



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LA  
FORMACIÓN COMO TERAPEUTA FAMILIAR**

REPORTE DE EXPERIENCIA  
P R O F E S I O N A L  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:

***BETZABÉ ALEJANDRA FIGUEROA FUENTES***

DIRECTORA DEL REPORTE: *MTRA. JACQUELINE FORTES BESPROSVANY*  
COMITÉ TUTORIAL: *MTRA. LUZ MA. ROCHA JIMENEZ*  
*MTRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO*  
*DRA. SOFIA RIVERA ARAGÓN*  
*MTRA. CAROLINA DÍAZ WALLS ROBLEDO*  
*MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS*  
*MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA*

MÉXICO, D. F.

JUNIO DE 2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## ***DEDICATORIAS***

Me la dedico a mí, por cada uno de los momentos invertidos, tanto los agradables como los desagradables y que me permitieron llegar a alcanzar una meta tan importante en mi vida y ser la persona que soy.

Para mis padres Elma y Armando, por ser mis pilares.

A mis hermanas Xareni, Miriam, Sheyla y Miroslava, por ser mis espejos.

A mis cuñados Roberto y Jesús, por ser parte importante en mi familia.

A Victoria, por permitirme conocerla y saber que la vida es maravillosa.

A los nuevos integrantes de la familia, Maximiliano y Cristóbal, porque aún en la distancia, son importantes para mí.

A mis amigas(os), por todos los momentos que hemos compartido a lo largo de estos años.

A ti Arturo, que eres mi secreto a voces, gracias por el ser humano que eres.

A mis compañeras de trabajo, por la paciencia a lo largo de estos años y el interés porque alcanzara mi meta.

A ti Aquino, que con tus confrontaciones, logré salir adelante.

*Aviso, el orden de los mencionados no altera el sentimiento, cada uno tiene su lugar, su función y mi amor.*

*La vida no sería vida,  
si cada uno de ustedes  
no estuviera cerca  
o lejos de mí.*

***Betzabé***

## **AGRADECIMIENTOS**

A la *Universidad Nacional Autónoma de México*, por ser mi segunda casa a lo largo de mi formación profesional, así como, a todas aquellas personas que en ella laboran y son copartícipes en este proyecto profesional.

A las instituciones como *CONACYT* y *DGEP*, por el apoyo económico, que me permitió alcanzar parte de una meta más en mi vida.

A la *Mtