verbal) que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores, ésta hipótesis se basa en los modelos de la cibernética y de la comunicación humana (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

Con base a la investigación realizada por Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1988), se establece que las familias con transacción esquizofrénica sostienen un juego a través de marañas de paradojas que involucran a todos los miembros de la familia, que pueden ser disueltas con paradojas terapéuticas.

Según los propios fundadores, Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1988), en Milán Italia el Centro para el Estudio de la Familia inició sus actividades en 1967. Se inició con Mara Selvini Palazzoli como organizadora, y se constituyó independiente de las instituciones públicas. Para 1971 el equipo estaba conformado por los cuatro miembros psiquiatras psicoterapeutas; trabajaban por parejas, un terapeuta un hombre y una mujer con la familia y la otra pareja como observadora tras el espejo. Esto les permitía varias cosas: tener un equilibrio como coterapeutas y con la familia, presenciar algunas pautas de las reglas del juego familiar con relación al género y evitar caer en estereotipos culturales.

La observación que había hecho Jay Haley en “The family of the Schizophrenic: a Model System” (1959, en Palazzoli, et al. 1988), y la propia experiencia de Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, acerca de que los miembros de familias con transacción esquizofrénica tenían un especial rechazo a admitir que los otros influían en su comportamiento y que ellos a su vez influían en el de los demás, llevó a los terapeutas a que formularan la hipótesis de que este tipo de familia es un grupo natural regulado en su interior por una simetría llevada a tal punto de exasperación que la hace encubierta.

Los autores explican que, por ejemplo, en el caso de una pareja donde la simetría no es encubierta sino abierta, y donde la modalidad de la relación es el rechazo, ambos miembros saben que se va a dar un rechazo y se preparan para recibirlo y prepararse para cuando llegue su turno. Esta escalada puede ser infinita o corre el riesgo de romperse, de llegar a la violencia física o a que uno de los miembros deje o abandone la pelea, lo que implica la pérdida del adversario y del juego mismo, cosa que la familia con transacción esquizofrénica no puede soportar y por lo tanto la simetría en este caso es encubierta lo que garantiza la permanencia de la relación.

De esta forma, dicen los autores, se establece el juego cuyos mensajes están escondidos para evitar exponerse. Se utilizan todas las posibilidades de comunicación verbal y no verbal, y es así como se configuran las maniobras comunicacionales de las interacciones esquizofrénicas: descalificación de algunos o de todos los componentes del mensaje, tangencialidad, desplazamientos del tema, amnesias y la descalificación. En esta última el mensaje es el siguiente: “no doy cuenta de ti, no estás, no existes”, aunque se ha visto otro tipo de descalificación donde el autor mismo del mensaje es quien se descalifica como no existente: “yo no estoy, no existo en la relación contigo” (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988, p. 35).

El comportamiento esquizofrénico, explicado por el Modelo de Milán, es la enésima jugada realizada por un miembro del grupo, que tiene el efecto de reforzar el juego. En este juego cualquiera puede responder al desafío con otro desafío, a la jugada con otra jugada; sin embargo también puede mostrar un gesto de que está harto, debilitado, exasperado, que tiene necesidad de irse de ahí, que está por irse de ahí, ésta última jugada puede ser tan inminente que es necesario hacer algo más potente comunicando que él ya se ha ido, aunque físicamente esté allí, pero ahora extraño, diferente.

Con este extrañamiento del miembro del grupo, la relación es insostenible; el mensaje del esquizofrénico es: “no es que deben hacer algo diferente, deben ser lo que nos son, sólo así podrán ayudarme a ser lo que no soy pero que podría ser, si ustedes fueran lo que no son”.

A quien muestra que quiere hacer algo diferente, le llega el contragolpe del comportamiento esquizofrénico: “pobre de mí, yo soy diferente, tal vez yo soy diferente porque ustedes no son diferentes, pero si consiguieran ser diferentes...” (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988, p. 47).

Concluyen, los autores, que los cambios reales, concretos del interior o del exterior son absorbidos por el juego dominante en la familia, como fuente de amenazas, que al hacer vislumbrar el peligro de la interrupción del juego, lo refuerzan. Por ejemplo, en la familia de un adolescente donde todos están al servicio del juego, cualquier movimiento de autonomía por parte del joven provocará reacciones negativas de todo tipo que impedirán continuar al adolescente, y cuando las reacciones negativas llegan puntualmente, entonces el adolescente reacciona con la conducta psicótica.

En el caso de la familia con interacción esquizofrénica el terapeuta lleva a cabo ensayos y errores que lo guían a esclarecer el punto nodal, que también es el punto de máxima resistencia del sistema al cambio. Este proceso no es nada sencillo ya que este tipo de familia da informaciones confusas y todo lo que exhibe resulta una trampa, por ello el terapeuta debe moverse con cautela, desarrollar una gran sensibilidad a las reacciones, tomarlas especialmente en cuenta para no persistir cuando aparece un error y tomar en consideración que se necesita tiempo para provocar reacciones decisivas.

Con base en todas estas consideraciones teóricas, el grupo de Milán fue generando ideas importantes para el trabajo terapéutico; tal es el caso de la connotación positiva que es un principio terapéutico cardinal que permite realizar una intervención terapéutica paradójica: la prescripción del síntoma del paciente designado.

Los autores determinaron que el acceso al modelo sistémico sólo era posible si se connotaba positivamente tanto el síntoma del paciente designado como los comportamientos sintomáticos de los otros miembros, diciendo, por ejemplo que todos los comportamientos observados aparecen inspirados por el común deseo de mantener la unión y la cohesión del grupo familiar. De este modo, los terapeutas ponen a todos los miembros

de la familia en un mismo nivel. Utilizando la connotación positiva los terapeutas no sólo se definen como aliados de la tendencia homeostática sino que además la prescriben.

Existe otro tipo de intervención terapéutica, la cual trata de trasladar rápidamente la etiqueta de enfermo que lleva el paciente designado, a uno o más hermanos o hermanas considerados sanos por la familia; aquí se señala que el presunto enfermo considerado por la familia fue el único que supo en qué medida el otro hermano(os) se encuentra en peores condiciones que él y por tanto necesita su ayuda.

Se evita culpar a los padres, simplemente se menciona que los terapeutas están admirados por la sensibilidad e intuición del paciente que ayuda al hermano que en realidad es el que necesita ayuda. Se dice que por la información que se ha obtenido en sesión se comprende muy bien los motivos por los que el paciente está tan preocupado por el hermano “sano”.

Otra maniobra terapéutica del equipo de Milán, consiste en aceptar sin objeciones una mejoría o desaparición del síntoma que no parecen justificados por el cambio en el sistema de interacción familiar, cuando esto sucede surge la sospecha de encontrarse ante una jugada de la que son cómplices todos los integrantes de la familia.

La maniobra del miembro ausente, para el grupo de Milán, tiene también el objetivo de mantener el statu quo de la familia, es en realidad una maniobra familiar total en la que colabora, poco más o menos, el resto de la familia, es una resistencia.

Esta táctica se refiere a las ausencias que se producen en el curso de la terapia. Cuando esto pasa y un miembro se ausenta, se acepta el reto de la familia en sesión, se muestran como valederos los motivos aducidos que generalmente son inconscientes o absurdos. El terapeuta aunque aparenta aceptar esta condición mantiene la ausencia como centro de interés y la relaciona directamente en el trabajo interno y con el material de la sesión, la ausencia se convierte en el problema central de la sesión.

Una táctica terapéutica ideada por el equipo de Milán es la prescripción de rituales a la familia, pueden ser rituales para ejecutarse una sola vez o repetitivos. El ritual familiar está centrado en el nivel de la acción, el cual es mucho más apto que las palabras para unir a los participantes en una poderosa vivencia colectiva y para introducir una idea básica compartida por consenso.

Alrededor de 1978, el grupo de Milán se empezó a disolver, Boscolo y Cecchin comenzaron a alejarse de la perspectiva de investigación para entrar en una dimensión de enseñanza y formación. Palazzoli permaneció en la idea de la intencionalidad encubierta del juego y los efectos reales del mismo, por cuanto consideraba el síntoma como una jugada de la familia; por su parte Boscolo y Cecchin cultivaron la entrevista circular como instrumento de cambio en la propia entrevista. El desarrollo del interrogatorio circular que se basó en las ideas de circularidad cibernética como modelo de sistemas vivos de Bateson, es uno de los trabajos más sobresalientes del grupo de Milán. Esto condujo a una nueva orientación de la terapia, y como se mencionó anteriormente, Boscolo y Cecchin desplazaron su atención a la importancia de las preguntas que se hacían durante sesión y el efecto que producían (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

En base a este cambio de enfoque, se desarrollaron tres principios sistémicos básicos en el trabajo terapéutico, estos son neutralidad, hipotetización y circularidad. Estos tres principios básicos fueron desarrollados para la conducción de entrevistas con el objetivo de que fueran coherentes con la epistemología sistémica.

### **Modelos Posmodernos**

#### **Terapia Narrativa**

Los creadores de la terapia narrativa la enmarcan en el pensamiento postestructuralista, el cual critica la descripción del ser humano en términos de mecanismos físicos o biológicos. Por otro lado, esta terapia también encaja dentro del Construccinismo Social, que se refiere a la constante generación de significados en el diálogo y según el cual, la fuerza más

poderosa para modificar la vida son los relatos que las personas se cuentan a sí mismas y a los demás y que representan la visión que se tiene del mundo y de las relaciones (Payne, 2002). La narrativa en este sentido se refiere a los relatos que las personas se cuentan de sí mismas y a los demás acerca de sus vidas, a partir de la idea de que las exposiciones narrativas no son réplicas de la realidad, sino dispositivos a partir de los cuales se construye la realidad (Gergen, 1996).

Por ejemplo, White (2002) el representante principal de esta terapia, menciona que es a través de la indagación postestructuralista que se reformulan las ideas de crecimiento, auto-actualización y realización, como emblemas para ciertos modos de vida y pensamiento que son muy aceptados en la cultura occidental contemporánea. Es así que la vida de las personas es moldeada por estas ideas y por las prácticas de vida que con ellas se asocian, incitando a las personas a reproducir formas dominantes de individualidad de una cultura dada.

Maldonado (1997), hace referencia a que desde la perspectiva de la narrativa, las maneras en que los pacientes describen sus vidas, los limitan para desarrollar nuevas ideas o maneras de encararlas. Desde esta perspectiva, psicoterapia sería el proceso de ayudar a modificar el discurso habitual problemático y explorar otro más fluido que permitirá un rango más variado y amplio de interacciones posibles.

Entre las características que constituyen la terapia Narrativa se encuentra que esta forma de hacer terapia no “solidifica” los problemas, no hace sentir a un participante más aceptado que otro, no relata a la gente cuál es la respuesta correcta, y además no fuerza otra visión, sino que deja que se desarrolle, es decir, la propicia (Maldonado, 1997).

En esta labor terapéutica, el lenguaje es el principal vehículo para generar otros discursos, puesto que hace partícipes a las personas de la negociación de significados que pueden llegar a cambiar totalmente el sentido de algo. Como menciona Zafra (2002), no hay un descubrimiento de los demás hay una creación de los otros, y a través de los otros hay una conformación de uno mismo.

Gergen (1996), utiliza una metáfora para referirse al uso del lenguaje, dice que es como una lente y es a través de ésta lente de la narración, como el individuo identifica objetos, personas, acciones y demás. Menciona también que el cómo reacciona y se conduce la persona en su vida, se encuentra sobre la base del cómo es visto el mundo, y no del mundo tal como es.

La labor del terapeuta en la Terapia Narrativa no es reemplazar el relato de la familia que consulta sino crear tensión en el relato que ésta misma trae concebido como “verdadero”. Para Gergen (1996), un desafío para la terapia es permitir que los clientes participen en el proceso continuo de creación y transformación del significado.

La importancia de los relatos, según White (2002), es que son éstos los que determinan qué aspectos de la historia de las personas son expresados y la forma de expresión de la experiencia vivida “vivimos a través de los relatos que tenemos sobre nuestras vidas, estas historias en efecto moldean nuestras vidas, las constituyen y las abrazan” (pág. 18).

Según Payne (2002), la terapia comienza cuando el terapeuta invita a la persona a hablar de sus problemas y la escucha con interés, con regularidad estas historias son de desesperanza y White las llama “descripciones saturadas del problema” que encarnan “el relato dominante” de la vida de una persona. El terapeuta acepta y toma en serio esta descripción, pero al mismo tiempo, asume que es solamente parte de la historia, el terapeuta hace preguntas para ampliar y aclarar el relato impulsando a detallar la forma en que se experimentan las dificultades y las consecuencias de éstas en la vida. A la “descripción saturada del problema” se le ha dado en llamar descripción “rala”.

El terapeuta también, dice Payne (2002), invita a la persona a poner un nombre específico al problema, quizás una palabra o frase corta, el terapeuta puede hacer sugerencias si a la persona se le dificulta y de esta manera “**bautizar el problema**” de manera conjunta.



White (2002), menciona que al conversar con el cliente, explora sus experiencias con el problema con una clase de conversación a la que le nombra **conversación externalizadora**, en ella alienta a las personas a que relaten de qué manera el problema ha estado afectando sus vidas y sus relaciones. Esta forma de conversación hace posible que las personas experimenten una identidad distinta o separada del problema, viéndolo fuera de ellas y no como una parte de su identidad y por lo tanto con pocas probabilidades de mejora o cambio.

El terapeuta emplea un lenguaje que transmite, implícitamente que el problema “tiene efectos sobre” la vida de la persona, en lugar de “ser parte” de ella, a esto se le denomina “**externalización del problema**”, este tipo de lenguaje se utiliza a lo largo de toda la terapia y tiene el objetivo de ayudar a las personas a distanciarse de sus problemas y concebirlos como producto de las circunstancias y los procesos interpersonales y no de su personalidad. Sin embargo la externalización no se utiliza para acciones perjudiciales, de maltrato o violencia.

Este procedimiento de intervención permite a las personas tomar iniciativas más efectivas a fin de rehuir la influencia que el problema ejerce sobre sus vidas, una vez que han externalizado el problema los pacientes pueden advertir las posibilidades que tienen de actuar contra el problema ya externalizado. Para Tomm, algunas preguntas como: ¿cómo logro desafiar los mandatos de la depresión? o ¿en qué ocasiones logré imponerse y no dejo que fuera la depresión la que lo impulsara a actuar?, instalan la idea de que el paciente puede decidir, puede elegir y es un agente activo en el curso de su vida (en White, 1997).

A medida que las personas se separan de las historias dominantes, que forman parte constitutiva de su vida, se les hace posible orientarse más hacia aspectos de su experiencia que contradicen dicha historia. A éstas contradicciones White (1997), la ha llamado “**logros aislados**” y son ellas las que suministran la puerta de entrada a lo que se puede considerar territorios alternativos de la vida de la persona.

Bruner (1986, en White, 1997), al referirse a los textos, propone la idea de que las historias están compuestas de panoramas duales: *un panorama de acción y un panorama de conciencia*. El panorama de acción se refiere a la temática de los hechos que se desarrollan en el tiempo y el panorama de conciencia está principalmente constituido por las interpretaciones de los personajes que figuran en la narración. El panorama de conciencia comprende las significaciones dadas por los personajes y los lectores al “reflexionar” en los sucesos y tramas a medida que éstos se desenvuelven en el panorama de acción.

En las conversaciones de re-escritura se deducen descripciones alternativas de identidad personal y relacional. White (2002), menciona que muchas de las descripciones que surgen de la re-escritura contradicen significativamente las descripciones que habitan las categorías de identidad de las historias de vida saturadas por el problema.

A decir de Payne (2002), la terapia termina cuando la persona decide que su relato de sí misma es suficientemente rico para abarcar su futuro, la última sesión es una celebración y la persona puede invitar a personas significativas para ella a compartir la experiencia.

El terapeuta también puede utilizar documentos escritos, ya sea por él mismo o por la persona. Estos documentos resumen los descubrimientos de la persona y le permiten describir su propio progreso, pueden ser cartas, declaraciones, listas, contratos, certificados etc., pueden ser compartidos por otras personas y se utilizan para consolidar el progreso ya que la palabra escrita es más permanente que la hablada.

Además de los documentos al cierre de la sesión se pueden utilizar en el proceso de terapia otro tipo de documentos, por ejemplo: cartas de invitación para incluir a alguna persona significativa; cartas de despido hacia personas que han ayudado pero que en este momento su ayuda ya no es necesaria para quien está re-escribiendo su vida; cartas de predicción, las cuales se dan al final de la sesión y se le pide a la persona que la lea tiempo después, en ella se predice el avance o la permanencia de la nueva historia re-escrita por la persona. Se pueden realizar documentos para un fin de propósitos, cuyo objetivo último es el de

introducir nuevas perspectivas y un abanico de mundos posibles destacando aspectos vitales de la experiencia vivida de la persona o familia (White y Epston, 1993).

### Equipo de Reflexión

El equipo de reflexión hace referencia a una nueva forma de trabajo terapéutico, introducido por Tom Andersen. Este autor se preguntó, influenciado por el trabajo del grupo de Milán, por qué separarse de la familia durante las pausas de las sesiones y por qué ocultar a la familia las deliberaciones a las que llegaban los terapeutas; pensó entonces que se podría permanecer con la familia para que los miembros de ésta vieran y oyeran lo que los terapeutas tenían que decir sobre el tema, y de esta manera tal vez les resultaría más fácil encontrar sus propias respuestas (Andersen, 1996).

Partiendo de la idea posmoderna de que no hay una verdad única sino que hay tantas verdades y realidades como personas hay, el modo de trabajo del equipo de reflexión trata de incluir la mayor cantidad posible de versiones disponibles para los que escuchan. La propuesta a incluir a la familia, como oyente, en la conversación entre los terapeutas se le llamó “equipo de reflexión”.

Los rasgos característicos de esta modalidad se fueron integrando conforme se iba poniendo en práctica y se obtenía la retroalimentación de la familia; de las características más importantes de este trabajo surgieron las siguientes (Andersen, 1996):

\*Los terapeutas que miraban detrás del espejo, se volvieron cada vez más silenciosos y no conversaban sobre lo que veían, de ahí se dieron cuenta que el silencio ayuda al equipo a generar más ideas, ya que cuando se conversa, la atención se centra en una o dos ideas únicamente. Al proceso de producir las propias ideas sin hacer comentarios durante la sesión se le llama generar un diálogo interno.

\*Otra de las cosas que fueron importantes y ahora se establece como una norma, es que las reflexiones del equipo deben basarse en algo expresado durante la conversación, no en algo

tomado de otro contexto. Las reflexiones pueden empezar por ejemplo: “cuando escuché., cuando vi., se me ocurrió esta idea...” o se pueden expresar dudas “no estoy seguro pero me parece que., no estoy seguro pero tengo la sensación de que., tal vez ustedes hayan oído otra cosa pero yo oí..”, después la reflexión puede seguir “cuando pensé en eso empecé a preguntarme., cuando pensé en esto me vino a la mente esta pregunta., cuando advertí que ellos habían hecho esto o aquello me pregunté que habría pasado si ellos hubieran hecho...”, al hacer las reflexiones se cuida de poner el énfasis en la autonomía de la decisión de la familia.

\*El lenguaje que se utiliza es cotidiano, no privado con términos intelectuales o académicos. Además es importante evitar transmitir connotaciones negativas, de interpretación, crítica o juicio, por ejemplo en vez de decir, “ellos deberían hacer esto, o aquello” se puede hacer el siguiente planteamiento “me pregunto qué pasaría si ellos intentaran hacer esto”. Todas las reflexiones se ofrecen de manera tentativa (no sé, tal vez, podría ser, se me ocurre que..); de esta forma los miembros de equipo hacen evidente que sus comentarios no son necesariamente correctos o útiles para el cliente porque son producto de la propia experiencia y de sus propias ideas.

\*Otra cuestión importante es que cuando no hay un espejo por el cual la familia mire al equipo y se encuentren todos en una misma habitación, los terapeutas eviten mirar a la familia y solo se miren y conversen entre sí. Esto permite que las personas que están escuchando se sientan libre de no escuchar.

\*El equipo de reflexión reduce la autoridad del terapeuta, genera una apreciación de las realidades múltiples y facilita al cliente una variedad de recursos para proceder.

Según Fernández, London y Tarragona (2002), la participación del Equipo Reflexivo toma de 5 a 10 minutos y tras escuchar al equipo, los clientes y el terapeuta comentan lo que escucharon.

Para estas mismas autoras, cuando se trabaja con Equipo de Reflexión generalmente no se pretende llegar a una conclusión o “cierre” al final de la sesión, más bien se aspira a dejar abiertas distintas ideas y posibilidades para los participantes en las conversaciones reflexivas. Como menciona Selicoff (2002), el Equipo Reflexivo cumple dos funciones dentro del proceso terapéutico: el cliente tiene la oportunidad de elegir de una variedad de ideas adicionales a las de su terapeuta (varias y distintas voces) y el terapeuta puede escuchar sugerencias nuevas que la guíen en su labor.

### Enfoque Conversacional Colaborativo

Los principales representantes de este enfoque son Harlene Anderson y Harry Goolishian, sus fundamentos parten de las teorías posmodernas, tal es el caso de la teoría de la construcción social, la cual plantea que la realidad no existe “allí afuera” de modo independiente, sino que su sentido se concibe colectivamente. Otra de las teorías que sientan la base para el desarrollo del enfoque es la hermenéutica, que se refiere al arte de la interpretación, es decir, la comprensión del significado de un texto o discurso, incluidas la emoción y la conducta humanas; la hermenéutica sostiene que la comprensión siempre es interpretativa y que no hay un punto de vista único o privilegiado para la comprensión, (Anderson, 1997).

Según Chessick (en Anderson, 1997), la hermenéutica sugiere que el significado que surge en una relación es generado por el lenguaje y no reside en el entendimiento de los participantes individuales sino en el diálogo mismo.

Partiendo de estos planteamientos Gergen (1996), menciona que si el lenguaje proporciona la matriz de la que se deriva la comprensión humana, entonces la psicoterapia puede ser construida adecuadamente como actividad lingüística en la que la conversación acerca de un problema genera el desarrollo de nuevos significados.

Este enfoque conversacional posmoderno, como su nombre lo indica, privilegia la conversación fluida y espontánea como vehículo para el cambio en terapia. Para Anderson

(1997), la conversación es uno de los aspectos más importantes de la vida, ya que se mantiene una conversación constante con los otros y consigo mismo. Menciona además que es a través de la conversación que las personas forman y reformulan sus experiencias vitales; crean y recrean su manera de dar sentido y entender; construyen y reconstruyen sus realidades y a sí mismos, y en este sentido algunas conversaciones aumentan las posibilidades y otras las disminuyen.

Según Anderson y Goolishian (1988), la manera como se concibe la terapia determina la manera de dirigir el trabajo como terapeutas. En palabras de Anderson (1997), un sistema terapéutico es definido como “un sistema lingüístico relacional en el que dos o más personas (como mínimo un cliente y un terapeuta), generan significación” (p.112); asimismo define a la terapia como “un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas; es una búsqueda conjunta de posibilidades” (p. 28).

Según los postulados del enfoque, la terapia es un actividad lingüística donde estar en conversación acerca de un problema es un proceso de desarrollo de nuevos significados y entendimientos. La meta de la terapia es participar en una conversación que continuamente se suelte y abra, en vez de reducirse y cerrarse. Mediante la conversación terapéutica los significados y comportamientos fijos reciben un mayor espacio, se ensanchan, trasladan y cambian (Anderson y Goolishian, 1988).

Premisas básicas (Anderson y Goolishian, 1988).

\*Los sistemas humanos son sistemas generadores de lenguaje y simultáneamente generadores de significado.

\*El significado y la comprensión se construyen socialmente y mediante la intersubjetividad.

\*Cualquier sistema en terapia consiste en un sistema que se ha aglutinado en torno a algún “problema” y se involucra en un lenguaje y significado. El sistema terapéutico es un sistema organizador del problema y disolvedor del problema.

\*La terapia es un suceso lingüístico que toma lugar en lo que se llama conversación terapéutica.

\*El papel del terapeuta es el de un arquitecto del diálogo, cuya especialidad consiste en crear un espacio para facilitar una conversación dialógica.

Para Anderson, un problema y el significado que se le atribuye son realidades creadas socialmente y sostenidas por conductas mutuamente coordinadas en el lenguaje, para esta autora una “definición de problema” es una posición que alguien toma, un sentido que alguien atribuye, una narrativa que alguien ha desarrollado. En este sentido se habla de dilema o situación vital en vez de problema y de disolver, en vez de resolver.

Por otro lado, la palabra “solución”, dice Anderson (1997), tiene la connotación de arreglar algo y un terapeuta ni resuelve problemas ni arregla nada, es la exploración del problema en el curso de la terapia lo que lleva a su disolución, no a una solución; los problemas no se resuelven sino que se disuelven en el lenguaje.

Para Anderson y Goolishian (1988), la conversación y el diálogo siempre descansan sobre un frágil conjunto de condiciones; éstas incluyen el respeto mutuo y la comprensión, la disposición a escuchar y poner a prueba las opiniones y prejuicios propios y una búsqueda mutua de qué tan correcto es lo que se dice. La conversación siempre depende de un número de temas cambiantes, entre los cuales están:

La ocasión para emprender la conversación.

La relación de los participantes entre sí.

Lo que cada uno sabe acerca de la situación y de la intención de los demás.

Lo que los participantes desean lograr.

Las convenciones sociales y culturales aplicables.

Los significados siempre cambiantes de los participantes.

La nueva perspectiva sugiere una colaboración entre terapeuta y cliente que tienda a ser menos jerárquica, autoritaria y dualista, y más horizontal, democrática e igualitaria. El

sistema terapéutico coproductivo es una conversación entre compañeros, donde terapeuta y cliente codeciden cómo participar, codefinen límites y coseleccionan las metas del tratamiento (Anderson, 1997).

Según Gadamer (1975, en Anderson y Golishian, 1988), ningún relato o palabra comunicativa es completa, clara y unívoca. Todos llevan consigo significados no hablados y nuevas interpretaciones posibles que necesitan expresión y articulación. Esto no quiere decir que el relato lingüístico original sea deficiente, sino que todas las acciones comunicativas son fuente infinita de nuevas expresiones y significados posibles. Por lo tanto, el tema y contenido de todo diálogo o discurso está abierto a un cambio de significado.

Las características de toda conversación dialógica, término que utiliza Anderson para referirse a la terapia, es que los participantes se abren unos a otros y aceptan su punto de vista como algo digno de tomarse en cuenta. Es a través de este proceso generativo mutuo que las personas, en el lenguaje, permiten emerger nuevos sentidos, diferentes maneras de entender, explicar y puntuar las experiencias vividas; es esta característica del diálogo la que genera el cambio y lo hace continuo.

La conversación dialógica como la define Anderson (1997), se refiere a aquellas conversaciones donde emerge un sentido nuevo, y se caracteriza por la indagación compartida que es el continuo intercambio y discusión de ideas, opiniones, preferencias, recuerdos, observaciones, sensaciones, emociones etc.; este tipo de indagación es propia de una conversación donde uno habla con el otro, más que al otro.

La búsqueda de comprensión y la generación de sentidos por medio de la indagación compartida son la esencia del proceso dialógico y también del enfoque de los sistemas de lenguaje colaborativos.

Mediante este proceso, se crean y desarrollan conjuntamente las realidades en donde se tienen significados unos para otros y mediante las cuales continuamente se reorganiza la



convivencia mutua y las descripciones del sí mismo. Lo que se requiere para la terapia es mantener la conversación, de manera que la lógica del contenido del sistema-problema sea explorada mediante la indagación. Al llevar a cabo esta exploración emergerán otras descripciones y significados que en el lenguaje no “están” catalogadas de “problema”. Este es el proceso de cambio.

En este enfoque el terapeuta no llega con un esquema completo de teoría psicológica y social respecto a la naturaleza humana y sus dificultades, en terapia, la estructura de la conversación terapéutica es espontánea y no se sigue un guión predeterminado.

Según Anderson (1997), un concepto clave para este nuevo enfoque es el de no-saber, y esta es la diferencia fundamental entre el enfoque colaborativo y otras terapias, definiendo radicalmente la intención, la dirección y el estilo del terapeuta. Esta autora comenta que el saber (la ilusión de entender o la seguridad de un método), reduce la posibilidad de ver y empeora la sordera para escuchar lo no dicho, lo diferente y único.

Partiendo de esta postura, si realmente no se sabe, menciona Anderson (1997), entonces se debe aprender y para aprender se necesita tratar de entender lo que el cliente dice; en esta modalidad el saber y entender siempre están en camino, se trata de una experiencia que hace al terapeuta libre y humilde.

Según este enfoque no se trata de desechar lo que ya se sabe, ya que finalmente el terapeuta no puede ser una pantalla en blanco, vacía de ideas, opiniones o prejuicios; se trata más bien de poder cuestionar y cuestionarse a sí mismos. Para Anderson, un proceso colaborativo disminuye el riesgo de que, aún sin quererlo, se explote el poder social como terapeutas con la finalidad de preservar la propia base de conocimiento, la de las instituciones o la de los discursos culturales.

## DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

### 1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

#### *Integración de expedientes y análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias.*

Dentro de la residencia participé como terapeuta principal con 7 familias con equipo de supervisión; a continuación se esquematizan señalando el escenario clínico y el motivo de consulta.

FAMILIA	MOTIVO DE CONSULTA	TERMINO DE LA TERAPIA	SESIONES	OBSERVACIONES
Familia 1 CCH	Problemas de relación y autoridad de padres con respecto a sus hijos	Baja	3	Dejó de asistir sin previo aviso.
Familia 2 ISSSTE	Falta de comunicación entre los miembros de la familia	Alta	6	Se hizo seguimiento vía telefónica
Familia 3 FESI	Falta de comunicación entre madre e hijo	Baja	14	Dejó de asistir por problemas de salud
Familia 4 FESI	Problemas entre pareja y con hija adulta	Alta	9	Se hizo seguimiento vía telefónica
Familia 5 FESI	Falta de acuerdos y límites con hijo adolescente	Alta	7	La familia regresará a terapia pero por causa de otro motivo de consulta
Familia 6 FESI	Farmacodependencia	Familia transferida	5	Fue transferida por término de semestre
Familia 7 FESI	Elección de pareja	Alta	2	Se hizo seguimiento vía telefónica

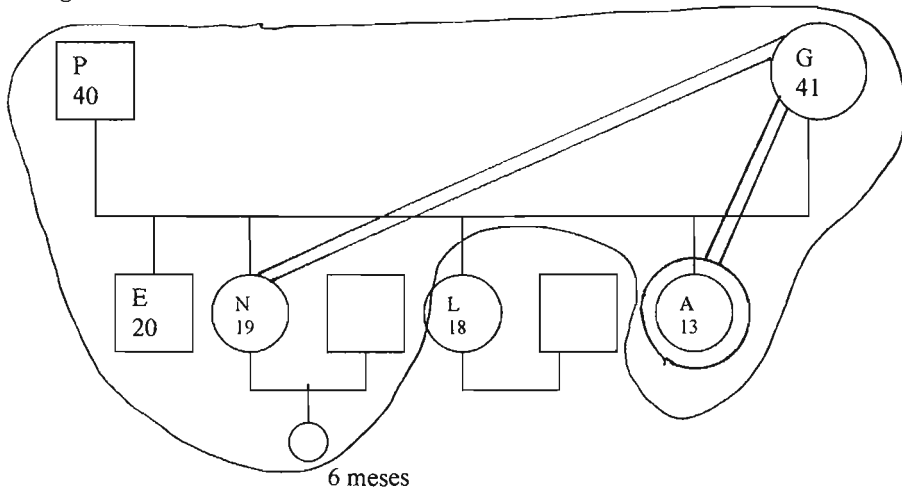
## Análisis teórico metodológico en casos de familias con hijos adolescentes

A continuación se exponen cuatro casos de familias atendidas, que se enfocaron desde los modelos de Terapia Breve, ya que fueron los modelos que mayormente se utilizaron para dichos casos. Para su análisis y comprensión, también se expone una descripción estructural de las familias, así como una hipótesis acerca de las posibles interrelaciones de dicha estructura con los problemas presentados.

### Familia 1<sup>10</sup>

La familia estaba conformada por el señor P de 40 años cuyo oficio era la carpintería, la señora G de 41, dedicada al hogar, y sus hijos: E de 20 años, N de 19, L de 18 y A de 13. En la misma casa vivían los padres, con el primero y el último de sus hijos y temporalmente la segunda de sus hijas con su esposo, ya que acababa de nacer su bebé.

#### Familiograma.



<sup>10</sup> Los nombres se escriben sólo con las iniciales para cuidar el anonimato de los consultantes.

En la llamada telefónica, la señora G mencionó que el motivo de consulta era la conducta de A, la cual describió como de agresión y chantajes basados en su enfermedad (epilepsia sin confirmar). En la primera sesión asistieron la señora G, N y A. En las subsecuentes sólo asistieron la señora G y A.

### *Estructura de la familia*

La familia se mostró como un sistema donde los límites entre los subsistemas parecían difusos, tanto la madre como las hijas pasaban de su propio subsistema al de la otra con regularidad. La madre, que además tenía la jerarquía y ejercía la autoridad, mostraba un sobreinvolucramiento con sus hijas; por ejemplo, cuando N tuvo a su hija, la madre quiso que N se fuera a vivir junto con su esposo a su casa para ayudarle en los cuidados de la recién nacida, y aunque N decía que ya se quería ir, los padres no se lo permitían hasta que la bebé fuera bautizada. Otro ejemplo de este sobreinvolucramiento se observó con relación a A, ya que la madre decía que siempre “andaban pegadas” y que “para todos lados jalaban juntas”. La señora decía que a pesar de que a veces A no quería acompañarla, ella la convenía; asimismo insistía en que A le contara sus cosas. De esta manera el proceso de independencia tanto de N como de A, se veía restringido.

Por otra lado y de manera recursiva la conducta de las hijas era la de asumir las peticiones de la madre y seguir sus indicaciones, con lo que se reforzaba el círculo de involucración entre subsistemas. Asimismo en la familia existía una alianza donde estaban integradas todas las mujeres de la familia, la señora G, L, N y A: les gustaba mucho salir juntas, platicar; para A, estar con sus hermanas jugando como si fueran “chiquitas”, la hacía muy feliz; sin embargo, por otro lado, la entristecía el hecho de que ya estuvieran casadas y que hicieran su propia vida. Por su parte a N y L, también les gustaba mucho estar con su madre y su hermana A, y pasar tiempo juntas. La necesidad de cercanía parecía reforzar la mutua sobreinvolucración.

En general se percibía a la familia amalgamada y con cierta rigidez para que los miembros de la misma, en particular, las que formaban parte de la alianza, se desligaran y pusieran

límites claros en su subsistema, ya que tanto el padre como el hermano se mostraban periféricos.

### *Hipótesis*

La hipótesis que surgió en un primer momento fue que la conducta agresiva y chantajista de A podría estar vinculada a varios factores, uno de ellos sería la fase del ciclo vital donde se encontraba, la adolescencia, donde se muestran como características la búsqueda de independencia, el egocentrismo y la oposición a la autoridad, entre otras. Otro factor sumado a éste sería su enfermedad (no completamente diagnosticada) la cual podía otorgar la justificación para desafiar las reglas de casa, a lo que la familia respondía con cuidados, preocupación, límites difusos y reglas poco claras, donde no se especificaban las consecuencias por transgredirlas. Este círculo recursivo es una posible explicación de la función del síntoma que presenta A en su contexto familiar. Es decir, a partir de esta conducta, A podía estar buscando autonomía en un sistema con límites difusos y reglas poco claras, con lo cual la madre y el resto de la familia reaccionaban con cuidado y sobreprotección. Dadas las pautas rígidas es posible que, ante los esfuerzos de la hija por independizarse, el sistema respondiera con una tendencia mayor a la homeostasis.

Dicho caso se trabajó principalmente, bajo el Modelo de Terapia Breve enfocado en problemas (ver pág. 50). Recordando los fundamentos de este modelo, el objetivo es que el consultante y la familia en general puedan comportarse de diferente manera y que de este modo los síntomas desaparezcan y se obtengan resultados concretos.

### *Definición del Problema*

El problema, según Wittezaele y García (1994), se diferencia de las dificultades cotidianas en que éstas se presentan ante cualquier persona y se superan con acciones que regularmente son de sentido común, pero cuando la solución se utiliza de manera inadecuada puede agravarse creando un problema, es decir, una dificultad que se presenta

una y otra vez. De esta forma el problema se refiere a situaciones al parecer insolubles, crisis y callejones sin salida creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades.

Ya que la información que interesa obtener se refiere a las dificultades por las que está atravesando la persona en el presente, en un inicio, después de haber establecido un buen acercamiento, se hicieron preguntas buscando definir el problema. Resulta importante mencionar la atención puesta en el acercamiento ya que la relación terapeuta-paciente es de suma importancia porque favorece el nivel de participación de éste último en el proceso terapéutico.

El problema mencionado por la madre y por la misma A, se definió como la conducta de A de salirse sin permiso, no avisar y presentar conductas chantajistas como decir que se va a ir de la casa si no hacen lo que ella quiere; incluso en un caso extremo llegó a tomar pastillas. Ella dijo que no pensaba que se iba a morir y que ahora se daba cuenta que cometió un error. En palabras de A, ella mencionó que no sabía por qué era así, que a veces ella misma se decía “qué te pasa”, que sabía que estaba mal, que intentaba cambiar pero a veces no podía. En ocasiones se decía a sí misma que nada valía la pena, que no la querían y que se miraba al espejo y se decía “estás fea”. Por otro lado A se auto definía como una joven inteligente y buena persona, que le gustaba ayudar a los demás; también pensaba que por cosas que le habían dicho otras personas, como tener una mirada penetrante, podría tener algún tipo de don, le gustaba leer sobre cosas místicas y creía en la magia.

Según Fisch, Weakland y Segal (1984), es necesario identificar al paciente y al cliente determinando quiénes son los principales interesados en el cambio. En este caso el paciente es A y los clientes serían tanto su mamá como ella, ya que ambas estaban interesadas en el cambio.

### *Soluciones intentadas*

Desde este enfoque, la solución intentada y ensayada por el paciente constituye el problema; los miembros de la familia pueden estar estancados en una determinada visión

del conflicto de la familia y se pueden enganchar en las mismas pautas reiterativas de interacción con el paciente.

Buscando las soluciones intentadas por parte de la familia, se dijo que lo que habían hecho al respecto era dar consejos y decirle a A, que no estaba bien lo que hacía y que tendría que cambiar y ser diferente. Por otro lado, lo que A había intentado hacer, era esforzarse en actuar y tener actitudes diferentes, pero no lo había conseguido.

Con base en esta información, a manera de intervención sobre las soluciones intentadas, se le pidió a la madre no dar más consejos en adelante y que su comunicación se restringiera sólo a platicar. Esta petición tuvo el objetivo de bloquear el tipo de soluciones intentadas usadas por la familia, en particular por la madre; de esta manera se pretendía interrumpir la conducta de la señora que, según la hipótesis inicial, estaba contribuyendo a la permanencia del problema.

### *Estrategia de cambio*

Como estrategia para el cambio, que fuera algo opuesto a lo que se venía intentando (tendiente a crear un cambio de 180°), y usando como base las creencias e ideas de A acerca del misticismo y la magia, se le planteó la existencia de voces que la habían tenido atrapada; se le dijo que tal vez estas voces le pudieran, en un momento dado, impedir desarrollar posibles dones que tiene. En este sentido se le dejó que en vez de intentar cambiar y ser diferente (que es también una solución intentada por ella misma) que dejara por un momento las ideas negativas con el propósito de conocerlas y de ir midiendo su fuerza sobre su propia vida.

La manera como se expone la tarea de modo convincente, tiene mucho que ver con el pensamiento y las ideas de A, como se menciona en el apartado de la explicación de este modelo, considerar la postura del paciente es sumamente importante para elaborar la estrategia de cambio y proponer la tarea.

A esta estrategia se sumó la idea de que A se encontraba dividida en dos tipos de A, una de ellas era la verdadera, la madura, inteligente, buena persona e interesada por los otros; sin embargo existía una A falsa que en ocasiones emergía y era la que tendía a hacer berrinches, chantajes y amenazaba.

Estas intervenciones derivaron del objetivo de enfocar de un modo distinto el problema tomando en cuenta la postura del paciente. De esta forma se trabajó la idea de que la A falsa quería que ella fracasara con su vida y la otra A era madura, pensaba las cosas y le gustaba reflexionar.

Esta idea tiene que ver también con una redefinición del problema, ya que hubo un cambio en la percepción del mismo; el problema ya no significaba, luchar por el poder en la familia, rebelarse a lo “correcto” o a la demanda de los padres, sino que ahora se convertía en una lucha entre ella misma, en la que también gracias a ella misma podía resultar victoriosa.

Las implicaciones de las intervenciones respecto al problema y su función dentro del sistema, se refieren a que si A dejaba de visualizar al problema como un arma de lucha de poder entre ella y sus padres, el problema perdía su función y al dejar tales conductas los padres ya no necesitaban estar detrás de ella preocupados y protegiéndola todo el tiempo. Añadido a esto, la intervención de parar los intentos de solución de la señora G, promovió también que la conducta problemática no tuviera las usuales consecuencias, que aseguraban su permanencia y recurrencia.

Como una forma de dejar la responsabilidad del cambio en A, se utilizó el lenguaje condicional, diciendo que a lo mejor ella decidiría luchar o tal vez dejarse vencer. De este modo se cuidó la capacidad de maniobra del terapeuta dejando en manos de A la posibilidad del cambio; además, de esta manera se podía trabajar en sesión la decisión por cualquiera de las dos opciones.



En la *evaluación del resultado*, como se menciona en la teoría, lo importante es la argumentación del paciente acerca de las cosas diferentes que ha podido hacer o acerca de su redefinición o cambio de óptica respecto al problema. A este respecto A mencionó que estaba más unida a su mamá, que estaba muy contenta con ella y su familia, que había aprendido a hacer las cosas bien y con buenos pensamientos para que todo saliera bien; dijo además que ya se había quitado a la A falsa de encima, que tanto le estorbaba. La señora G mencionó que efectivamente había más unión entre ellas y que se daba cuenta que había más confianza y en general estaban más tranquilas.

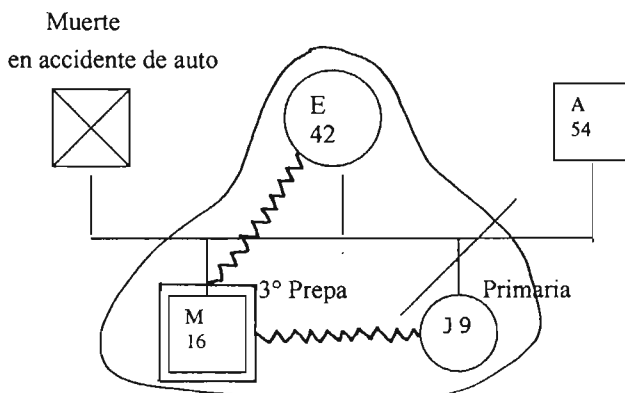
Se dio por terminada la terapia, al escuchar todos los cambios realizados y las perspectivas a futuro sin el problema. Se les dijo tanto a A como a su mamá que se les hablaría en un mes y medio para saber cómo estaban.

En la llamada de seguimiento A seguía bien, pero había ocurrido un nuevo suceso, A estaba embarazada y probablemente se iría a vivir con su novio. Finalmente se dejó abierta la posibilidad de pedir el servicio nuevamente en caso de necesitarlo.

## Familia 2

Esta familia se encontraba conformada por la señora E, su primera pareja y padre de M, quién falleció en un accidente automovilístico; A, padre de J de quien la señora E se separó, y los dos hijos de E, M de 16 años y J de 9 años.

### Familiograma



La señora E pidió el servicio de terapia familiar ya que comentó que tenía muy mala relación con su hijo M de 16 años; dijo que se la pasaban peleando y que incluso llegaban a insultarse. Las primeras sesiones asistió solamente la señora E y posteriormente asistieron también M y J.

### *Estructura Familiar*

En el sistema familiar existía una falta de definición con respecto a la jerarquía, es decir, sobre quién mandaba, quién debía obedecer y quién imponía reglas y consecuencias. En ocasiones la madre era la autoridad, pero en otras la jerarquía la tenía su hijo M. Esto se sumaba también a la presencia de límites difusos entre subsistemas, ya que la falta de reglas claras hacía que no se pudiera diferenciar el subsistema parental del fraterno.

Existía también, dentro del sistema, una coalición de la señora E y su hija J, contra M: la señora E decía que ellas estaban muy bien y se llevaban excelente, en una ocasión mencionó “suena muy feo, pero todo estaría bien, si M no estuviera”. J por su parte decía que M hacía enojar a su mamá y que a ella también la trataba mal.

Debido a la coalición antes descrita se pensó, en un primer momento, que tal vez para M estaría dificultándose el proceso de lograr un sentido de pertenencia con su familia, ya que si su madre y J estaban en coalición, él quedaba fuera. Sin embargo, posteriormente, dada la falta de límites entre el subsistema paterno y fraterno, se evidenció que a J le era muy fácil moverse de una coalición establecida con la madre contra M, a una alianza con M, contra la madre: la señora E, mencionó que a veces J y M se juntaban y que parecía que M estuviera contagiando a J de su desobediencia.

### *Hipótesis*

A manera de hipótesis, se pensó que la mala relación de la señora E con su hijo M y el consecuente enojo de ambos, podría deberse a que la señora E dejaba que M traspasara su jerarquía de madre, no poniendo límites para compensar la ausencia del padre, propiciando

así que M tuviera actitudes consideradas masculinas, como es el caso de la autoridad y la agresividad. Para la señora E, la pérdida de las figuras masculinas era una desventaja en la educación de sus hijos, en ocasiones dijo: “todo sería diferente y estaríamos mejor si viviera el padre de M”, dijo también sentirse “sobrecargada” con respecto a ser padre y madre a la vez, por lo que parecía que el cumplimiento o no, de las expectativas puestas en M y J, tenían que ver con una auto-evaluación de eficiencia como madre y padre.

La respuesta de M, hacia la falta de jerarquía de su madre, conducía a conductas de falta de respeto y agresividad hacia ella promoviendo el enojo y el rechazo de su madre, que a su vez conducían a una actitud como la siguiente: “ya no puedo con él, siempre me gana y termino haciendo lo que él me dice, ya no me importa que haga lo que quiera”. Tal situación evitaba un acercamiento mutuo: por un lado, para la señora E tal vez se estarían promoviendo actitudes masculinas importantes en su hijo y, por otro, M podía tener poder y control en la relación.

Para abordar este caso se utilizó, principalmente, el Modelo de Terapia Breve centrado en soluciones (ver pág. 55), cuyo punto central son los recursos, las fortalezas y las posibilidades de las personas. Bajo este enfoque son las soluciones, en vez de los problemas, las que reciben una atención primordial. En esta terapia se promueve cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problemática, dando a los clientes la libertad para hacer cosas diferentes que tengan más probabilidades de resolver el problema.

#### *Breve descripción del problema*

La señora E describió su situación como desesperante ya que dijo que M era grosero, desobediente con las tareas y responsabilidades del hogar que ella le encomendaba, y que tendía a ser afeminado, vanidoso y presuntuoso. La información acerca del problema bajo este enfoque, se utiliza sólo para posteriormente pasar a buscar los recursos y soluciones con las que el cliente cuenta; sin embargo, es importante, primero, comprender lo que pasa en el sistema.

### *Búsqueda y ampliación de las excepciones al problema*

Aquí la información que se busca son datos acerca de qué es lo que funciona o es útil en casos concretos. Se nombran excepciones a las ocasiones o situaciones en las que el problema simplemente no ocurre.

El objetivo es desenterrar las soluciones examinando las diferencias entre las ocasiones en que se ha producido el problema y las ocasiones en que no, dirigiendo la atención de las personas hacia lo que ya funciona.

Las excepciones se buscan y amplían con la ayuda del lenguaje buscando producir cambios en la percepción y en la conducta. Las presuposiciones son formas de hablar que se pueden utilizar para introducir en la sesión ideas o expectativas de cambio. Cuando el terapeuta habla da constantemente claves a los clientes, tanto sutiles, como obvias, respecto a cómo se les ve y a las perspectivas de cambio. Las preguntas presuposicionales sirven para influir sobre las percepciones de los clientes dirigiéndolos hacia las soluciones.

Considerando que la señora E mencionó que sí existían ocasiones en las que tanto ella como M estaban tranquilos y no había discusiones, surgieron preguntas para ampliar la excepción, como por ejemplo: “¿qué haces para que eso suceda?”, “¿qué haces diferente cuando están bien?”, “¿cómo lo lograste?”. En este tipo de preguntas se está asumiendo que ella hace algo para que no se presente el problema, la idea es seguir haciendo lo que ya, en efecto, funciona.

En el caso de la señora E, en un principio, las excepciones fueron de tipo espontáneo, esto es, eventos o conductas en las que ella no atribuía a sí misma ninguna responsabilidad para que se presentaran. Al introducir preguntas sobre excepciones, dijo que tal vez sí estuviera haciendo algo pero que no se daba cuenta de ello; se le pidió ayuda a su hija J, preguntándole qué veía ella diferente en su mamá cuando no había discusiones y las cosas iban bien, J dijo que su mamá estaba calmada, tranquila y no gritaba.

Posteriormente, al referir cambios positivos e importantes en su relación, basados en un accidente donde M se cortó la mano haciendo una maqueta y no podía hacer actividades en la casa, la señora E dijo que algo que había hecho para estar bien con su hijo M, era no molestarlo ni insistir con el quehacer que le tocaba en la casa (no lo podía hacer por el accidente de la mano), mencionó que además había tenido calma y que cuando algo la molestaba lo decía una sola vez y se quedaba callada. M dijo que lo que había hecho él era escuchar, aceptar, tener paciencia, tolerancia y delicadeza para decir las cosas.

Con base a estas respuestas y a lo que dice el modelo acerca de hacer más de lo que sí funciona, se pensó que tanto madre como hijo debían seguir por esa forma que les había dado resultado para no discutir tanto. Fue a raíz de este evento accidental que hubo un movimiento en el sistema, se interrumpieron las inútiles demandas de la madre y por consecuencia el enojo, ocasionando que M fuera menos agresivo y altanero, por lo que su madre se mostraba más tranquila con él.

Asimismo, se pensó que una vez que la relación entre ellos mejorara, la cooperación de M en la casa se daría como consecuencia al ya no significar una exigencia y obligación sino como una ayuda a su madre. Si M sentía menos rechazo y enojo por parte de su madre, entonces él tomaría una actitud de acercamiento diferente hacia ella, lo que ocasionaría que ella pudiera responder de igual forma a esa cercanía. Finalmente, se pensó que al ya no producirse una relación de imposición entre ambos, la señora E podría adoptar una nueva forma de autoridad más efectiva, es decir, una manera flexible de actuar y negociar, promoviendo a su vez que M fuera desarrollando las características de un hombre responsable.

Con la conciencia que surgió, a través de las preguntas sobre excepciones, acerca de lo que cada uno hacía para que su relación estuviera mejor, pudieron asumir la responsabilidad de sus acciones y las consecuencias que éstas tenían en su relación.

El cambio en la relación, fomentado por la toma de conciencia acerca de las actitudes y acciones de cada uno que ayudaban a la relación, hizo que la señora E reconociera su

responsabilidad en el mantenimiento de las conductas agresivas de M, y M a su vez pudo identificar en estos cambios que al ya no haber enojo ni rechazo por parte de su madre, la rivalidad disminuía así como la lucha por la jerarquía, lo que ocasionaba recursivamente que él dejara las actitudes agresivas, con lo cual la señora E se mantenía mucho más tranquila y menos a la defensiva.

También la utilización de los tiempos verbales en las preguntas presuposicionales tiene un papel importante en la creación de un contexto en el que se produzca el cambio. Un ejemplo son las preguntas que se les hizo tanto a la Sra. E como a M: “¿si siguen haciendo ésto que va a pasar con ustedes?”, “¿cómo van a ser las siguientes conversaciones entre ustedes?”. Estas preguntas crean una realidad en la que el problema está en el pasado y existen posibilidades para el presente y el futuro.

Ante estas preguntas la señora E contestó que iba a mejorar la relación, que ella iba a estar mejor, que iba a haber más comunicación y más armonía; por su parte M dijo que teniendo calma las cosas iban a mejorar y las conversaciones iban a ser más tranquilas.

### *Definición de objetivos*

Según el modelo, es responsabilidad de los clientes decir qué cambios quieren que ocurran; en este sentido el terapeuta debe asegurarse de que los objetivos sean alcanzables y lo suficientemente concretos para saber cuándo se han alcanzado. Además, tienen que ser concretos y de ser posible referirse a cosas observables, cosas que las personas dicen o hacen. Por ejemplo se preguntó “¿qué tendría que pasar para que vieran que las cosas van bien?”; a esta pregunta J contestó que su mamá y su hermano, no pelearan, no se enojaran ni gritaran.

### *Normalizar y despatologizar*

Una de las herramientas que propone el modelo y que se utilizó en el presente caso fue considerar la situación problemática como algo normal y cotidiano en vez de algo psicológico y patológico. Se le preguntó a la señora E cerca de que si lo que hacía M, como

no querer hacer labores del hogar, querer vestir bien, preocuparse por su arreglo personal, por ejemplo, era diferente a lo que hacían otros adolescentes, a lo que la señora E contestó que no y que incluso pensaba que había otros casos peores, porque por lo menos M era un excelente estudiante.

### *Elogios*

Con base a los postulados del modelo, es importante aprovechar cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas de las personas; cuando se oye que el cliente está haciendo algo positivo o promueve soluciones se le felicita por ello; el proporcionar retroalimentación a los clientes les señala que ya están haciendo algo para empezar a resolver el problema.

En el caso de la señora E y su hijo se les mencionó que se les felicitaba porque se veía que habían hecho un gran esfuerzo, que habían modificado prioridades y que parecía que habían establecido como primera opción su relación.

### *Escala numérica*

En este enfoque existe la llamada escala numérica, que se refiere a preguntas sobre la posición que ocupa una conducta, en una escala. Las preguntas en esta intervención permiten, entre otras cosas, explorar la medida en que se cree en la posibilidad de cambio.

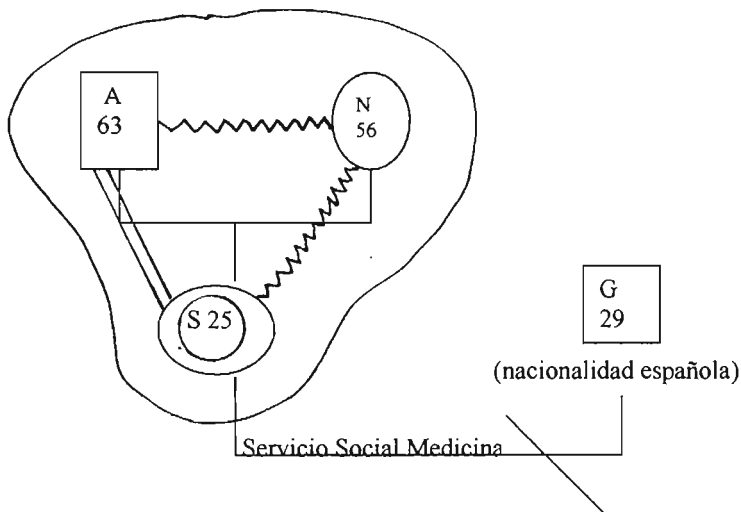
Se le preguntó a la señora E que, situándose en una escala de 0 a 10 (donde 0 sería estar como llegó, cuando la relación estaba muy mal y 10 como la situación ideal), en dónde se pondría ella. La Sra. E dijo estar en un 6 o 7 pensando en estas calificaciones como malas, sin embargo el equipo terapéutico le dijo que era un proceso y que tomando en cuenta que se partió del 0, el número 7 indicaba muchos puntos de avance.

La familia dejó de asistir por problemas de salud de la señora E, sin embargo en la llamada de seguimiento ella mencionó que las cosas iban bien, pero que aún así, posteriormente quería regresar a retomar la terapia.

### Familia 3

Esta familia estaba constituida por el señor A de 63 años, la señora N de 56 y su hija S de 25 años. A las sesiones sólo asistieron los padres, excepto una sesión donde S pudo pedir permiso en su servicio social y acompañó a sus padres.

#### Familiograma



La señora N es quien pidió el servicio de terapia, ya que comentó que se llevaba muy mal con su hija S: señaló que se la pasaban peleando y S era muy grosera con ella.

#### Estructura familiar

Dentro del sistema familiar, era el padre quien tenía la jerarquía en la familia. El subsistema conyugal se mostraba dividido por una coalición del padre con la hija, contra la madre. Del conflicto resultante entre madre e hija, la madre opinaba que su esposo tenía que hablar con



ella en vez de tratar a ambas como “niñas” peleadas, que tenía que estar de su lado para ayudar a S. Esta última sobrepasaba la autoridad de su madre escudada en la protección del padre, situación que las mantenía enojada una con la otra y con mucho distanciamiento.

Los límites se mostraban difusos entre los subsistemas, esto se evidenciaba con el sobreinvolucramiento de S con su padre y viceversa. Además de esto S participaba en los conflictos propios de sus padres: decía que no iba a dejar solo a su papá y que ella era como su confidente, por lo que ambos se necesitaban.

Dada esta estructura familiar se estaba impidiendo el proceso de independencia de S, y se interrumpía el paso a la etapa de ciclo vital de nido vacío que parecía estar próxima.

### *Hipótesis*

Se pensó, como hipótesis, que tal vez ambos padres se encontraban protegiendo a S; el señor A la nombraba nena y la señora N la trataba como una niña pequeña. Se argumentó que esto podría estar vinculado a que a los padres se les dificultaba enfrentar el crecimiento y madurez de S teniéndose que enfrentar tal vez a la salida de ella de la casa paterna. S, por su parte, tal vez estaba ayudando a sus padres en esta labor tomando actitudes y conductas sobre las cuales los padres tenían que intervenir regañando, disciplinando y preocupándose por ellas, para de esta manera ayudarlos a mantener el equilibrio familiar y que no tuvieran que pasar a la etapa de ciclo vital de nido vacío, donde los hijos se han independizado y los padres enfrentan nuevas tareas como pareja y padres.

### *Breve descripción del problema*

Para este caso se utilizaron varias de las estrategias del Modelo de Terapia Breve centrado en soluciones (ver pág 55). En un primer momento, buscando conocer el problema, se preguntó acerca del mismo; sin embargo las respuestas por parte del señor A eran sumamente vagas, por lo que fue importante definir qué era específicamente lo que se deseaba trabajar; para este propósito se le preguntó a la señora qué consideraba como

problema. La señora fue un poco más concreta y mencionó: “esa niña es muy grosera, parece que toda la casa es de ella, todo esculca, dispone de las cosas como si fueran suyas, es decir, las mueve de lugar o simplemente si no le gustan las tira, y no ayuda en la casa con el quehacer”.

### *Definición de objetivos*

Otra forma de concretar los objetivos y el cambio deseado, fue preguntar “¿qué tendría que pasar para que se dieran cuenta de que las cosas van mejorando?”. Esta pregunta ayuda a poner en acciones específicas el cambio. A esta pregunta la señora N dijo que S participara haciendo quehacer de la casa, ayudándole a hacer la comida cuando ella estuviera ocupada, recogiendo su recámara, recogiendo el plato o vaso dónde comía, principalmente.

Para el señor A, la señora N exageraba y comentó que si ella fuera diferente con S las cosas mejorarían, por su parte la señora N pensaba que los que tenían que cambiar eran su esposo y S, ya que dijo que él la consentía demasiado. Como dice Horrocks (1996), un problema de la vida familiar estriba en que los padres perciben la misma situación de manera distinta, un padre puede desarrollar ciertas ideas y expectativas diferentes a las de su pareja acerca de los hijos.

### *Búsqueda y ampliación de las excepciones al problema*

Las excepciones, como menciona Selekman (1996), toman la forma de pensamientos creencias, sentimientos y pautas útiles de conducta que ayudan al paciente a librarse de lo que le ocasiona conflicto. Las excepciones ampliadas sirven de bloques para construir la solución.

En este caso, la señora N mencionó que sorprendentemente habían estado muy tranquilos y que se admiró por la conducta de S. Para determinar la excepción se le preguntó a la señora N “¿qué piensa que habrá sido diferente?”, ella dijo que su esposo habló con S; este tipo de excepción se define como espontánea, es decir, la señora atribuyó a circunstancias ajenas a

ella el cambio en la familia. Asimismo a la pregunta “¿qué cree que tiene que seguir haciendo usted para que los cambios persistan?”, ella dice que tendría que sentir el apoyo de parte de su esposo.

Aún cuando parecía que lo que pedía la señora N era que su hija hiciera cosas en la casa, las excepciones de las cuales habló estaban referidas al comportamiento de su esposo, tal era el caso de la ayuda y el apoyo. Por este motivo se pensó que habría que ampliar la excepción con relación a los posibles acuerdos a los que llegaban entre ellos, en lugar de la relación con su hija.

En la sesión a la que asistió S, también se buscaron y ampliaron excepciones; además de otras preguntas, se le preguntó “¿qué estás haciendo para que las cosas sean diferentes?”. Ella mencionó que lo que hacía era mantenerse tranquila, y que ésto lo conseguía estando sola y reflexionando.

En el caso de la señora N, se dificultaba generar la conciencia de que también ella estaba haciendo algo para producir el cambio, sin embargo también mencionó que había estado más tranquila. Dado que la tranquilidad parecía ser un elemento importante para la familia se utilizó la intervención de la *tarea sorpresa*. Se les pidió que idearan algo para sorprender al otro a favor de la tranquilidad.

La tarea (no se realizó) tenía el objetivo de introducir un elemento nuevo, que la familia fijara su atención en nuevas conductas y cambiar el contexto de las dificultades.

Por la dificultad que mostraba la señora de resaltar qué era lo que ella hacía para que las cosas fueran mejor, se le preguntó a su esposo desde su punto de vista, qué era lo que su esposa hacía diferente cuando estaban bien y viceversa. El señor A dijo que la señora N tendía a tener una actitud positiva con S, refiriéndose a ser más paciente y tolerante, por su parte la señora dijo que su esposo la apoyaba y que esto se notaba porque la escuchaba, le prestaba atención, le decía que la quería y que estaba de acuerdo con ella.

De acuerdo a estas excepciones al problema, se dio un cambio en el sistema, una interacción diferente. La señora N, al percibir el apoyo de su pareja, a su vez se comportaba de manera más indulgente con S, sin tanto enojo y esta última como consecuencia de estos cambios también reaccionaba menos irrespetuosa con respecto a sus padres.

### *Pregunta del Milagro*

La pregunta del milagro está ideada, según Selekman (1996), con el fin de desplazar rápidamente a las personas a una realidad futura exenta de problemas; además es útil para determinar objetivos de tratamiento y para obtener una descripción detallada de lo que sería el resultado ideal una vez solucionado su problema.

A la familia se les dijo que imaginaran que por la noche mientras dormían, sucediera un milagro; si todo estuviera bien y los conflictos hubieran desaparecido qué sería lo que pasaría en ese día, despertarían y qué sería lo diferente, qué estaría pasando. S mencionó que habría mayor comunicación, que se comunicaría con su mamá como lo hace con su papá; la señora dijo que sería un día sin resentimiento con amor, con caricias y sin respuestas agresivas, el señor estuvo de acuerdo.

### *Normalizar y despatologizar*

En la idea de normalizar la situación problemática de la familia se les mencionó que aún en las familias más amorosas había conflictos, que más tenían que ver con la forma en que se solucionaban que con el conflicto mismo. La señora estuvo de acuerdo y comentó que eso era muy cierto y que lo importante es que ellos mismos quisieran que las cosas estuvieran mejor.

Después de dos meses de no ver a la familia, por diferentes circunstancias, cuando se volvió a la sesión clínica, la señora comentó que S estaba más participativa. La señora dijo que su esposo había cooperado mucho, él por su parte comentó que a todo esto lo que subyacía era la unión familiar, dijo que hubo unión y acercamiento de parte de los dos, que se daba cuenta de que había muchas cosas que los unían; la señora N mencionó que todavía

tenían diferentes puntos de vista, pero la diferencia era que ahora su esposo la escuchaba más, por su parte el señor comentó que su esposa se portaba más flexible en su postura con respecto a S.

A la pregunta sobre qué tendrían que hacer para que estos cambios continuaran, el señor dijo que si hacían el esfuerzo iban a seguir así y que S también debía estar conciente del cambio. A la pregunta sobre qué impacto estaría teniendo S con estos cambios, en particular, de ver a la pareja más unida, pensaron que S estaba viendo a su mamá más tranquila, y que seguramente sentía que la relación estaba mejorando, la señora dijo que antes S era grosera y ahora cuando dice algo en su contra después llegaba y pedía disculpas. Además añadieron, con base en las preguntas, que la unión entre ellos estaría ayudando a S a madurar y a que en algún momento, cuando decidiera hacer su vida en otro lado (S tenía planes para viajar al extranjero) se podría ir mucho más tranquila y no con pleitos, ni posibles resentimientos y culpas.

### *Elogios*

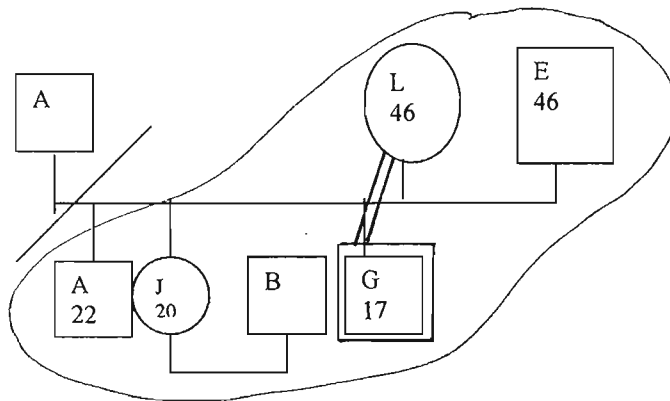
Durante las sesiones se hicieron comentarios de retroalimentación positiva a la familia por lo que venían haciendo. Como ejemplo se mencionó que hacia el final de las sesiones, se les dijo que el equipo y la terapeuta los felicitaba por haber encontrado sus propios recursos para afrontar situaciones difíciles y que se veían como un equipo de papás fortalecidos. Se les dijo también que tomando en cuenta que habían pasado dos meses en que no habían asistido a terapia y habían encontrado por sus propios méritos formas de solución y fortalezas para unirse y hacer las cosas de común acuerdo, el equipo consideraba dar por terminado el proceso de terapia, ya que además los veía muy comprometidos en el mantenimiento de los cambios, convencidos y fortalecidos. Se les reconoció también que en la sesión hubo más tolerancia a lo que decía el otro, más escucha y oídos más abiertos.

La pareja estuvo de acuerdo con el cierre de las sesiones y se les dejó abierta la posibilidad de regresar. Se hizo un seguimiento vía telefónica donde el señor mencionó que seguían bien y que agradecían la atención de la llamada.

#### Familia 4

La familia estaba conformada por el señor E, la señora L y los hijos de la señora L, A de 22 años, J de 20 y G de 17. J estaba casada con B y la pareja vivía con la familia de ella.

#### Familiograma



La señora L pidió el servicio ya que dijo tener la sospecha de que su hijo G estuviera consumiendo drogas; además dijo que no seguía reglas en casa. A las sesiones asistió la señora L (G se negaba a asistir) y algunas ocasiones fue acompañada por su hija J.

#### Estructura familiar

El sistema familiar denotaba poca flexibilidad en cuanto al paso de una etapa de ciclo vital a otra, las reglas establecidas con anterioridad no eran renegociadas fácilmente, en particular, por la madre. Esta última presentaba sobreinvolucración para con sus hijos, en este caso, en especial con G con el cual le estaba constando trabajo aceptar el desligamiento propio de la edad.

El señor E, la pareja de L, se mantenía al margen a menos que fuera L quien le pidiera intervenir con G, debido a que éste no era su padre biológico; sin embargo el señor E representaba autoridad en la casa y se hacía obedecer por G.

El conflicto principalmente residía en el proceso de independencia, ya que el sistema familiar en general tendía al amalgamamiento y el que uno de sus miembros estuviera poniendo límites para desligarse, amenazaba el equilibrio familiar.

### *Hipótesis*

Como hipótesis se pensó que tal vez la señora L no había encontrado la forma de hacerse obedecer eficazmente y de poner reglas y límites a G; esto debido a la posible falta de renegociación de reglas necesaria en la etapa de adolescencia y a que probablemente la señora L estuviera temiendo al proceso de independencia de su hijo, considerándolo aún como niño. G por su lado tal vez se encontraba buscando esta dependencia, rebelándose hacia su madre y a las antiguas formas de relación y convivencia, como forma de lograr dicha meta. La rebeldía, de forma recursiva, volvía a confirmar a la señora L, la falta de responsabilidad y madurez de su hijo.

Este caso fue principalmente guiado por el Modelo de Terapia Breve enfocado en soluciones (ver pág. 55), el cual propone llevar a cabo cambios en las acciones que estimulen las potencialidades y recursos no utilizados, para aplicarse a la situación que se percibe como problemática, recordando a las personas que tienen recursos y fomentando sus fortalezas y capacidades.

### *Breve descripción del problema*

En la descripción del problema la señora L mencionó que G pasaba mucho tiempo fuera de la casa, que no avisaba cuando iba a llegar tarde, que pasaba mucho tiempo con sus amigos y que descubrió por medio de un video que vio en la computadora que ya tiene relaciones sexuales con su novia.

A partir de esta información inicial se le preguntó a la señora L “¿qué tendrías que ver para que pudieras preocuparte menos?”. Esto fue con el objetivo de ir *definiendo objetivos* de trabajo visualizados en acciones concretas y específicas. A esta pregunta la señora L respondió que tendría que pasar más tiempo en la casa, y saber que él es más consciente de las cosas; al preguntar a qué se refería con “consciente” dijo “que supiera lo que está mal y lo que le conviene”.

### *Búsqueda y ampliación de las excepciones al problema*

Al hacer preguntas referentes a las excepciones, por ejemplo “¿cuando las cosas son diferentes qué está ocurriendo?”, la señora L mencionó que G a veces estaba más calmado (refiriéndose a que no salía tanto), dijo que ella pensaba que era porque había hablado con él de diferente manera.

A partir de esta excepción de tipo voluntario, esto es, que la señora L asumió su parte de responsabilidad en el cambio, se realizaron preguntas para enfatizar esta percepción: “¿el que tú converses con él hace que tenga una actitud diferente?”, “¿G verá una diferencia en ti?”. A partir de las preguntas, la señora L dijo que el hablar con su hijo tranquilamente le ayudaba y que parecía que sí podría funcionar puesto que en ocasiones, G se comportaba como un joven responsable, por ejemplo en la escuela y en actividades de la casa.

Sin embargo, aunque en ocasiones G actuaba diferente, este cambio no era consistente porque seguía violando algunas de las reglas puestas por su madre. Por esto se siguió buscando alguna otra excepción pero que se dirigiera más a reglas y límites congruentes y consistentes. La señora L comentó que siempre que ponía una consecuencia negativa, nunca la cumplía y que más bien su actual pareja E, fue quien impuso un castigo a G, ante lo cual asumió otra actitud respecto de las reglas en casa, es decir, fue más obediente.

Una vez detectada la excepción, es decir cuando G tendía a obedecer y respetar las reglas, se continuaron haciendo preguntas presuposicionales para ampliar dicha excepción, “¿qué mensaje le estarías mandando a G con un cambio de actitud parecido al de E?” “¿de



continuar por este camino que han encontrado que va a pasar con G?” “¿qué va a pasar con tu relación con él?” “¿cómo vas a vivir el proceso de madurar con G?”, etc.

Es importante recordar que las preguntas presuposicionales, son preguntas eficaces centradas en la intervención terapéutica, que se pueden emplear para amplificar los cambios y excepciones previos al tratamiento, convencer al paciente de la inevitabilidad del cambio, descubrir el objetivo del paciente y crear con éste una realidad futura libre del problema. Asimismo las preguntas presuposicionales también pueden producir cambios significativos en las percepciones y conductas del paciente.

Además, recordando la importancia del uso de los tiempos verbales, el futuro siempre es un terreno fértil, porque se puede diseñar con las personas la clase de realidades futuras que ambicionan. Las investigaciones demuestran que los individuos capaces de imaginar un futuro promisorio en las tareas que realizan, se desempeñan mejor que aquellos que imaginan futuros fracasos; estas preguntas promueven el ensayo de nuevas soluciones y sugieren acciones alternativas (Sherman, Skov, Hervitz y Stock, 1998, en Selekman, 1996).

A estas preguntas la Sra. L contestó que tanto ella como G iban a estar mejor y que de seguir así, G iba a madurar y a ser responsable. Comentó también que ella tendría que hacer el corazón duro para que G aprendiera a seguir reglas y límites.

#### *Pregunta de escala*

La pregunta de la escala, como se mencionó anteriormente, sirve para obtener una medición cuantitativa del problema familiar antes del tratamiento y en el presente; además sirve también para medir el nivel de confianza en cuanto a la posibilidad de resolver su problema.

Al hacer la pregunta de escala, la señora L se puso una calificación de 10 porque dijo haber una gran distancia entre la forma como llegó y como estaba ahora en cuanto a tranquilidad

respecto a su hijo. Al pensar en una situación difícil que pudiera aparecer, la señora L dijo que va a calmarse a pensar las cosas, a actuar y a ser firme.

### *Elogios*

Es importante resaltar las fortalezas de las personas y enfatizar sus capacidades y posibilidades; en este sentido se le dijo a la señora L que el equipo la felicitaba por su capacidad para reflexionar lo que pasa con su hijo, y acerca de lo que le funciona en su relación con él y lo que no le funciona.

Se dieron por terminadas las sesiones a partir de los cambios reportados, dejando abierta la posibilidad de regresar en el momento que se requiriera.

Se analizaron estos cuatro casos de familias con adolescentes, con base en los Modelos de Terapia Breve. El análisis se enfocó en estos modelos ya que fueron los que predominantemente se utilizaron para el trabajo con los jóvenes y sus familias; además dicho análisis busca mostrar la aplicación de dos modelos vistos durante la Residencia y su aplicación a casos clínicos reales de manera práctica y que en algún momento beneficie a al lector interesado en el tema.

## **Análisis final**

Como dice Fishman (1990), el poder de la causalidad circular radica en que el terapeuta puede abordar cualquier parte del sistema, trabajar con tantas partes del mismo como le sea posible y con el tiempo transformar al sistema en su totalidad. Dado que un cambio, aunque sea pequeño, ocasiona que inevitablemente todos los miembros de la familia cambien, sus respectivos cambios tienden a reforzarse y mantenerse entre sí. Con la visión familiar todos los miembros de la familia son parte de la transformación, de manera que las posibilidades de mantener conductas nuevas y más productivas son muchas.

Como resultado del trabajo con las familias presentadas, se pone de relieve la importancia de que las personas asuman el control y la responsabilidad en los cambios, en las familias donde a las personas se les dificultaba asumir su actuación en las excepciones al problema, el proceso tendía a ser más lento; determinaban que el cambio o la posibilidad del mismo dependía únicamente de los otros.

Cuando esto sucedió se utilizó a los otros miembros de la familia, como ojos externos que ayudaran a evidenciar las cosas diferentes o los comportamientos distintos que se estaban haciendo.

Otra cuestión que es importante comentar es que, como se puede apreciar, hubo dos casos donde se trabajó sin necesidad de que el adolescente estuviera en todas las sesiones e inclusive que nunca asistiera. Desde la teoría y dadas las condiciones de retroalimentación y circularidad de los sistemas, se sabe que en muchas de las ocasiones, la forma en la que se comporta un padre con su hijo es factor determinante para las reacciones del mismo, en este sentido el haber trabajado con los padres fue un elemento importante para que por medio de ellos se dieran cambios a nivel familiar y directamente sobre el adolescente.

Cabe mencionar que aún cuando los Modelos de Terapia Breve son claros y específicos en el sentido de enfocarse únicamente en las acciones que la familia quiera cambiar, es importante que en situaciones de riesgo, aún cuando no sea retomada por los padres, el

terapeuta asuma una postura de experto advirtiendo y cuidando que los padres estén atentos y puedan diferenciar actitudes o conductas propias y normales de la etapa, de las que ya involucran un factor de riesgo serio.

En el primer caso dos temas de probable riesgo serían, por un lado el intento de suicidio (aunque la adolescente dijo que no se quería matar, que sólo tomó pastillas sin pensar en morir), y por el otro, el uso de la postura del paciente en cuanto a los pensamientos mágicos. Respecto al primer tema de riesgo, el terapeuta asumió una postura de experto advirtiendo de probables signos con los cuales la familia y la misma A debían estar alerta, es decir tristeza, falta de interés en las cosas que usualmente lo tiene, ideas de desesperanza, por ejemplo. Además de esto el terapeuta realizó seguimiento vía telefónica con el propósito de confirmar el mantenimiento del cambio, no sólo con lo reportado por A en la sesión de cierre sino a través del tiempo y en la cotidianeidad de su casa.

Asimismo, otro factor de posible riesgo a considerar, sería la utilización de las ideas de A acerca de la magia para la intervención; esto debido al probable reforzamiento de esas ideas. Todas las circunstancias: la conversación sostenida entre la familia y el terapeuta, la conversación entre el equipo de terapeutas observadores y el supervisor, el análisis del caso durante el espacio de tiempo al final de la sesión para posteriormente dar el mensaje del equipo a la familia, y en general todo el contexto dado en el momento, dio como resultado la idea de intervenir de esa forma; ahora al curso del tiempo y haciendo una reflexión del caso a distancia, es conveniente y enriquecedor decir que fue un posible riesgo no visto en el momento, que sin embargo para posteriores casos similares habría que considerar.

Por otro lado en el caso cuatro, el terapeuta asumió una postura de experto al tratar el tema de la drogadicción, al decir que si bien sólo era una sospecha de la madre, se tenía que tener cuidado y estar alerta a cualquier señal. Además se comentó que si se quería estar totalmente segura entonces estaba la opción del análisis clínico.

Este tipo de modelos pueden ser muy útiles en el trabajo con los adolescentes y sus padres, por una parte el Modelo de Terapia Breve enfocado a Problemas, que propone efectuar

cosas completamente diferentes, aporta al adolescente y/o a los padres una forma muy distinta, a la tal vez ya gastada y cansada, forma que tiene la familia de intentar solucionar las dificultades. Por otra parte el Modelo de Terapia Breve enfocado a Soluciones, ayuda a evidenciar la capacidad de la propia familia, que tal vez sólo se encuentra enfrentada a algo nuevo, como es la transición de un joven a la adultez. El modelo les ayuda a recordar que ya hay elementos en ellos mismos que pueden ocupar para salir de las dificultades.

Fue importante enfocar los 4 casos tomando en cuenta la etapa del ciclo vital de la familia y las características del desarrollo individual del miembro sintomático, que en todos los casos analizados fue la adolescencia, también es importante añadir que la observación de la estructura familiar aportó la comprensión de la dinámica relacional para proponer hipótesis sistémicas que orientaron el abordaje.

Como anexo a este trabajo se presenta un video editado que muestra, en el caso de familias con hijos adolescentes que presentan los problemas descritos en cada caso, la forma de abordarlos terapéuticamente desde los modelos de Terapia Breve con los que principalmente se trabajó con estas familias. Asimismo la integración de este trabajo con el análisis de la problemática adolescente fue el foco de interés que se presentará en el examen de competencias para obtener el grado de maestro.

Para finalizar es importante volver a recordar que los modelos ofrecen una línea a seguir, sin embargo es enriquecedor y conveniente para el trabajo terapéutico considerar otras herramientas de diferentes enfoques, para un proceso creativo y singular con cada familia.

## La adolescencia<sup>11</sup>

La adolescencia se caracteriza por ser un periodo de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo; es una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, los sentimientos y las sensaciones. El adolescente, para Horrocks (1996), es un ser humano cuyas reacciones básicas, deseos, e impulsos, son las de un ser humano de cualquier edad, pero que se diferencia de las personas de otras edades, principalmente por su etapa de desarrollo físico, su estatus de madurez, las cosas de la vida que considera más importantes y los problemas particulares que le presenta su medio.

Desde el punto de vista biológico la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse, por lo que al considerar los aspectos biológicos de la adolescencia hay poco margen para desacuerdos en cuanto al momento de su aparición. El desacuerdo comienza cuando se discuten aspectos menos específicamente biológicos que caracterizan a este periodo de principio a fin.

Para Ros y colaboradores (2004), el progreso tecnológico, las comunicaciones, la moda, la música, la imagen, los cambios de valores provocados por el contacto con otras culturas debidos a la migración, el turismo y los medios de comunicación son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y la juventud.

Según los mismos autores, estos hechos junto con las dificultades de los jóvenes para incorporarse al mercado de trabajo determinan que socialmente la edad adolescente se prolongue hasta los 25 años.

Para otros autores como Aguirre (1996), el periodo adolescente oscila de entre los 12-13 años hasta, aproximadamente, los 28-30 años, momento en que según este autor el individuo puede organizarse una vida independiente. Por otro lado para Horrocks (1996), la adolescencia terminaría cuando el individuo alcanza su madurez emocional y social, esto

---

<sup>11</sup> Este es el tema que se analizará para ser presentado en el examen de competencias profesionales.

es, cuando ha cumplido con la experiencia, capacidad y voluntad requeridas para escoger entre una amplia gama de actividades y asumir el papel de adulto (según la definición de adulto que se tenga en la cultura donde viva). Esto significa que no existe una edad específica para definir el término de la adolescencia en una persona, ya que son muchos los factores personales, culturales e históricos que influyen en el logro de la madurez.

La adolescencia puede variar en las diferentes sociedades y épocas, igual que varía el reconocimiento de la identidad adulta que se le da al individuo. La madurez, según Horrocks (1996), tiene que ver con actitudes constructivas y responsables que denotan autonomía e independencia, sin embargo hay que aclarar que la madurez puede ser entendida de diferentes maneras y tener amplias definiciones; los enfoques para describirla son sólo puntos de vista parciales sujetos a interpretación. En cualquier caso, cabe esperar que se alcance la edad adulta alrededor de los 30 años; por lo tanto se puede definir globalmente a la adolescencia como el periodo de la segunda y la tercera década de la vida; este periodo puede dividirse en adolescencia temprana y adolescencia tardía, siendo los aspectos del crecimiento fisiológico predominantes en la primera etapa, mientras que los aspectos sociales y psicológicos lo son en la segunda.

Según Aguirre (1996), hay individuos que nunca llegan al fin de la etapa, existen adultos que psicológicamente siguen siendo adolescentes caracterizados, en algunas ocasiones, por sentimientos de inferioridad, incapacidad de tomar decisiones, irresponsabilidad, ansiedad, parasitismo emocional, egocentrismo y narcisismo.

Esta etapa del joven normalmente es un periodo de esperanzas e ideales, de anhelos que, a menudo, están divorciados de la realidad; existe un apasionamiento por asuntos que tal vez para los adultos carezcan de importancia. Durante la adolescencia se observa que las emociones tienden a mostrar mayores variaciones que en los periodos que la preceden y la siguen; los periodos de gran entusiasmo e intentos por alcanzar grandes logros pueden estar seguidos por periodos de languidez, depresión, insatisfacción y de un auto-análisis agudo (el sentimiento sobre sí mismo oscila continuamente entre sentirse satisfecho e insatisfecho de sí mismo) (Horrocks, 1996). Al respecto Pittman (1990), comenta que durante este

periodo puede haber una cohibición intensa, una conciencia de las deficiencias personales, aún de las más leves y una preocupación constante por la posición que se ocupa entre los pares.

Aún cuando se conocen ciertos rasgos característicos de la etapa es importante reconocer la individualidad del adolescente y su contexto sociocultural específico. En ocasiones se ha abusado y se ha llegado a considerar a los adolescentes en función de estereotipos fomentados por los medios masivos de comunicación, y en menor grado, por profesionales que escriben sobre esta etapa. El peligro de estereotipar, según Horrocks (op. cit.), radica en que el adolescente sabe lo que se dice de él y puede creer que la forma que observa, es la que él debería adoptar, por lo cual podría hacer sus mejores esfuerzos por emular la imagen que sustenta la sociedad, podría conformar su comportamiento para satisfacer lo que se espera de él y en ocasiones podría llegar a convertirse en la personificación del estereotipo. Esto crea un círculo vicioso donde el adolescente trata de comportarse como los adultos sospechan que debe ser y el adulto que atestigua este comportamiento obtiene la confirmación de su estereotipo.

La adolescencia, según este mismo autor, se produce como resultado de los cambios que demandan una revisión de las relaciones con los otros y de la imagen de sí mismo. Se piensa que estos dos cambios son los que producen más estrés en el adolescente y ambos exigen bastante esfuerzo psicológico, puesto que el adolescente tiene que revisar la imagen de sí mismo y sus relaciones con los adultos.

Según Ros et.al. (2004), el adolescente se mira y se reconoce en el conocimiento que de él hacen los demás, si la familia y la sociedad acogen y consideran sus cambios, el adolescente puede recorrer este proceso con mayor tranquilidad y aceptación e incluso con orgullo y seguridad.

El ciclo de vida de la familia, según Haley (1989), esta dividido en las siguientes etapas:  
El *galanteo*, que hace referencia al periodo de la vida donde el joven aprende a galantear, donde se dan los primeros encuentros con el sexo opuesto y empieza a buscar establecer su



propia familia; el *matrimonio* es el ritual por el cual dos jóvenes establecen un compromiso para vivir juntos, algunos pueden vivir esta etapa previa al nacimiento del primer hijo, como muy dichosa y algunos como llena de dificultades. El *nacimiento de los hijos* es la etapa donde ocurre la llegada de los niños, por lo que la pareja suele desestabilizarse; para muchas de ellas es este un hermoso periodo de cumplimiento de expectativas mutuas y de actitud de bienvenida, pero para otras es un lapso de mucha tensión. El *periodo intermedio* es el tiempo donde los hijos están en edad escolar, los padres se enfrentan al gradual desarrollo y crecimiento de sus hijos y la relación entre los cónyuges ha madurado; sin embargo, muchas de las veces también es un tiempo donde la pareja puede cuestionarse la pertinencia de seguir juntos o no. La etapa siguiente referida al periodo adolescente se describirá en el párrafo siguiente para un mayor énfasis. Finalmente se encuentra la última etapa del ciclo que es el *retiro de la vida activa y la vejez*, por lo regular es el periodo de jubilación o de muerte y/o enfermedad, donde la familia enfrenta la dificultad de cuidar a la persona mayor.

Todas las etapas por las que atraviesa la familia contienen movimientos internos y externos, es la función de dicha familia adaptarse a estas constantes crisis y ser flexibles al cambio para asegurar la sobrevivencia del grupo. La etapa referente a la familia con hijos adolescentes, Haley (1989), le llama “*el destete de los padres*”; en dicha etapa el adolescente busca una desvinculación de sus progenitores para ir logrando su independencia.

Una dificultad marital que puede emerger en esta época es que los padres, ya sin el antiguo requerimiento de tiempo o atención de los hijos, se encuentren sin nada que decirse, ni motivo alguno que los una; el hijo que ha adquirido mayor independencia pudo haber sido el hijo a través del cual los padres hicieron pasar la mayor parte de su comunicación, o por el cual se sintieron más abrumados o se unieron en cuidado y protección común.

La adolescencia de un miembro de la familia, incita también a los padres a revivir las luchas y fantasías que tuvieron de adolescentes, cuestiona sus valores, disocia las pautas familiares aceptadas, torna obsoletas las reglas habituales, desafía y pone en descubierto los

roles usuales, hace añicos las metas y expectativas de los progenitores para su hijo y aumenta enormemente la tensión familiar, Pittman (1990).

La familia, para Fishman (1990), es el medio social del que emergió el adolescente, es la fuente de sus relaciones más duraderas y su primer sustento económico, es entonces, la familia la que generalmente tiene más recursos con los cuales producir cambios. El mismo autor menciona que la existencia de un adolescente con problemas en una familia, es un indicio de que hay problemas en el sistema; el joven además de verse fuertemente afectado por el contexto familiar, a su vez afecta el contexto del que forma parte. Asimismo Haley (1985), confirma esta declaración al decir que si un adolescente empieza a tener dificultades recurrentemente, cabe sospechar que algo está funcionando mal en esta etapa y que la organización familiar tiene dificultades, las cuales pueden adoptar diversas formas según la propia estructura familiar.

La familia, se ha visto, tiene mucha influencia en la forma como un adolescente va adquiriendo independencia; es importante conocer la reacción que tiene una familia al cambio evolutivo que enfrenta. Por su parte el joven por su proceso de desarrollo presenta algunas características y tareas generales a enfrentar y superar.

Dentro de los aspectos comunes que manifiestan los adolescentes, según Fishman (1990), está la *competencia social*, esta tarea incluye la construcción de nuevas estrategias para enfrentar cambios en las relaciones interpersonales y para redefinir el sentido del sí-mismo del adolescente a la luz de nuevas realidades sociales. El lugar donde se construyen esas estrategias y se redefine la propia autoimagen es la familia.

Por otro lado el *narcisismo* adolescente se caracteriza por el hecho de que se considera al joven como el centro de atención de la familia. Por ejemplo, en el caso de A (caso 1), la joven tenía mucha atención y sobreprotección, lo cual favorecía en ella una actitud de ser diferente a los otros y lo confirmaba con conductas diferentes aunque inmaduras, lo que volvía a producir preocupación y solapamiento de parte de su madre. Desprenderse del narcisismo adolescente forma parte de la maduración.

La *separación* es una tarea fundamental para todos los adolescentes, pero en muchos casos provoca enormes tensiones tanto en el adolescente como en su familia. La separación funcional requiere un alejamiento sin alineación. En el caso de S (caso 3) los padres parecían estar resistentes a la partida de su hija; como resultado se manifestaba una división entre ellos: S se mantenía en medio defendiendo a su padre de su madre; ésta última se enojaba abiertamente con S debido a una falta de respeto y de cooperación de S en la casa, la madre pedía apoyo del padre, sin embargo éste se mostraba pasivo y al no unirse a los esfuerzos de la madre brindaba una aprobación implícita a S, lo que mantenía la conducta problema. Además ambos la trataban como “niña inmadura” y ella cumplía dicha función para mantener a la familia unida a pesar de los consecuentes problemas.

En el caso de una familia con problemas pueden operar fuerzas que mantienen el statu quo de un modo perjudicial para el sistema, impidiéndole cambiar ante la aparición de presiones del desarrollo. El sistema familiar, como en el caso anterior, puede incluir fuerzas que lo mantienen en un estado estable pero que resulta ser nocivo debido a que le impide a la familia adaptarse a los cambios propios del desarrollo, Fishman (1990).

Además de esto, según Haley (1987), los problemas familiares surgen también si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, como lo es en el ejemplo anterior el caso del padre y S en contra de la madre.

Una tarea más del adolescente es la *identidad*. Para Ros et. al. (2004), el joven en la búsqueda de su identidad adulta y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño; esto puede exigirle una labor lenta, dolorosa, de duelo y de adaptación a las nuevas sensaciones y sentimientos que afectarán al cuerpo, la mente y a las relaciones con los otros.

Según Fishman (1990), la búsqueda de identidad, desde la visión de la familia como sistema, no sólo está en el adolescente sino que los demás miembros de la familia también están cambiando, y es dentro de este contexto familiar donde se realiza la búsqueda de identidad. Esto se confirma por investigaciones que indican que la madurez adolescente se

adquiere dentro del contexto de una progresiva y mutua definición de la relación padre-hijo.

En el caso de G (caso 4), en una de las sesiones, se le dijo a la madre que G estaba pasando por una etapa de transición dentro de la cual hay cambios, pero que como mamá ella también tendría que pasar por una transición para convertirse en una mamá que cuida pero a distancia, renegociando con su hijo reglas y límites de casa. Para Fishman (1990), es este proceso de negociación el que construye un sentido del sí-mismo en el adolescente; es un proceso de confirmación y respeto mutuo.

La pareja que tiene hijos adolescentes, menciona Eguiluz (2003), debe flexibilizar las normas y delegar responsabilidades en los hijos. De esta manera los jóvenes aprenden a tomar decisiones y pueden asumir la responsabilidad sobre sus asuntos. Lo idóneo es que, en la medida en que los hijos ganen autonomía, incrementen el grado de responsabilidad con el grupo familiar.

Para esta misma autora, la familia alcanza un punto clave en el momento en que los hijos logran ser autónomos e independientes; están menos tiempo en casa debido a que amplían su mundo social; además, participan cada vez menos en las actividades familiares. Haley (1985), menciona que los jóvenes entablan fuera de la familia relaciones íntimas que, con el tiempo, se vuelven para ellos más importantes que las que mantienen dentro del hogar; se produce una transición desde la familia de origen a otra nueva. En el caso citado anteriormente a la madre de G le enojaba mucho que su hijo no estuviera con la familia y que saliera con sus amigos o con su novia, la actitud de la señora L muestra lo difícil que puede ser para los padres, en especial para la madre, aceptar los cambios e irse desprendiendo física y emocionalmente de su hijo. Además denota la incongruencia de muchos padres al exigir “madurez” por parte de sus hijos pero al mismo tiempo impedirlo enviando mensajes de que todavía es un niño.

Al proceso de volverse independiente de los controles de los padres y otros adultos a favor de una autodependencia y automantenimiento, se le conoce como independencia psicológica

y se le puede considerar como un atributo y también como un problema. Una dificultad con la búsqueda de independencia, radica en la inconsistencia del proceso global; aunque el adolescente se siente persona mayor y quiere que se le trate así, todavía puede presentar hábitos infantiles. Por otro lado sus padres pueden sentir que el muchacho está madurando y que debería actuar casi como los mayores, sin embargo en ocasiones lo pueden seguir tratando como niño, como sucedió en el ejemplo anterior (Ros, et.al. 2004).

Según Aguirre (1996), la falta de una clara definición de la naturaleza de la transición de la dependencia a la independencia familiar suele traer consigo, al mismo tiempo, junto a los procesos de socialización que conducen al desarrollo moral e internalización de valores, conductas problemáticas.

El papel principal que se le exige al adolescente, siguiendo al mismo autor, se encuentra en su hogar y en su familia, cuando un niño llega a la adolescencia, el hogar ya no es la única influencia como sucedía en la infancia, pero todavía es el “apoyo indispensable” para su desarrollo emocional. La importancia del hogar como factor principal en el desarrollo de un individuo ha sido reconocida desde hace mucho tiempo por los psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos y otras personas que tratan con jóvenes y con sus padres.

Si los cambios en la personalidad del adolescente y la percepción de sí mismo como adulto se producen antes que los cambios en sus relaciones con los adultos, es muy probable que surgirán conflictos. El adulto que trata a los adolescentes como si todavía fueran niños está en desacuerdo con el concepto de sí mismo que tiene el adolescente y con su percepción de sus derechos. Cuando un adulto prevé el cambio en las relaciones adulto-adolescente, la transición resulta más sencilla y se pueden evitar conflictos.

Según Aguirre (1996), esta etapa produce un fuerte impacto en la estructura familiar, porque en la búsqueda que realiza el adolescente por lograr su identidad, termina la unidad-estabilidad mantenida por el grupo familiar durante el largo periodo infantil, y toda la dinámica familiar se modifica. Hay tanto cambios en la comunicación entre hijos y padres, como en la actitud y comportamiento mantenidos por el joven en la cotidianidad familiar. A

este respecto, Ochoa (1995) menciona que si la familia es el principal contexto en el que se desarrolla el adolescente, y este contexto cambia, cada miembro del sistema familiar, incluido el joven adolescente, podrá desplegar nuevas pautas de conducta funcionales.

Tal vez entre los cambios de conducta más característicos, se encuentren la menor unión con la familia, indiferencia frente a la vida íntima familiar, resistencia a salir con el grupo familiar, a obedecer y a que se involucren en sus asuntos personales.

En esta etapa no sólo los hijos deben independizarse de sus progenitores, sino que ambos subsistemas necesitan distanciarse entre sí para afrontar con éxito la nueva etapa de vida, (Ochoa, 1995).

Como dice Ochoa (1995), la transición de los hijos por la adolescencia supone un gran reto para todas las familias, algunas pueden responder reformulando las reglas para incluir nuevas conductas en la dinámica familiar, mientras que otras familias pueden quedarse ancladas en antiguas reglas, con la posible generación de un síntoma en torno al cual se organicen de manera que se impida a los miembros la satisfacción de las correspondientes necesidades evolutivas.

Según Fishman (1990), los patrones conductuales que pueden ser fuente de conflicto son la evitación de conflicto, la relación simétrica o complementaria, la intrincación, la rigidez y la sobreprotección.

La *evitación de conflicto* hace referencia a las familias que normalmente toman medidas que les permitan “esquivar” la confrontación, evitando reconocer el conflicto. El tipo de *relación simétrica* es la secuencia de interacciones en escalada, basadas en la competitividad; la *relación complementaria*, por otro lado, aparece como una serie de conductas recíprocamente ajustadas, en las que una persona adopta siempre una posición superior y la otra una posición siempre inferior. Un ejemplo de relación simétrica es el tipo de vínculo mantenido por la señora E y M su hijo (caso 2), los cuales en una escalada simétrica y de competencia, incluso llegaban a la agresión; se encontraban en una lucha de

iguales donde a veces la señora E ganaba la jerarquía y en otras ocasiones era M el vencedor.

Según Haley (1978), una conducta problemática es señal, como en este caso, de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder.

El patrón de *intrincación* familiar se caracteriza fundamentalmente por una extrema proximidad e intensidad en las interacciones, es decir, por unos límites insuficientemente diferenciados entre los miembros de la familia que conducen a una falta de distinciones apropiadas en las percepciones que tienen unos de otros y de sí mismos. Esta involucración extrema dificulta no sólo el proceso de formación de identidad individual y familiar, sino también el logro de una adecuada emancipación del joven con respecto a su familia de origen.

La *rigidez* se refiere a la incapacidad del sistema familiar para abandonar la estabilidad, cuando las circunstancias parecen indicar la necesidad de un cambio, y en este sentido, conduce al estancamiento del desarrollo evolutivo. La rigidez provoca que la familia se fije en antiguos patrones, que eran adecuados para etapas anteriores del ciclo, pero no para la etapa presente. Tal es el caso de G (caso 4) donde su madre recordaba con nostalgia el tiempo que pasaba con su hijo jugando y relacionándose de una determinada forma, forma que hubiera querido se quedara por más tiempo, sin embargo por el desarrollo adolescente que G estaba transitando era necesario cambiar la forma de relación por más doloroso o difícil que esto fuera.

Por su parte la *sobreprotección* se observa cuando existe una preocupación exagerada de los integrantes de la familia entre sí, lo cual impide que el adolescente desarrolle su competencia y autonomía para satisfacer las necesidades propias de su edad.

Cuando el cuidado por parte de los padres es estricto, fuera de lo común o irregular, es probable que el adolescente reaccione desfavorablemente. Esto también suele ocurrir cuando la actitud de los padres es demasiado protectora o de excesivo rechazo (Horrocks,

1996). Un caso de sobreprotección era el mantenido por la señora G para con su hija A (caso 1), los cuidados y la atención hacia ella dificultaba el desarrollo de responsabilidad, manifestada en conductas chantajistas que le daban cierto poder en la familia, con lo cual volvía a manifestarse la sobreprotección y atenciones con A que se mostraba como una joven irresponsable e inmadura.

La familia que se somete a todos los caprichos del adolescente debe ser modificada. Si cada uno de sus deseos es inmediatamente satisfecho, el adolescente no estará preparado para tolerar las inevitables frustraciones de la vida Fishman (1990). Además de esto, cuando el hijo se convierte en una fuente especial de preocupación para los padres, que intentan ayudarlo a que cambie de actitud, su inquietud siempre se centra en él y ocasiona que se vean a sí mismos como padres de un niño que los necesita. Aunque los padres por el mero hecho de serlo, se hallan en una posición superior al joven, este se sitúa por encima protegiéndolos mediante su conducta sintomática, encontrándose todos en una situación totalmente incongruente (Ochoa, 1995).

Para Horrocks (1996), la actitud paterna que más dificulta una buena relación entre el adolescente y sus padres, es el rechazo; hay varios grados de rechazo que van desde el suave hasta el severo. El rechazo ordinario es indirecto y puede aparecer como regaño insistente y críticas excesivas, impaciencia o mal humor, desencadenadas posiblemente por la falta de adaptación a los cambios que surgen en el joven. Este, por su parte, suele estar muy consciente de la situación, y cuando sus intentos por obtener el afecto han sido infructuosos puede caer en el resentimiento y manifestarse en forma de huida o agresión, lo que produce recursivamente el rechazo de sus padres.

Hay otras hipótesis para explicar el rechazo parental, entre las cuales, según Horrocks (op. cit.), se citan: el embarazo no deseado y la falta de cumplimiento de las expectativas de los padres puestas en su hijo. Además, el rechazo puede surgir cuando el adolescente se convierte en una causa de conflicto entre marido y mujer; dentro del mismo hogar puede ocurrir que el padre y la madre tengan concepciones diferentes respecto al nivel de independencia que se debe conceder a los hijos. En este caso, se puede originar en el joven



una falta de claridad en cuanto a sus responsabilidades y nuevas reglas, con la consecuente manifestación de desacuerdos entre los padres.

Un ejemplo de esta situación ocurría con S (caso 3), la cual obtenía el constante rechazo de su madre debido a que esta última pensaba que debido a S y a cómo se comportaba, tenía muchos problemas con su marido. Además, la señora N, discrepaba mucho con su esposo en relación a que tenían, en apariencia, muy distintas formas de tratar a S: el padre la consentía mucho, la defendía de la madre y pensaba que había que cuidarla y protegerla, por otro lado la señora N, la trataba como insuficiente, inmadura y exigía que ya se hiciera cargo de su vida; sin embargo aunque parecieran dos formas distintas, en el fondo el mensaje era el mismo “es una niña”. Consecuentemente S se comportaba como una joven inmadura e irresponsable, manteniéndose en esta recursividad, la problemática familiar.

Siguiendo al mismo autor, las reacciones paternas extremistas tienden a provocar efectos desafortunados sobre la conducta y el desarrollo del adolescente. Un cierto grado de indulgencia hace mucho más fácil el ajuste de un adolescente y le proporciona un sentido real de seguridad, al crear una atmósfera tolerante en la cual puede avanzar hacia la independencia personal y la emancipación gradual. Sin embargo, cuando la indulgencia se exagera, o cuando aparece la protección excesiva, las consecuencias suelen ser desafortunadas.

El adolescente necesita orientación y ayuda y la escuela y el hogar no sólo desempeñan una función de orientación sino que también protegen. La facilidad o dificultad en la adquisición de la independencia y autonomía por parte de los adolescentes, parece ser que se encuentra relacionada en gran medida con el modo de ejercer la autoridad en el hogar. Si este modo opera de manera flexible y se va adaptando a los cambios que inevitablemente llegan con cada etapa del ciclo vital, cada miembro de la familia puede ir ajustándose a los movimientos familiares y al desarrollo evolutivo individual.

Cuando se aborda el proceso del adolescente y todas sus implicaciones sociales y familiares, debe prestarse una especial atención al concepto de riesgo, entendido como

probabilidad de que ocurra algún hecho indeseable. En este sentido, Ros (et. al. 2004) define las conductas de riesgo de la siguiente manera:

Las conductas de riesgo serían aquellas actuaciones repetidas y fuera de determinados límites que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial durante la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura; sin embargo hay que entender que ciertas conductas de riesgo del adolescente son de tipo reactivo y no representan más que una manifestación de su camino hacia la autonomía y la independencia. Los adolescentes necesitan explorar los límites, cuestionar las normas, enfrentarse a sus dudas y emociones, desafiar las potencialidades de su cuerpo, y establecer nuevas formas de relación con los adultos; solamente cuando estas situaciones se repitan con excesiva frecuencia o excedan los límites de comportamiento social aceptable, según el propio sistema, se puede hablar seriamente de una conducta de riesgo.

Las situaciones más difíciles por las que puede atravesar un adolescente y que generan preocupación en los padres, según Ros (et. al. 2004), son las siguientes:

Las *variaciones en el estado de ánimo*, son frecuentes durante esta etapa, el adolescente por las características de su propia maduración, puede presentar síntomas depresivos o de ansiedad.

La *rebeldía* se describe como desorden, agresividad y problemas de conducta, en ocasiones se encuentra asociada a la exposición a situaciones de riesgo, como lo son los deportes extremos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los adolescentes en ocasiones se rebelan contra sus progenitores, porque deben hacerlo, para hacerles tomar conciencia de que es preciso modificar las reglas a medida que ellos maduran y se desarrollan. Además es importante añadir que también los jóvenes aprenden a temer a su libertad y a veces aunque no se vea a simple vista toman medidas para que les sea restringida.

Una intervención que toma en cuenta lo anteriormente mencionado fue con el caso de G (caso 4), donde se le dijo a su madre que si ella insistía en cargar todo la preocupación y el miedo, seguramente G no tendría nada de temor y más aún tal vez le quisiera demostrar a

ella que no había por qué tenerlo, en este sentido, se le propuso descargarse un poco de ese miedo y dejar que G cargara lo que le correspondía, de esta forma tal vez G iría aprendiendo a manejar su libertad con moderación.

Respecto a la *experimentación y el consumo habitual de sustancias tóxicas*, es adecuado responder con cautela y diferenciar el uso casual o experimental de una sustancia, de uno habitual y sostenido, si este último es el caso es importante la referencia a una atención especializada. En el mismo caso de G, ante la sospecha de la madre sobre el consumo de alguna sustancia de su hijo, se mencionó la oportunidad de hacer algún examen médico para confirmar o desechar la sospecha, además de siempre mantenerse alerta a posibles señales ya fueran físicas y/o emocionales.

Los *problemas escolares* representan otro motivo importante de preocupación por parte de los padres y profesores, es importante considerar entre las posibles influencias, la falta de una motivación académica o posibles distractores propios de la etapa. Regularmente, para los padres, la forma en la que el joven se conduce en el área académica, es un aviso sobre la estabilidad emocional de sus hijos; sin embargo, habría que diferenciar y explorar si se trata de distracción pasajera propia de la edad o si existe una problemática de fondo que trabajar en terapia.

El afecto materno y paterno, los límites definidos con claridad y el tratamiento respetuoso, tienden a proteger al adolescente de los posibles riesgos a los que se tenga que enfrentar. Según Horrocks (1996), se debe intentar entender y aceptar al adolescente como persona, se le debe permitir tanta independencia como se pueda aceptar sin prejuicio ni riesgos, y es conveniente que en su hogar encuentre aceptación y estabilidad emocional.

En necesario hacer énfasis en que los extremos de la conducta o la actitud de los padres, pueden ser muy peligrosos, es importante promover la independencia pero también existe el peligro de que un chico o chica se sienta forzado a enfrentar responsabilidades para las que aún no se sienta listo. La independencia no puede lograrse de la noche a la mañana y en este sentido la tarea de los padres sería acompañar a sus hijos en un proceso gradual en el

tiempo, con el fin de que el adolescente no pierda su sentido de seguridad y sienta que puede ser respaldado por sus padres sin ser protegido ni controlado en exceso.

Los progenitores, dice Pittman (1990), son quienes deben mantener la visión general de la naturaleza temporaria de todo el proceso adolescente; los adolescentes lo ven todo como algo permanente y si sus padres hacen lo mismo, nadie tiene una perspectiva global. Además si los padres comienzan a ver los cambios como permanentes, pueden empezar a ver a su hijo peligrosamente imperfecto, y empezará la batalla con él tratando de controlarlo provocando así una rebelión en el joven.

Un adolescente cuyos padres le han ayudado a lograr la independencia y autoseguridad durante el periodo de la adolescencia, tiene una mejor oportunidad para funcionar como individuo maduro. En este sentido el hogar es el punto central del adolescente donde se le transmite e interpreta su cultura, donde se afecta y moldea su personalidad y donde se le puede ofrecer afecto y seguridad (Horrocks, 1996).

Tratar al adolescente con problemas en forma individual sin una visión contextual, únicamente en términos de una etapa del desarrollo sujeta a una diversidad de problemas predecibles. El abordaje sistémico favorece una visión amplia donde se integra por un lado, la información propia del desarrollo evolutivo individual por el cual transita el adolescente, y por el otro, el marco familiar y relacional en el que se encuentran inmersos todos los miembros de la familia al entrar a esta etapa del ciclo vital.

### *Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas*

El sistema terapéutico total es de suma importancia para el trabajo clínico con familias, ya que es un espacio de integración teórico-técnico en el que se deciden las modalidades de intervención más adecuadas según las conversaciones que se generen dentro de este espacio (Troya y Auron, 1988).

De acuerdo a estas mismas autoras el sistema terapéutico total tiene diferentes subsistemas:

- \*sistema familiar + terapeuta = sistema terapéutico
- \*equipo de supervisandos + supervisor = sistema de supervisión
- \*sistema de supervisión + terapeuta = sistema de terapeutas
- \*sistema terapéutico + sistema de supervisión = sistema terapéutico total

Estos subsistemas tienen sentido y funciones diferenciadas en la medida en que realizan tareas diferentes en su interacción, un trabajo armonioso de todo este conjunto favorece que las sesiones de terapia sean fructíferas y beneficiosas para quienes las solicitan.

El trabajo de terapia dentro de la clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, en el primer período semestral, se distribuyó de la siguiente manera: cinco observadores de primer semestre, de entre los cuales formé parte, cinco compañeros de tercer semestre que se encontraban trabajando con las familias y dos supervisoras. Los observadores permanecimos detrás del espejo durante este tiempo; aún cuando en un principio se manejó que sólo íbamos a observar, a medida que nos fuimos integrando al equipo, las supervisoras nos instaron a participar y a dar nuestras opiniones; de esta forma nos integramos al sistema de supervisión.

La experiencia de estar en un equipo de tal naturaleza, tras el espejo, resultó ser muy interesante y emocionante a la vez, me introdujo al escenario de la Terapia Familiar, sin ser yo precisamente la que estuviera enfrente de una persona o familia; para alguien que no conoce esta modalidad de trabajo terapéutico, la posición de observador ofrece un primer acercamiento.

El trabajo del terapeuta responsable de la familia es un espejo en el que uno como observador se puede mirar, reflejarse en él y entonces pensar en esa familia como si fuera propia, pensando qué estaría yo preguntando, qué hipótesis me generaría, qué retroalimentación le podría dar, etc. Me parece que estar en una situación detrás del espejo permite una forma más libre y aventurada de generar ideas acerca de lo que está sucediendo en la sesión.

La importancia del observador radica, como lo mencionan Galicia y Eguiluz (1998), en que es el observador quien genera las distinciones de lo que llama realidad, lo que implica que un fenómeno, por ejemplo un problema, puede describirse y comprenderse de diferentes maneras. Es decir que existen muchos significados posibles que constituyen el mundo, cada persona hace una descripción distinta a la otra, por lo que cada descripción es igual de importante que las demás. En el equipo hay tantas descripciones de lo que se ve, como personas hay, y en ese sentido me queda claro que es importante para el terapeuta y para los miembros del equipo tener una apertura a las diferentes descripciones, al mismo tiempo que tener cuidado de no asumir la propia como la verdadera y única posible.

El trabajo que los supervisores hacen en este contexto es muy valioso, pues ellos son los mediadores del sistema, como su nombre lo indica, se encuentran en una posición desde arriba (súper-visión), y este “arriba” alude en parte a la jerarquía que marca la experiencia y también a la visión que se obtiene desde un plano diferente y más abarcativo que permite la diferenciación (Troya y Auron, 1988). Haber escuchado a partir de sus voces y sus ideas de intervención toda una trayectoria de experiencia en terapia, resultó muy gratificante, en mi caso, por haber practicado el pensamiento tradicional durante casi toda mi vida, las ideas lineales me surgen rápidamente y las ideas que planteaban las supervisoras a partir de un punto de vista circular, me ayudaron a ampliar más mi visión y a empezar a desarrollarla en la situación clínica.

Cada terapeuta tiene su propio sistema de constructos acerca de la familia, de la terapia familiar y de su propio papel y desempeño profesional; en el sistema terapéutico constituido por el sistema familiar y el terapeuta surgen ideas e interpretaciones que al momento de distinguirlos de los que surgen atrás del espejo, son, ya sea cuestionados (en

un sentido positivo y siempre en beneficio del cliente), ampliados, redefinidos o aceptados. En este sentido, me di cuenta que el trabajo del terapeuta se ve afectado en las ocasiones en que no está totalmente abierto a las alternativas propuestas por el equipo o hay aspectos personales que interfieren y contaminan los comentarios que surgen. Esto limita el fluir del trabajo conjunto de los sistemas que incluyen al sistema terapéutico total que finalmente se ve bloqueado. Por otro lado percibí que cuando el terapeuta está abierto a los comentarios, evalúa los suyos propios y no se da por sentada una única verdad sino lo más conveniente para el caso o la familia según el consenso, el trabajo en conjunto es más fluido y esto también se ve reflejado en las emociones que surgen al trabajar en un estado de armonía interpersonal en el sistema terapéutico total.

Por otro lado tal como comenta Robles (2004), en otras ocasiones, el ambiente que se crea en los espacios de supervisión, logra que los supervisados estén más preocupados acerca de lo que pasará en la supervisión o en realizar, en las sesiones de terapia, lo que “se cree” que es adecuado según la orientación terapéutica del supervisor. Esto provoca que el terapeuta termine por bloquearse y no saber lo que se debe realizar en las sesiones, o bien por reprimir la creatividad y el proceso de generación de ideas en el espacio de supervisión.

Los terapeutas también son susceptibles de bloquearse frente a determinados sistemas, interacciones, personas o situaciones. Me parece de suma importancia la visión de muchos más ojos dentro de la situación de supervisión que ayuda al terapeuta a superar posibles dificultades o posibles puntos ciegos que constriñen el trabajo terapéutico. Como mencionan Troya y Auron (1988), lo que el sistema de supervisión observa detrás del espejo es el sistema terapéutico no el sistema familiar; esto produce la diferencia que disminuye el impacto afectivo de las interacciones familiares y permite observar las acciones del terapeuta, detectar sus dificultades y relacionar unas con otras. De esta forma me di cuenta que la persona del terapeuta, sus constructos, su pensamiento, sus valores, etc., matizan la sesión; por este motivo me parece importante como terapeutas tener claros los puntos fuertes y débiles de nuestra persona, con el objetivo de realizar un trabajo ético y profesional con la gente que acude a un servicio de terapia.

Así como el terapeuta y cada uno de los miembros del equipo tienen su propia forma de ver su realidad, la familia también, a lo largo de su vida, construye una historia y hace una determinada lectura de su realidad, en este sentido como menciona Sluzki (1987), desde la Cibernética el terapeuta familiar no es un agente que opera sobre una familia cambiándola sino que es un participante educado en un proceso de transformación colectiva de significados; es así que juntos, el terapeuta y la familia, pueden construir visiones alternativas de la realidad. En el caso del sistema terapéutico total es labor tanto del terapeuta como del equipo de supervisión ayudar a crear estas alternativas mediante un diálogo respetuoso y siempre anteponiendo el beneficio de la familia.

La vivencia con los compañeros de equipo de observación durante este período, también fue generadora de mucho aprendizaje. Estar con personas ya avanzadas en la maestría y al mismo tiempo con personas que nunca han estado en situación de terapia, dio riqueza de ideas respecto a las sesiones y a las familias; y una vez más puedo reconocer que la manera como cada uno de nosotros trata los diferentes temas que trae la familia tiene mucho que ver con nuestro género, de qué tipo de familia venimos y nuestra persona; como dice Foerster (1973, en Sluzki, 1987), el observador es parte de lo que observa y toda descripción acerca de observaciones y modelos es necesariamente una descripción acerca de quién genera esa descripción.

A partir de las familias que asistieron a terapia también obtuve aprendizaje; a pesar de no establecer un contacto directo con todas ellas, a través del espejo pude percibir sus relatos, emociones, reacciones y sentimientos, los cuales dieron pauta para empezar a generar ideas acerca de lo que les estaba sucediendo y acerca de la forma de trabajar en busca de alternativas de solución.

En el segundo período semestral, el trabajo clínico se desarrolló en dos escenarios, en la clínica del ISSSTE y en el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco. El equipo se constituyó en los dos casos de igual manera, cinco compañeros del segundo semestre y dos supervisoras por familia. En ocasiones, compañeros del cuarto semestre entraban a las sesiones pero esta participación no era regular ni permanente.



Analizar el sistema terapéutico total desde la Cibernética de Segundo Orden, ahora como terapeuta y ya no como observador, adquiere un nuevo matiz. El contacto más directo con las familias que asisten a los servicios de terapia hace que el concepto de Cibernética de Segundo Orden se haga más palpable, ya que permite vivenciar de manera clara la involucración del terapeuta y del equipo de supervisión dentro del sistema terapéutico al que se hace referencia.

Dadas las personas involucradas en los diferentes subsistemas, se crean distintas realidades terapéuticas, una realidad surge *de* la conversación terapéutica en contraste con otras descripciones que surgen *acerca* de la conversación terapéutica. En el primer caso se hace referencia a la familia y al terapeuta y en el segundo, al equipo que está observando la conversación terapéutica; estos dos sistemas forman parte a su vez del sistema terapéutico total y por lo tanto se relacionan en un sentido recursivo, el terapeuta puede pasar a metaobservar con ayuda del equipo su propia situación y el equipo participa directamente con sus observaciones y comentarios que se introducen en la sesión terapéutica.

Dado que cada persona tiene su propia forma de interpretar sus observaciones y por consecuencia se construyen ideas distintas, en ocasiones, cuando no hay una línea que vincule las distintas realidades, se crean divergencias que afectan el sistema terapéutico total deteniendo u obstaculizando la mejoría de las personas que solicitan el servicio; en este sentido me parece primordial la atención y el cuidado que tiene el supervisor al ser una guía en la formación de los terapeutas.

Tradicionalmente el supervisor y el supervisado se encuentran en una relación jerárquica en el que el supervisor es responsable del trabajo del supervisado; sin embargo la propuesta descrita por London y Rodríguez (2004), me parece que integra y reacomoda el rol del supervisor y supervisado, basando el trabajo en un clima de equidad y confianza. Según estas autoras y desde esta perspectiva, el supervisor promueve un clima de respeto, apertura, curiosidad, diversidad y confianza; además es responsable de cuidar que todas las voces y las necesidades de los participantes del grupo sean representadas, escuchadas y consideradas. Es importante señalar que el supervisor no cree que sus ideas tienen más

peso, ni más importancia que las ideas de los participantes del grupo; el supervisor ofrece su experiencia en la práctica clínica, así como sus habilidades para acceder a sus propios recursos y los recursos de los participantes y maximizar la diversidad en ideas, estilos y contextos.

Comentan además que como supervisores a veces se es maestro, escucha o inclusive alumno de los participantes, ya que se pueden enriquecer de los conocimientos de los mismos, de sus visiones del mundo, de sus experiencias, pero sobre todo se transforman a través de las relaciones que se van construyendo al compartir con los miembros del grupo su propia experiencia.

En el trabajo terapéutico de los escenarios clínicos obtuve mucho aprendizaje, tanto de mis compañeros, como de los distintos supervisores; es enriquecedor trabajar con estilos diferentes de supervisión, porque en lo personal me ayuda a tener una visión integral de las diferentes formas de trabajo así como de los distintos modelos. En este sentido los postulados de la Cibernética de Segundo Orden, cuya base es que el observador influye en lo que observa, queda explicitado en el hecho de que según la supervisión y el modelo que se está manejando es como se observa e interviene con la familia; las intervenciones surgen de una particular forma de comprender la situación.

Aún cuando las supervisoras en turno plantearon una forma de llevar la supervisión y tuvieron un manejo particular de la terapia, en ambos casos se promovió la participación y el enriquecimiento de ideas por parte de los miembros del equipo, tomando siempre en consideración y acentuando el interés en la opinión del terapeuta que estuviera llevando el caso. Dentro de este tipo de manejo, el sistema total se beneficia a sí mismo al promover la multiplicidad de ideas que contribuyen al proceso clínico; al ser todos y cada uno parte del sistema, existe una participación de todos en el caso, lo que promueve un trabajo integral, flexible y valioso.

En este proceso cibernético y recursivo, el terapeuta se vive dentro del sistema influenciado, por una parte, por la familia que tienen enfrente y a la que escucha, y por

otra, por el equipo de supervisión que en el escenario en que se trabajó en el 2º semestre se encontraban enfrente del terapeuta y a espaldas del paciente. Estas distintas influencias dentro del sistema estimulan al terapeuta creando una realidad percibida por él, que en consecuencia y a su vez, actúa respondiendo a estos estímulos haciendo preguntas o generando ciertas hipótesis relacionadas con lo que está percibiendo por parte de la familia y por parte del equipo, al cual está observando en vivo. Esto último vuelve a influir de manera nuevamente recursiva, tanto las respuestas de la familia, como las intervenciones del equipo que está observando.

La influencia del equipo supervisor hacia el terapeuta en estos escenarios es mucho más clara y evidente, al poder ver los rostros, las expresiones y movimientos del equipo y en particular del supervisor, el terapeuta actúa y reacciona conforme a estas observaciones. Por ejemplo, cuando el terapeuta hace algún comentario a la familia o hace una pregunta, si el supervisor afirma con la cabeza, el terapeuta sabe que ese camino que empezó a abrir con el comentario o la pregunta puede ser un terreno adecuado para construir alguna alternativa para la familia y por tanto se está promoviendo seguir sobre esa línea.

Así como en el sistema terapéutico total el terapeuta es influenciado, así también el equipo de supervisión; lo que ocurre en sesión hace que se generen ideas en cada uno de los miembros del equipo y que eso que sucede se conecte con su experiencia y su vivencia como personas; este impacto es traído a la discusión acerca del caso y de esta manera las experiencias individuales desembocan en el sistema para crear nuevas posiciones, ideas y alternativas.

La familia como otro subsistema es influida también por el equipo de supervisión y el terapeuta; lo que ella aporta al sistema como son sus ideas, sus experiencias, sus sentimientos, es decir, la información que proporciona, encamina y determina la secuencia de acciones que toma tanto el terapeuta como el equipo, es un proceso de recursividad en donde todas las partes aportan y reciben de igual manera. De hecho, como menciona Sluzki (1987), los descubrimientos y los cambios que resultan de la conversación terapéutica son

necesariamente propiedad de la familia consultante, son el resultado de su propia participación en la co-evolución de las ideas que se dan en el curso de la entrevista.

Otra cuestión que me parece importante, retomando la idea del terapeuta y familia como parte del sistema total, es el hecho de la involucración del terapeuta en el sistema familiar. El terapeuta dentro del sistema interactúa con la familia y al igual que los miembros de ésta, tiene sus ideas, sus reacciones y genera también sentimientos y emociones. El terapeuta no se encuentra afuera dirigiendo y/o juzgando, sino que dentro del sistema genera procesos internos que tienen que ver con su persona. De esto deriva la importancia del equipo de supervisión que pueden ver más allá y observar a la persona del terapeuta y analizarla si es que algo está obstruyendo el trabajo clínico.

Desde la perspectiva de la Cibernética de Segundo Orden existe un nivel de acercamiento con la familia, se permite adentrarse en sus vivencias y creencias desde una postura más cercana, se trata entonces de una manera activa del terapeuta en la que busca insertarse en una visión del mundo aportada por la familia, para generar propuestas de puntos de vista alternativos y de nuevas connotaciones con las que la familia y terapeuta desarrollan nuevas perspectivas que no traen consigo comportamientos sintomáticos o problemáticos (Sluzki, 1987).

Este acercamiento al que se hace referencia al hablar de la Cibernética de Segundo Orden lo pude vivenciar a partir del 2º semestre en donde empecé a trabajar directamente con familias. Tras el espejo los casos pueden parecer interesantes, pero no existe el vínculo afectivo que surge cuando se es el terapeuta asignado de la familia. Esto da una nueva visión y el terapeuta es afectado de diferente manera que cuando sólo se está observando; además se valora de diferente manera el apoyo del equipo de supervisión y de la supervisora responsable, se valora mucho más.

Durante el tercer semestre me correspondió junto con mi equipo realizar el trabajo clínico en la Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. En este

periodo al sistema terapéutico total se incluyeron cinco observadores del primer semestre de la maestría.

Al principio y antes de que se integraran los nuevos compañeros al equipo terapéutico había expectativas de quiénes serían, cómo sería la relación con ellos y qué impacto iba a tener esta nueva situación, en todo el sistema terapéutico. Recordando que todos los miembros del sistema influyen en la dinámica del mismo, era importante considerar que la presencia de nuevos ojos y voces, iba a modificar al sistema e incluso se iba a conformar como uno nuevo. Además había otras variables como el cambio de escenario y el trabajo con otros supervisores distintos a los que se trabajó el semestre anterior.

En el sistema terapéutico conformado por el sistema familiar y el terapeuta, este último tenía nuevos ojos observándolo y esto ciertamente provocaba presión; sin embargo con el trabajo continuo y el paso del tiempo esos ojos nuevos, se convirtieron en conocidos y la presión fue disminuyendo. Con esta experiencia corroboro que la confianza que se establezca en el equipo de supervisión ayuda al terapeuta a realizar un trabajo más fluido y dinámico.

En el sistema de supervisión conformado por el equipo de supervisandos y el supervisor, también la forma de trabajo fue distinta en cuanto a nuevos miembros y nuevas relaciones; el supervisor, en principio, tenía más trabajo en cuanto a oír todas las voces, validarlas y mediarlas. Esto era un trabajo importante ya que había que sintetizar las ideas para el momento en el cual el terapeuta saliera de la sesión a escuchar las opiniones del equipo; el objetivo consiste en que el terapeuta, que se encuentra en dos sistemas, la familia y el equipo, no escuche demasiadas ideas que lo confundan y hagan más difícil sintetizar los comentarios y el mensaje final para la familia.

Para Boscolo, et al. (1989) el trabajo de formación de terapeutas debe ser similar al trabajo que realiza el terapeuta con la familia; si se insinúa a los principiantes que están mal o que deberían haber procedido de manera distinta, se puede comunicar, sin querer, que se busca una unidad de pensamientos, se piensa que es más recomendable validar el modo específico

en que cada uno de los terapeutas en formación está pensando y en todo caso sugerir o convencer mediante argumentos una nueva visión del caso. En este periodo pienso que el trabajo de los supervisores fue cuidadoso, en cuanto a cuidar al sistema terapéutico total, a los terapeutas, a los observadores y a las familias, y en general se pudo crear un ambiente de confianza y respeto que permitió un trabajo eficaz y fluido.

Para estos mismos autores es importante promover que el equipo conformado para un trabajo terapéutico, no sea competitivo y que sus integrantes no se esfuercen por llegar a un acuerdo o consenso. Piensan que cada persona puede expresarse en forma lineal, sin concordar con las ideas expuestas por el opinante anterior acerca de la familia ni discrepar con ellas. Tras escuchar varias observaciones, el supervisor podría quizás establecer una relación entre dos de los pensamientos expuestos, agregar tal vez un tercero y así sucesivamente; de esto modo se crean nuevas conexiones circulares con respecto del sistema, las hipótesis que surjan con la observación del sistema terapéutico se irán confirmando, refutando o variando. Con las ideas del supervisor pienso que se ayuda a los miembros equipo y al terapeuta en formación a ir desarrollando una visión más circular de las observaciones hechas acerca de los casos clínicos.

Hablar sobre la influencia de los observadores reside en que desde la Cibernética de Segundo Orden, el observador entra en la descripción de lo observado ya que el observador percibe al mundo a través de la lente de cultura, familia, profesión, etc.; como mencionan Boscolo, et al. (1987), el equipo se convierte en una comunidad de observadores. Por todo esto fue importante considerar también que los observadores que se incluyeron en el trabajo tenían una historia de trabajo autónomo previa, que los hacía observar de una manera particular las sesiones; muchos de ellos, sino es que todos, no habían tenido la experiencia de pertenecer a un equipo de supervisión en cámara de Gessell y este tipo de trabajo resultó novedoso para ellos. En palabras de un miembro del equipo observador, se mencionó que al entrar a esta modalidad de trabajo clínico le fue difícil escuchar otras observaciones y otras realidades puesto que al haber trabajado tantos años de manera individual era complicado para ella pensar que lo que proponía se sometiera a discusión, porque su experiencia le dictaba que su visión de la realidad era la correcta e incluso la única verdadera. Ahora se da

cuenta que esto es un proceso de aprendizaje y que no hay una única verdad sino consensos y que es necesario escuchar y validar a los otros.

En el trabajo de terapia se busca una realidad creada conjuntamente por el terapeuta y la familia; la utilidad del equipo en este sentido cobra un alto valor puesto que puede corregir la tendencia del terapeuta a confirmar sus propias creencias, porque puede observar atentamente las respuestas analógicas que produce la familia durante el interrogatorio, difícilmente perceptibles para el terapeuta que está con la familia; a veces la familia envía señales que indican al terapeuta si debe desechar determinada hipótesis o mantenerla, cuando el terapeuta no ve estas señales por estar encauzado en una sola idea el equipo facilita una visión más abarcativa.

La retroalimentación que existe en el sistema terapéutico total también incluye a la familia. A medida que sus respuestas a las preguntas que se le formulan modifican o alteran las ideas que se están elaborando acerca del caso, el terapeuta elabora otra sobre la base de los datos específicos proporcionados por la nueva retroalimentación; este proceso ininterrumpido obliga tanto al terapeuta como al equipo supervisor a reelaborar constantemente los conceptos que se estén generando.

Al final del trabajo clínico hubieron comentarios de parte de todos los miembros del sistema terapéutico total. En general, los observadores mencionaron que agradecían a supervisores y terapeutas esta experiencia de mutuo aprendizaje tanto en lo académico e inclusive a nivel personal; los terapeutas también agradecieron a los supervisores y a los observadores, el aprendizaje obtenido, el respeto y sus aportaciones e ideas para los casos clínicos. Los supervisores coincidieron que hubo un buen trabajo y que en general hubo un buen clima relacional que promovió la flexibilidad y armonía en todo el sistema, impactando desde luego también a las familias consultantes.

En el último semestre de la Residencia en Terapia Familiar, me correspondió trabajar nuevamente en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala. El equipo de supervisión

estuvo conformado por cuatro compañeros de la maestría y cuatro supervisoras, trabajando estas últimas por parejas.

Me parece que un aspecto importante que permitió el buen funcionamiento del sistema terapéutico total, fue el conocimiento previo tanto de las supervisoras, de los miembros del equipo, del lugar de trabajo y de las condiciones de la supervisión, tales como el uso del teléfono. Dado que todas estas condiciones ya resultaron familiares, la tensión de un inicio disminuyó produciéndose un ambiente óptimo para el aprendizaje.

Como mencionan Desatnik, Franklin y Rubli (2002), las ansiedades van disminuyendo a lo largo de la formación, en la medida que se asimila la modalidad de trabajo, al grado tal que el terapeuta termina sintiéndose apoyado, protegido, sin temor a equivocarse en algún momento del proceso terapéutico, con la convicción de que va a ser apoyado y cuidado por su equipo y/o el supervisor.

Dentro del sistema de supervisión que incluye al equipo de supervisandos y al supervisor, se siguieron los elementos que ya existían en semestres anteriores y que favorecen el trabajo del terapeuta en formación.

Por ejemplo, para Fernández, London y Tarragona (2002), por supervisión se entiende un espacio dentro del entrenamiento psicoterapéutico cuyo objetivo primordial es el aprendizaje y la retroalimentación de la actividad terapéutica y donde el terapeuta aprendiz pueda resolver dudas teóricas y técnicas con la ayuda de varios profesionistas con diferentes niveles de experiencia que ofrezcan alternativas de solución y de apoyo. En la supervisión se pueden abordar varios temas: lo ocurrido en la terapia, posibles intervenciones subsecuentes así como cuestiones personales del terapeuta que de alguna manera puedan obstaculizar el fluir del proceso.

Basándome en esta definición, las supervisoras no descuidaron ninguno de estos elementos, es decir, el espacio de la supervisión servía para hacer preguntas, aclarar dudas, hacer comentarios, hacer propuestas de líneas de trabajo posteriores y hablar sobre la persona del



terapeuta. En este sentido confirmo en la práctica lo que se escribe acerca de la tarea de un supervisor: El trabajo que hace un supervisor es el de favorecer un clima de respeto, apertura y confianza, es responsable de cuidar que todas las voces y las necesidades de los participantes del grupo sean representadas, escuchadas y consideradas, además de tener siempre en cuenta el bienestar de los clientes. El supervisor ofrece su experiencia en la práctica clínica así como sus habilidades para acceder a sus propios recursos y los recursos de los participantes y maximizar la diversidad en ideas, estilos y contextos (Fernández, London y Tarragona, 2002).

El sistema terapéutico, donde se incluye el sistema familiar y el terapeuta, también recibe la influencia de las condiciones en que se da la supervisión, es decir, cuando la supervisión contiene los elementos antes mencionados el terapeuta logra confianza en sí mismo lo que se ve representado en la forma en que se desenvuelve con la familia; asimismo considera los comentarios del supervisor y el equipo como guías para una línea de trabajo o pautas para ampliar su visión.

En el trabajo clínico del último semestre se tuvieron familias para trabajar con equipo pero sin supervisor. Para Desatnik, Franklin y Rubli (2002), esta modalidad favorece la espontaneidad, creatividad e independencia de los alumnos, como preparación para su futura práctica terapéutica. Sin embargo, si el terapeuta y el equipo lo consideraban necesario, existía la posibilidad de acercarse con un supervisor para comentar el caso o ser supervisado con videos. Esta forma de trabajo representa una mayor responsabilidad para los terapeutas en formación porque sin la mirada directa del supervisor tienen que, como equipo, buscar llegar a un consenso, cuidar al terapeuta, y promover un clima de confianza y seguridad en el grupo.

Gracias a que previamente se había trabajado con los mismos integrantes del equipo, estas condiciones se dieron fácilmente, por lo que como terapeutas y como equipo se trabajó de forma eficiente: se escucharon las distintas opiniones, hubo flexibilidad en las creencias e ideas acerca de la situación de la familia, el ambiente fue de respeto, se proponían líneas de trabajo y nunca se descuidó la persona del terapeuta ni la atención en la familia.

A partir de este tipo de trabajo y del trabajo de seguimiento de los casos que no se terminaron en el tiempo del semestre en cuestión, se comprueba una vez más el planteamiento de que las ideas que tiene cada persona acerca de una situación delimitan su proceder.

Cuando hay un supervisor, generalmente es él quien hace la síntesis, el consenso o genera una visión más abarcativa del caso; sin embargo cuando no está presente se puede presentar una serie de ideas a veces muy diferentes entre sí con la dificultad de no llegar a un consenso. En este caso la flexibilidad de los miembros del equipo se hace sumamente importante y de igual forma lo es la decisión que tome el terapeuta sobre con cuáles ideas dirigir la sesión.

Con base en el planteamiento de la Cibernética de Segundo Orden, donde se sostiene que el observador es parte del fenómeno observado, surgen diferentes ideas y diferentes visiones acerca del caso, que en particular pueden surgir del modelo particular con el que se esté mirando.

De esta manera, si se piensa desde un modelo estructural, un modelo de terapia breve o un modelo narrativo, aunque se observe a la misma familia se van a ver distintos elementos que serán congruentes con el modelo. Es importante convivir con esta diversidad de ideas y visiones que no siempre lleguen a una posible síntesis; lo crucial es que se usen de manera responsable y eficaz para la familia en particular, ya que como terapeutas estamos al servicio de las familias y no de los modelos.

Haciendo una reflexión final de esta modalidad de formación, pienso que la supervisión es sumamente enriquecedora, aún con la ansiedad y tensión que genera en un primer momento, por la condición de estar siendo observado. Es una oportunidad invaluable de aprender a hacer terapia tanto para el terapeuta como para el equipo detrás del espejo, y en este sentido el papel que ejercen las supervisoras es de notable reconocimiento.

## 2. Habilidades de Investigación

### *Reporte de Investigación con metodología cuantitativa y cualitativa*

Dentro de las actividades correspondientes a la Residencia en Terapia Familiar, se realizó una investigación con metodología cuantitativa y posteriormente, con referencia al mismo tema, con metodología cualitativa. La primera investigación se titula “Ideación suicida y clima familiar en estudiantes de Psicología de la FES Iztacala” y la segunda se tituló “Relación del Contexto Familiar en el Significado de la Ideación Suicida”

#### Breve introducción al tema.

La conducta suicida ha sido objeto de investigación desde distintas disciplinas (Arellano, 1998) y para poder explicarla se han empleado diversos marcos teóricos (Martínez, 1996). Sin embargo, a pesar de que cada año aumenta la estadística de suicidio, a la fecha no se cuenta con explicaciones válidas que logren contrarrestar su incidencia; y lo más preocupante es que hay un número considerable de suicidio entre personas cada vez más jóvenes.

Detrás de cada suicidio, puede decirse que ha habido un gran número de ideas sobre este hecho y también pueden darse algunos intentos de suicidio (Walling, 2000). Por lo que es razonable pensar que cada suicidio, lleva tras de sí un conjunto de ideas previas, por esto su detección y medición ayuda de manera importante a la prevención del acto suicida.

Las ideas suicidas pueden definirse como los pensamientos o ideas, las rumiaciones o fantasías acerca de la muerte autoinflingida. El individuo tiene frecuentemente pensamientos relacionados con la muerte de manera que estas ideas ocupan un lugar central en su vida. La persona piensa constantemente en cómo va a morir, habla o escribe acerca del suicidio. (Arellano, 1998).

La familia parece ser una variable importante en la ideación suicida; en un estudio donde se evaluó el uso de sustancias en jóvenes con ideación suicida, los resultados revelaron que el divorcio era más frecuente en las familias de estos adolescentes (Runeson, 1990, en Jenkins, 1998). Ganong y Coleman (1993, en Jenkins, 1998) observaron que los niños en familias reconstituidas (con un padrastro) presentaban mayores indicadores de depresión, ansiedad y un comportamiento más antisocial que los niños que residían en familias nucleares. Otros estudios han encontrado que los problemas del comportamiento en niños y adolescentes aparecen con frecuencia con la introducción de un padrastro (Elrebuzno, 1988; Hetherington, Cox, Y Cox, 1985, en Jenkins, 1998).

En 1991 Noller y Callan (en Villatorio, Andrade, Fleiz, Medina-Mora, Reyes y Rivera, 1997) hicieron una amplia revisión de la influencia de la familia en la vida del adolescente y concluyeron que la familia es importante para la mayoría de los adolescentes durante toda su vida ya que su ajuste emocional es mejor cuando éstas son cohesivas, expresivas y organizadas, y fomentan la independencia de sus miembros; de manera inversa, tienden a desajustarse cuando perciben que en su familia hay muchos conflictos y demasiado control. Además, una comunicación eficaz en la familia es un determinante crucial para su bienestar. De la misma manera, es menos probable que los adolescentes que experimentan afecto y cercanía en sus familias sean influenciados por su grupo de amistades y se involucren en problemas de conducta.

### Investigación cuantitativa

El propósito de esta investigación fue evaluar la ideación suicida y el clima familiar en el que se desenvolvían jóvenes universitarios con el fin de identificar aquellos factores que estuvieran correlacionados. Se utilizó una muestra de 100 estudiantes de la Carrera de Psicología. La ideación suicida se evaluó por medio de una escala diseñada por Roberts (1980) y el clima familiar se evaluó con la escala de Moos (1995). Se encontró que el 49 % de los estudiantes no presentó ningún síntoma de ideación suicida. De las mujeres evaluadas el 52.5% no presentó ningún síntoma de ideación, un porcentaje mayor al obtenido en la muestra de los hombres que fue de 36.4 %. Los resultados indicaron que la

cohesión, la expresividad y la actuación se correlacionan negativamente con la ideación suicida. Resultó relevante la importancia de las actividades del sujeto dentro y fuera de su hogar así como sus intereses intelectuales, culturales, políticos y sociales. La religión, así como los valores éticos parecen ser factores facilitadores de la cohesión y la expresividad en la familia, lo cual hace menos probable la presencia de pensamientos sobre el suicidio.

### Investigación cualitativa

La segunda investigación con metodología cualitativa, se tituló “Relación del Contexto Familiar en el Significado de la Ideación Suicida”, y estuvo basada en la investigación realizada previamente.

A partir de los resultados de la primera investigación se eligió el sujeto, al cual se llamó S, quien presentó ideación suicida en la escala de ideación suicida (Roberts, 1980) y una puntuación baja en la escala de clima familiar (Moos, 1995). De acuerdo a estos resultados se consideró que era relevante conocer cómo era la organización de la familia de S y de qué modo se relaciona con su puntuación en ideación suicida.

El estudio cualitativo realizado fue una Historia de Vida. Se eligió este tipo de estudio porque se consideró que en la medida que ella narrara su vida, se podría recuperar la información y organizarla de acuerdo a los objetivos de la investigación. La estrategia utilizada para la recolección de datos fue una entrevista a profundidad. Anguera (1995) menciona que este tipo de entrevista es flexible, dinámica, no directiva y abierta, lo que permitió que se hiciera una conversación con S para obtener información personalizada y narrada desde su muy particular punto de vista.

Se utilizó la guía de entrevista, sin convertir la conversación en un intercambio formal de preguntas y respuestas; la intención era tener solo una guía de los temas a tratar. El criterio bajo el cual se seleccionaron los temas fue considerando los resultados que S obtuvo en la escala de ideación suicida (Roberts, 1980) y en la escala de clima familiar (Moos, 1995).

Los datos de esta investigación se analizaron de acuerdo al método interpretativo conocido también de Verstehen.

Verstehen significa comprensión que se refiere a identificar el sentido de la acción, según las intenciones del que actúa y de acuerdo al contexto en el que lo hace. Con relación a esta investigación se identificó el sentido de la acción al conocer el evento de intento de suicidio y las intenciones de S que era aliviar el dolor, en el contexto que implica la situación de pérdida de su pareja.

En este método el investigador le atribuye a las conductas observadas del individuo ciertos significados como motivos, creencias, valores y emociones a los que puede estar relacionado. En la historia de S el acto de intento de suicidio es referido por ella como alivio de dolor ante la pérdida de su pareja. De acuerdo a su historia familiar se observa que S no tiene un vínculo cercano con los miembros de su familia, a excepción de su hermano, ella tiene la creencia de que esto se origina a partir del divorcio. Cuando Sara establece un vínculo emocional fuerte y lo pierde, le atribuye un significado de dolor que es tan intenso que busca aliviarlo a través del suicidio. Uno de los valores que ella tiene es el de la familia y muestra sentimientos de tristeza a lo largo de su vida por no haber crecido con su padre y por la ausencia en el hogar de su madre. Este contexto familiar implicó un factor de riesgo en la vida de S.

La percepción que S tiene del sistema familiar, es en general, de lejanía emocional y en cuanto al significado que S le atribuye al suicidio, como se explicó en el párrafo anterior, para ella es una alternativa de alivio de dolor.

Aún cuando la investigación cualitativa no pretende generalizar, este trabajo permite conocer motivos, creencias, valores y emociones de una joven estudiante de la Carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Este análisis nos acerca a la comprensión de un fenómeno de la realidad social como lo es el suicidio.

### **3. Habilidades de Enseñanza y difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria**

#### ***Productos tecnológicos: manuales y videos.***

Dentro de la Residencia en Terapia Familiar, además de la formación teórica y clínica terapéutica, existen otros aspectos a desarrollar en el perfil profesional de los residentes; además de habilidades de investigación, se consideran habilidades para el servicio a la comunidad y el desarrollo de habilidades para la enseñanza.

En el caso del desarrollo de habilidades de enseñanza, para la formación y aprendizaje de las personas interesadas en el proceso de terapia, resulta importante la lectura de los libros especializados, las clases con los profesores expertos en la materia, la práctica clínica, la supervisión, sin embargo dentro de la actividad académica también son importantes los recursos didácticos y tecnológicos que sirvan de apoyo en todo el proceso de desarrollo del aprendizaje.

Como producto tecnológico facilitador del aprendizaje se elaboraron dos videos:

Video 1. “Modelo Estructural”

Video 2. “Modelo Estratégico”.

La realización de un video complementa lo que se encuentra escrito en un texto y se trata de una ayuda visual complementaria, tiene la función de dar conocer las técnicas de los modelos de una manera didáctica y en vivo, con una familia y un terapeuta en interacción llevando a cabo una sesión terapéutica con todas las implicaciones que esto conlleva, es decir, la aplicación de las técnicas relacionadas a la problemática presentada por la familia. La familia que aparece en los videos en el contexto de la terapia es simulada.

Otro producto elaborado para los mismos fines, favorecer el aprendizaje de una manera didáctica, fue un manual para cada uno de los siguientes modelos:

\*Modelo Estructural

\*Modelo de Terapia Breve Enfocada en Problemas

\*Modelo de Terapia Breve Enfocada en Soluciones

La elaboración de un manual es un recurso que cumple con el objetivo de apoyar la enseñanza, ya que se convierte en una herramienta teórico-práctica, que ayuda a detallar y poner de manera clara y concreta procedimientos y técnicas de un modelo determinado. Se trata de una guía que complementa los textos, sintetiza y expone las técnicas con ejemplificaciones de cada una de ellas. Pretende ser un instrumento al que la persona interesada pueda acudir y que de una forma ágil y precisa explique la técnica, el concepto o el proceso terapéutico en cuestión.

Ambos productos tecnológicos son instrumentos idóneos para conocer de una manera clara y concreta los modelos y al mismo tiempo aprender sus técnicas; estas herramientas terapéuticas tienen el objetivo de utilizarse para fines de desarrollo profesional, y en este sentido, son utilizados por la población que se encuentra en el ámbito de la Terapia Familiar.

### ***Programas de intervención comunitaria***

El servicio a la comunidad es otra de las funciones que se llevaron a cabo como parte del desarrollo del profesional en el área de la salud. Los talleres que se impartieron a la comunidad se ubican en el rubro de la prevención.

#### **Taller: “Aprendiendo a tomar decisiones”**

Propósitos:

- ✓ Que los participantes tomaran conciencia de la importancia de ayudar a sus hijos a tomar decisiones de manera autosuficiente.
- ✓ Que los participantes conocieran los elementos necesarios para ayudar a sus hijos a elegir entre diferentes alternativas de manera autosuficiente.



- ✓ Que los participantes entendieran qué es la sobreprotección y conocieran las formas de prevenirla en la relación con sus hijos.

A quien fue dirigido: A padres con hijos en edad escolar.

Número de sesiones: 2 sesiones de aproximadamente 2 horas cada una.

Número de participantes: 10 personas

### Taller: **“Desarrollo de Habilidades para Comprender los Sentimientos de los Niños”**

Propósitos:

- ✓ Que los participantes conocieran formas de prevención del maltrato y el abuso dentro y fuera de la casa.
- ✓ Que los padres conocieran habilidades para enfrentar los sentimientos de los niños, habilidades para obtener la cooperación de su hijo y habilidades para sustituir el castigo.
- ✓ Invitar a los participantes a pensar sobre una forma distinta de actuar ante diversas situaciones con sus hijos.

A quien fue dirigido: A padres con hijos en edad escolar.

Número de sesiones: 1 sesión de aproximadamente 2 horas.

Número de participantes: 38 personas

### Taller: **“Construcción de la Autoestima”**

Propósitos:

- ✓ Que los participantes identificaran formas en las que hacen sentir mal a sus hijos.
- ✓ Que los padres pensarán en formas en las que pudieran fortalecer la autoestima de sus hijos.
- ✓ Que los participantes identificaran nuevas formas en las que les podrían brindar afecto a sus hijos.
- ✓ Que los participantes reflexionaran sobre la importancia de confiar en sus hijos.

A quien fue dirigido: A padres con hijos en edad escolar.

Número de sesiones: 1 sesión de aproximadamente 2 horas.

Número de participantes: 15 personas

#### Taller: **“Adolescencia y familia”**

Propósitos:

- ✓ Que los participantes reconocieran la importancia de establecer límites en la relación entre padres y madres, hijas e hijos.
- ✓ Que identificaran el papel de las madres y los padres como autoridad.
- ✓ Que reconocieran la importancia de la flexibilidad para establecer límites de acuerdo a cada etapa.
- ✓ Que reflexionaran, como individuos, su propio proceso de crecimiento por etapas, y los cambios que esto implicaba.

A quien fue dirigido: A padres con hijos en transición a la adolescencia.

Número de sesiones: 1 sesión de aproximadamente 2 horas.

Número de participantes: 15 personas

#### ***Presentación del trabajo realizado en foros académicos***

Foro Académico: X Congreso Mexicano de Psicología: El perfil profesional del psicólogo, presente y futuro.

Lugar: Acapulco, Guerrero

Fecha: Octubre del 2002

El trabajo que se presentó en este congreso se tituló: “Efectos de la percepción de similitud sobre la percepción de intimidad en la pareja”.

Resumen:

En diversas investigaciones se ha encontrado una importante relación entre la similitud de personalidad entre los miembros de una pareja y su satisfacción con la relación. Por ello, este estudio pretende contribuir y reforzar estas investigaciones combinando otras dimensiones importantes de la personalidad como el auto-concepto, dimensión que tiene

que ver con la intimidad y con la satisfacción en la pareja. En el presente estudio se evalúa el concepto que el sujeto tiene de sí mismo, la percepción de su pareja en términos de sus características de personalidad y la intimidad que percibe. La hipótesis que se plantea es que a mayor percepción de similitud entre el auto-concepto y el concepto del otro habrá mayor percepción de intimidad. Para realizar este estudio se aplicó la escala de Intimidad y la Escala de Auto-concepto a un grupo de 214 personas que tuvieran una relación de pareja. Las variables utilizadas fueron intimidad, género y percepción de similitud. Los resultados obtenidos y el análisis de ellos permiten concluir que la similitud percibida en los rasgos o características que incluyen el auto-concepto, muestra ser una condición importante para que se perciba una relación de pareja como íntima y satisfactoria.

Foro Académico: XXII Coloquio de Investigación de la Facultad de Estudios Superiores  
Iztacala

Lugar: Edo. de México

Fecha: Noviembre del 2003

El trabajo que se presentó en este coloquio se tituló: “Ideación suicida y clima familiar en estudiantes de Psicología de la FES Iztacala”.

Resumen:

El propósito de esta investigación fue evaluar la ideación suicida y el clima familiar en el que se desenvolvían jóvenes universitarios con el fin de identificar aquellos factores que estuvieran correlacionados. Se utilizó una muestra de 100 estudiantes de la Carrera de Psicología de la FESI. La ideación suicida se evaluó por medio de una escala diseñada por Roberts (1980) y el clima familiar se evaluó con la escala de Moos (1995). Se encontró que el 49 % de los estudiantes no presentó ningún síntoma de ideación suicida. De las mujeres evaluadas el 52.5% no presentó ningún síntoma de ideación, un porcentaje mayor al obtenido en la muestra de los hombres que fue de 36.4 %. Los resultados indicaron que la cohesión, la expresividad y la actuación se correlacionan negativamente con la ideación suicida. Resultó relevante la importancia de las actividades del sujeto dentro y fuera de su hogar así como sus intereses intelectuales, culturales, políticos y sociales. La religión, así como los valores éticos parecen ser factores facilitadores de la cohesión y la expresividad en la familia lo cual hace menos probable la presencia de pensamientos sobre el suicidio.

#### **4. Habilidades de compromiso y ética profesional**

##### ***Discusión e integración de las consideraciones éticas de la práctica profesional***

Durante el trabajo clínico terapéutico surgieron algunas consideraciones que tienen que ver con la ética de los terapeutas y el equipo de supervisión a cargo de las familias.

En primera instancia, durante el segundo semestre de la maestría, hubo una circunstancia que se tuvo que poner a discusión con el objetivo de mantener el principio ético de la confidencialidad de los clientes, de la cual habla el Código ético del psicólogo (1993), como una obligación básica. La situación se manifestó porque un miembro del equipo de supervisión mencionó, después de la primera sesión, que conocía a una de las pacientes atendidas en la clínica. Esto fue motivo para que se discutiera acerca de si se debía decir a la paciente que alguien del equipo la conocía y que ella misma decidiera si esto la incomodaba o no; en caso afirmativo el miembro del equipo se ausentaría de las sesiones, la otra posibilidad era simplemente tomar como decisión que el miembro del equipo no estuviera en la sesión, sin que la cliente se enterara que había alguien que la conocía.

Los argumentos que se tomaron para la segunda opción, que fue la que se determinó, era que era preferible que la paciente no se enterara que había alguien que la conocía, que siguiera asistiendo a terapia como si nada y que el miembro del equipo no asistiera a esas sesiones.

A la siguiente sesión la paciente dijo que había visto a alguien que ella conocía, refiriéndose al miembro del equipo, la terapeuta le dijo que sí, que efectivamente había alguien que la conocía pero que ya no iba a estar detrás del espejo. Lo sucedido dejó pensando de nuevo al equipo terapéutico porque se empezó a cuestionar acerca de la confianza de la paciente al equipo, porque ella no podía estar segura que realmente no estuviera detrás y además ella fue la primera que dijo que había visto a alguien que conocía y se pensó que tal vez hubiera sido mejor, en cuestión confianza y confidencialidad terapéutica, que hubiera sido primero el terapeuta quien le dijera que estaba una persona

conocida en el equipo y entonces dejarle la decisión a la paciente de preferir que siguiera en el equipo o que saliera.

El proceso continuó y la paciente siguió asistiendo y todo siguió su curso normal, sin embargo se pensó que hubiera sido mejor dejarle la decisión a la paciente ya que pudo haber existido la posibilidad de que no le importara y que el miembro del equipo pudiera seguir en la sesión como parte del equipo terapéutico. Las decisiones, muchas veces se toman según las circunstancias que se van dando en el momento, por este motivo lo valioso en este caso es retomar la experiencia para futuras situaciones similares.

Otro aspecto importante respecto a la ética de los terapeutas, resultó de un caso visto en el escenario del ISSSTE; este caso ya se había dado de alta por decisión de ambas partes, de los terapeutas y de la familia. La familia había faltando mucho y durante una llamada telefónica la familia dijo que ya no iba a asistir, porque ya no iba a poder. El semestre ya había acabado y ya se estaban cerrando los procesos terapéuticos.

Posteriormente la familia volvió a llamar para decir que una de las hijas se había querido suicidar y que estaba en el hospital y querían de nuevo una cita. En esta situación se les dio la cita, aún cuando ya estaba concluyendo el semestre y ya no era tiempo de empezar un proceso terapéutico. Finalmente se dio de alta y en la llamada de seguimiento dos meses después la chica seguía bien. En este sentido, como mencionan Troya y Auron (1988), la responsabilidad central de los terapeutas es con la familia consultante y debe privilegiarse por sobre el entrenamiento, compromisos o lealtades institucionales; la claridad respecto de esta definición ética garantiza el cumplimiento del objetivo central que es el bienestar de los clientes.

Como sucedió en este caso, donde ni siquiera se preguntó si se podía ver a la consultante o no, sino que se dio por sentada la decisión de atenderla, la ética del terapeuta se pone de relieve ignorando los tiempos de las instituciones y de los terapeutas, tomando como su prioridad la urgencia de una familia en problemas graves.

La ética en la atención a familias tiene una gran importancia y en este trabajo surge el primer problema ético que se refiere a qué es y cómo debe funcionar una familia para asegurar el bienestar de cada uno de sus miembros. Todas las definiciones que se hagan están impregnadas de valores implícitos o explícitos, el ámbito de lo que es y lo que debe ser una familia o pareja está sujeta a constructos y valores.

En el tercer semestre del trabajo clínico en la Clínica de Terapia Familiar de Iztacala, se atendió un caso en el que el motivo de consulta era la infidelidad. Con la primera información recibida vía telefónica, como lo dicta la cultura y los prejuicios, una vez más se confirmaba que era el hombre el que había sido infiel, sin embargo más adelante los consultantes hablaron que había sido de parte de los dos. El tema de este caso planteaba una especial atención para cuidar y asumir dentro de lo posible una posición “neutral” que no permitiera al terapeuta verse atrapado.

La consideración ética que emerge de este caso, y en general de todos, pero éste es un claro ejemplo, corresponde a la permeabilidad de los valores y creencias personales respecto de una situación particular. Sería necesario intentar mantener al margen las ideas y expectativas de lo que “debiera ser”, sin embargo y de acuerdo a los postulados de la Cibernética de Segundo Orden, donde nuestra persona influye necesariamente en lo que estamos observando, se sabe que sería una mentira aseverar una completa objetividad. En este caso el equipo de terapeutas cobra un valor fundamental dentro de estas consideraciones y más aún si se compone de hombres y mujeres ya que en este tipo de temas hay una estrecha relación con el género.

En un supuesto, incluso fuera de lo que el equipo pudiera pensar que es la demanda de la pareja, ésta pudiera querer trabajar con otras cuestiones de su relación y permanecer con relaciones extramaritales, independientemente de que el punto de vista del terapeuta sea distinto; todo corresponde a lo que los consultantes manifiestan que es importante para ellos y sobre cuál camino quieren dirigir sus pasos.

Hay temas que seguramente y, de acuerdo a la historia de vida de los terapeutas, les impactan más o menos; pienso que es responsabilidad tenerlos presentes y hacer un trabajo terapéutico propio para ejercer éticamente el ejercicio clínico.

En otro caso atendido en la clínica, la paciente que asistió demandaba del terapeuta y del equipo la confirmación a su sospecha acerca de si su hijo era o no homosexual. En esta situación entra la capacidad de maniobra de los terapeutas de no verse presionados por la petición de la paciente, sino más bien manejarse bajo la ética que supone no dar por sentada una aseveración como ésta. El terapeuta y el equipo no conocían al joven, pero incluso conociéndolo, si él mismo no se reconoce como tal, no es función del equipo de terapeutas al servicio de la estabilidad emocional de los pacientes, otorgar un juicio acerca de las personas.

Son varios los temas con los que se debe tener especial cuidado en cómo manejarlos, sobre todo porque tienen un impacto importante en la familia y en el contexto social en que la familia está inserta.

Durante el trabajo clínico realizado en el cuarto semestre de la Residencia, surgieron algunas consideraciones que tienen que ver con la ética del trabajo clínico de los terapeutas. En este periodo se presentó un caso donde la madre planteaba que su esposo de quien ya estaba separada, quería llevarse a sus hijos fuera del país, y ella tenía miedo de no volverlos a ver. Sin embargo la señora no tenía mucha información legal acerca de si su esposo podía hacerlo o no.

En este sentido, de acuerdo al artículo 30 del Código Ético del Psicólogo (1993), éste solamente puede hacer una intervención sobre la cual esté formado e informado, por esto en el equipo se discutió que tendría que asesorarse por un abogado y tomar acciones en materia legal para impedir que se los llevara sin su consentimiento.

La terapeuta que llevaba el caso, pensó que tal vez esto significaría angustiar más a la paciente convirtiendo una simple amenaza en algo real. En el equipo se discutió que esta

consideración de alertar a la madre era importante, porque no se conocía al marido y no se podía saber si sus intenciones eran verdaderas o no, pero ante la duda era mejor prevenir, situación que también le daría tranquilidad a la señora al estar informada acerca de sus derechos.

Aún cuando los terapeutas pueden desconocer aspectos legales, me parece que ante una situación como ésta o que tenga que ver con violencia o abuso, es responsabilidad ética del terapeuta introducir los aspectos legales a su trabajo, aún cuando no sea él directamente quien trabaje dicha área. De esta manera también se promueve en los pacientes la toma de conciencia de que hay leyes con las que se pueden respaldar.

Otro caso atendido en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, tuvo que ver con ideación suicida; en principio el paciente habló de timidez, pero por su conversación y por la actitud corporal que tenía, parecía algo más serio que simple timidez. Finalmente en una sesión el terapeuta preguntó si alguna vez había pensado en suicidarse, a lo que el paciente contestó que sí, por lo que el terapeuta hizo un contrato de vida con él mientras duraba la terapia.

Las consideraciones éticas que resultan de este caso son varias, en primera instancia me pareció importante la pregunta directa que hizo el terapeuta acerca del pensamiento suicida, porque el tema de la muerte puede causar angustia provocando que se restrinja en la conversación. Considero que aún con la angustia que provoca, es importante sondear la ideación suicida en una persona de la cual se tengan sospechas.

Una cuestión más que se discutió con el equipo y el terapeuta, fue la pertinencia de abrir el tema delante de la mamá del paciente. Algunos miembros del equipo pensaban que era importante porque de alguna manera la madre estaría alerta de lo que hacía su hijo, por otra parte se pensaba que dado que la ideación e intento suicida se habló entre terapeuta-paciente, abrirlo con la madre sería romper con la confianza que el paciente depositó en el terapeuta; sumado a esto se pensaba que la madre estaría controlando demasiado a su hijo lo que provocaría en él angustia.



Estas dos posturas respecto a hablarlo en sesión junto con la madre, tenían sus propios argumentos, válidos para quien los estaba defendiendo, sin embargo me parece que antes que nada es necesario considerar qué es lo más conveniente para la familia en ese momento y más si se tiene algún riesgo para la vida de una persona. En este sentido pienso que una forma de cuidar y apoyar al paciente sería que los miembros de la familia estén enterados; en este caso la madre ya sabía algo pero no se había manejado de manera abierta y explícita. Además el que los demás sepan lo que pasa protege al terapeuta, quien no carga con toda la responsabilidad de esa información.

De acuerdo al Código Ético del Psicólogo (1993), dentro del rubro de la confidencialidad del paciente, se menciona que el psicólogo tiene la obligación básica de respetar la confidencialidad de sus pacientes, sin embargo también dice que en casos donde hay que proteger a la persona de algún daño, puede mostrarse la información sin necesidad de pedir su consentimiento.

En este caso finalmente no se abrió explícitamente el intento suicida del paciente, por cuidar el vínculo entre paciente-terapeuta, pero un miembro del equipo entró a sesión para hablar de riesgos y de la importancia de estar cuidando y de estar alerta a señales de depresión o soledad negativa.

Considero que la ética de los terapeutas parte de poner en primera instancia la vida y la seguridad de las personas, sea la situación que sea, la prioridad es promover esa seguridad y en este sentido, como dice Cecchin (1989), podemos asumir una postura moral y legal sin dejar de lado nuestro trabajo terapéutico.

## CONSIDERACIONES FINALES

Durante la Residencia en Terapia Familiar, se desarrollaron capacidades y habilidades relacionadas al perfil de un profesional del campo de la salud. Específicamente se desarrollaron las competencias referidas al ejercicio de la Terapia Sistémica y Posmoderna.

Dentro de las principales actividades, a nivel teórico, que permitieron la generación de habilidades terapéuticas se pueden mencionar: la conceptualización de los aspectos teóricos de los diferentes modelos, el análisis de los modelos en los casos atendidos en los diferentes escenarios y la identificación de posibles hipótesis desde una visión sistémica de la familia, entre otros.

A nivel clínico las actividades que favorecieron el desarrollo de las competencias clínicas, por mencionar algunas, son: desarrollo de una entrevista, establecimiento de alianza terapéutica con la familia, definición de motivos de consulta, evaluación del caso y elaboración de propuestas de intervención, identificación de necesidades y fuerzas en los diferentes sistemas involucrados, evaluación del proceso terapéutico, diseño, selección y aplicación de diferentes métodos a través del análisis teórico metodológico, procedimientos y técnicas necesarias para el caso y elaboración de reportes de tratamiento.

Es importante señalar que todo este proceso de aprendizaje permaneció dentro de un marco ético y de compromiso social, promoviendo una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios.

Además de las actividades propias de la terapia, se instrumentaron proyectos de investigación que estuvieran relacionados a temas de problemática social y se elaboraron talleres ofrecidos gratuitamente a la comunidad, como parte del servicio de los profesionales al servicio de la salud.

En este último aspecto, se pone de relieve que el trabajo que realiza un terapeuta sistémico, sobrepasa el servicio en un consultorio y tiene posibilidades reales de ampliar su ejercicio profesional a nivel de atención y prevención en grupos y comunidades.

Es importante mencionar que la Terapia Sistémica además de que pudiera ser considerada una aproximación más de hacer terapia, tiene toda una serie de implicaciones en el terapeuta, así como en la forma de trabajo. Visualizar a la institución, al terapeuta, a la familia y al equipo de supervisión, como sistemas en sí mismos y en constante influencia e interrelación entre sí, implica un trabajo global que no deja cabos sueltos, considerando y cuidando siempre toda y cada una de las partes del sistema total.

La forma de trabajo desempeñada de esta manera, produce en las personas recién involucradas un cambio en la forma de percibir las cosas y las relaciones, propicia un énfasis en cada uno de los elementos involucrados en una situación específica, tanto en los otros como en uno mismo. De esta forma, además de la terapia como una forma de desempeñar un trabajo, tiene también influencia directa en la persona que se inserta en estas nuevas epistemologías.

La Residencia, con todas las actividades programadas, genera un sentido de responsabilidad y compromiso social en el ejercicio de la terapia. Considerar a los terapeutas como un punto de análisis sumado a la familia y/o al equipo de supervisión, propicia una reflexión personal en lo que se está haciendo y cómo se está haciendo, pone de relieve los propios fantasmas, los puntos ciegos, los sesgos, etc. que pudieran ser poco favorables para los casos clínicos. De esta manera la profesión de la terapia ya no es un trabajo aislado de la persona que lo desempeña sino que ahora se trata de un trabajo con constante autoanálisis y autorreflexión acerca del propio desempeño. Esta cuestión se encuentra íntimamente relacionada a un trabajo desempeñado de forma responsable y comprometida.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, A. (1996). *Psicología de la adolescencia*. México: Alfaomega.
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En S. Mc Namee y K. Gergen. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Argentina: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: Ideas preliminares y en evolución acerca de las implicaciones para la teoría clínica. *Family Process*. 27(4), 371-393.
- Andolfi, M. (1991). *Terapia Familiar. Un enfoque Interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Andrade, P. (1998). *El ambiente familiar del adolescente*. Tesis Doctorado UNAM.
- Anguera, M.T, Arnau, J., Ato, M., Martínez, R., Pascual, J. y Vallejo, G. (1995). *Métodos de Investigación en psicología*. Madrid: Síntesis.
- Arellano, R.V. (1998). *La percepción familiar en adolescentes suicidas*. Tesis de Licenciatura. México, UNAM.
- Arnold M. y Osorio, F. (1998). *Introducción a los Conceptos básicos de la Teoría General de Sistemas*. Recuperado el 3 de octubre 2004 de:  
<http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/03/frames45.htm>
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1989). *La Terapia Familiar Sistémica de Milán. Teoría y Práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L., y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós.
- CCH (2004). Página electrónica de CCH. Recuperado el 13 de octubre 2004 de:  
<http://www.cchazc.unam.mx/>.

- Cade, B., y O'Hanlon. (1993). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Family Process* 26 (4), 405-413.
- Desatnik, O, Franklin, A, y Rubli, D. (2002). Visiones, Re-visiones y Super-visión del Proceso de Supervisión. *Terapia Familiar* 15 (1), 47-56.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1994). *En un origen las palabras eran magia*. España: Gedisa.
- Eguiluz, L. (2001). *La Teoría Sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Fernández, E., London, S. y Tarragona, M. (2002). Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En G. Licea, I. Paquentin y H. Selicoff. *Voces y más Voces*. México: Alinde.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La Táctica del Cambio*. Barcelona: Herder.
- Fishman, H. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Barcelona: Paidós
- Galicia, I., y Eguiluz, L. (1998). El equipo reflexivo: una alternativa didáctica en la supervisión y entrenamiento de los terapeutas con orientación sistémica. *Revista Mosaico de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familia*. Barcelona. Tercer cuatrimestre No 13. p. 1-7.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gomes, C. (comp.) (2001). *Procesos sociales, población y familia*. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y Miguel Ángel Porrúa.
- Haley, J. (1976). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Toray.

- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1984). *Terapia de Ordalia, caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1985). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En S. Mc Namee y K. Gergen. *La terapia como construcción social*. pp. (25-43). Barcelona: Paidós.
- Hoffman, L. (1989). Una posición constructivista para la terapia familiar. *Asociación Mexicana de Terapia Familiar*. 2 (2), 41-53.
- Horrocks, J. (1986). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- Imber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. (1988). *Rituales Terapéuticos y Ritos en la Familia*. Barcelona: Gedisa.
- INEGI (2004). *Mujeres y Hombres*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática e Instituto Nacional de las Mujeres.
- ISSSTE (2004). Página electrónica del ISSSTE. Recuperado el 13 de octubre 2004 de: <http://www.issste.gob.mx/>
- Jenkins, E. (1998). The relationship of family structure to adolescent drug use, peer affiliation and perception of peer acceptance of drug use. *Adolescence*. 22 (12), 8.
- Keeney, B. y Silverstein, O. (1986). *La voz terapéutica de Olga Silverstein*. Barcelona: Paidós.

- Kenney, B. (1983). *Estética del Cambio*. Barcelona: Paidós.
- Licea, G., Paquentin, I y Selicoff, H. (comps.) (2002). *Voces y más Voces*. México: Alinde.
- London, S., y Rodríguez I. (2004). La supervisión como grupos de conversaciones colaborativas. En G. Licea, I. Paquentin y H Selicoff. (comps.). *Voces y más Voces: Reflexiones sobre la supervisión*. pp. (81-90). México: Alinde.
- López, P. (1981). *Revisión de Escuela Estratégica y Estructural de la Terapia Familiar y su posible aplicación a la Familia de México*. Tesis Maestría. UNAM.
- Mc Namee, S y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Maldonado, I. (1997). Evaluación crítica de la corriente narrativa y conceptos Interrelacionados en terapia familiar. *Revista de Psicología Iberoamericana*, 5 (3) 13-21.
- Martínez, C. (1996). *Estudio de rasgos de personalidad a través del MMPI en mujeres adolescentes con intento de suicidio y sin intento de suicidio*. Tesis de Maestría. México, UNAM.
- Minuchin, S. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. España: Gedisa.
- Minuchin, S., Lee W. y Simon, G. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moos, R., Moos, B. y Trickett, E. (1995). *Escala de Clima Social*. España: TEA
- Nardone, G y Watzlawick, P (1990). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques de Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W., y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

- Ovejero, A. (2002). *Psicología social postmoderna emancipatoria: Entre la psicología crítica y el postmodernismo*. España: Universidad de Oviedo.
- Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Palomar, J. (1998). *Funcionamiento Familiar y Calidad de Vida*. Tesis Doctorado. UNAM.
- Pakman, M. (1997). *Construcciones de la Experiencia Humana, Vol. II*. Barcelona: Gedisa.
- Parry, T. (2001). Sin red: preparativos para la vida posmoderna. En S. Friedman. (comp.) *El nuevo lenguaje del cambio*. pp. (317-357). Barcelona: Gedisa.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa: Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Penn, P. (1982). Interrogatorio circular. *Family Process*. 21 (3), 89-114.
- Pittman, F. (1990). *Momentos decisivos: tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Barcelona: Paidós.
- Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica (2001). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rada, C., Lasa, I., Rahola, R. y Lozano, P. (coords). (2001). *Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos*. España: Sociedad Española de contracepción. Recuperado el 4 de febrero de 2005 de: <http://www.sec.es/saludreproductiva.htm>.
- Roberts, E. (1980). Reliability of the ces-d: escale in difference ethnic contexts. *Pshychiatric Research*, 2, 125-134.
- Robles, F. (2002). *Una revisión teórica de los postulados epistemológicos. La historia y el uso de la Comunicación y el Lenguaje en la Terapia Breve Sistémica*. Tesis de Licenciatura UNAM.

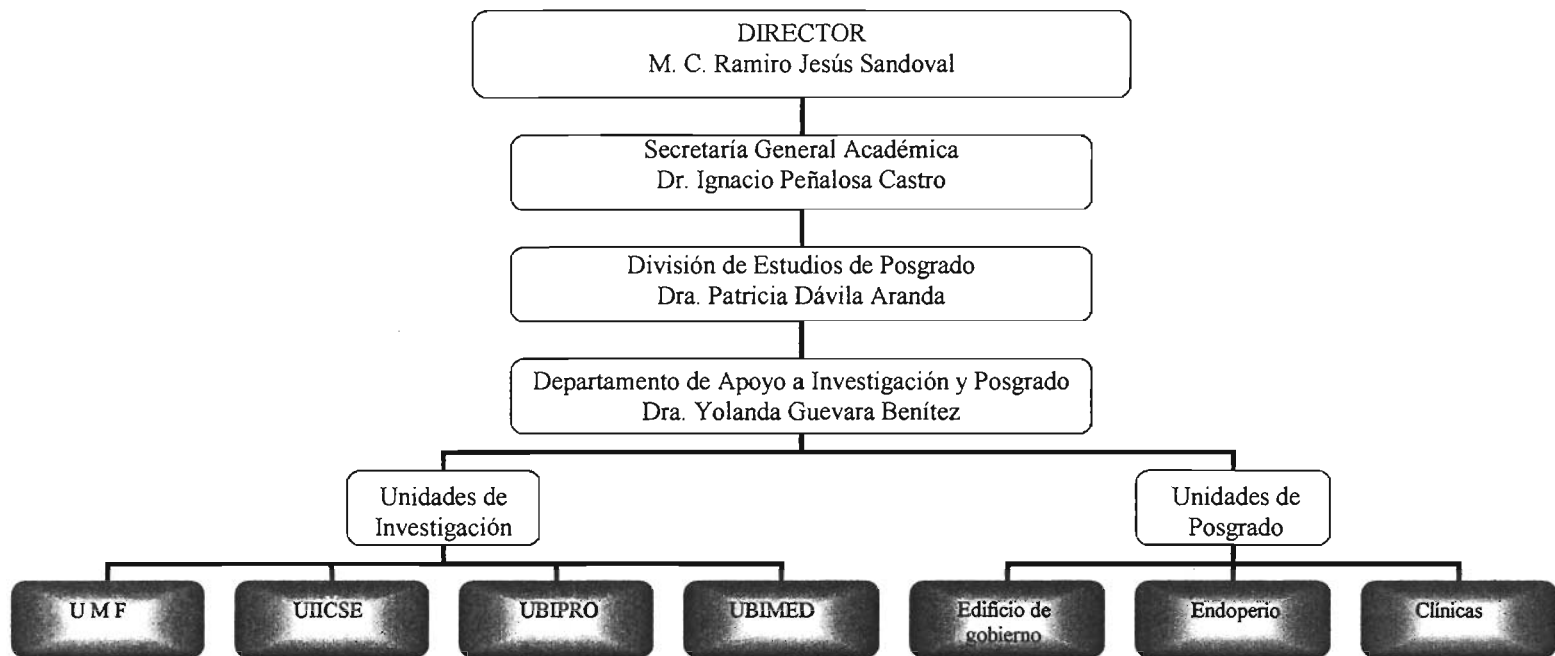


- Robles, O. (2004). La supervisión basada en la confianza: La experiencia generadora de ideas en el proceso terapéutico. En G. Licea, I. Paquentin y H. Selicoff. (comp.). *Voces y más Voces: Reflexiones sobre la supervisión*. pp. (107-122). México: Alinde.
- Salles, V. (2001). Familias en transformación y códigos por transformar. En C. Gomes (comp.). *Procesos sociales, población y familia*. pp. (103-126). México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y Miguel Ángel Porrúa.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia Familiar. Modelos y Técnicas*. México: Manual Moderno.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio*. Barcelona: Gedisa.
- Seminario Cáceres (2004). Portal del Seminario Diocesano Cáceres. *Posmodernismo* (2). Recuperado el 15 de agosto 2004 de:  
<http://espanol.geocities.com/semicace/tposmodernidad2.html>.
- Sociedad Mexicana de Psicología (1993). *Código Ético del Psicólogo: Normas de comportamiento ético de los psicólogos*. México:Trillas.
- Sluzki, C. (1987). Versión ampliada "A minimal Map of Cybernetics". *The Family Therapy Networker*. 9(1), 26, 1985.
- Sluzki, C. E., (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. En: *Sistemas Familiares*, agosto (7), 64-69.
- Troya E. y Auron, F. (1988). *La Diferenciación de los Constructos del Terapeuta en la Supervisión*. Trabajo presentado en el 3er Congreso Nacional de AMPAG, Querétaro, Qro, México.
- Tuirán, R. (2001). Estructura familiar y trayectorias de vida. En C. Gomes (comp.) *Procesos sociales, población y familia*. pp. (23-65). México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y Miguel Ángel Porrúa.

- Villatorio, V., Andrade, P., Fleiz, B., Medina-Mora, M., Reyes, I. y Rivera, G. (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental*. 20 (2), 21-27.
- Walling, Anne. D. (2000). Preventing suicide in a family practice. *American family Physician*. 15 (3), 1-7.
- Watzlawick, P., Beavin J. y Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland. J. y Fisch, R. (1976). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. España: Gedisa.
- White, M. (2002). *Rescribir la Vida*. España: Gedisa.
- White, M. (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. España: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wittezaele, J. y García T. (1994). *La Escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.
- Wong, R. y Figueroa, M. (2001). Salud y contexto familiar: una nota sobre análisis de datos. En C. Gomes (comp.) *Procesos sociales, población y familia*. pp. (89-101). México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y Miguel Ángel Porrúa.
- Zafra, T. (2002). *La Duda Feliz*. Reflexiones: revista de psicología caleidoscópica. Recuperado el 20 de diciembre 2004 de:  
<http://usuarios.lycos.es/reflexiones/argumentos/ladudafeliz.htm>

# ANEXO 1

## FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



# ANEXO 2

# CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR

ESTRUCTURA ORGANICA

ESTRUCTURA TECNICO OPERATIVA

Subdelegación médica

Dirección C M F

Subdirección médica

Subdirección administrativa

Coordinación de enseñanza e investigación

Coordinación de atención médica

Trabajo social

Jefatura de enfermería

Coordinación de archivo científico y vigencia de derechos

Coordinación de cirugía general

Jefatura de área de recursos humanos y financieros

Jefatura de área de abasto y servicios generales

Licencias médicas

Consulta externa

Medicina preventiva y Salud reproductiva

Odontología

Laboratorio clínico

Radio-diagnóstico

Estadística

Curaciones e inyecciones

Jefatura médica de archivo clínico

Jefatura médica de vigencia de derechos

Farmacia

Visitas domiciliarias

Unidad de atención primaria para la salud

Central de equipo y esterilización (CEYE)

Urgencias

Almacén

# ANEXO 3

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL ATZCAPOTZALCO**

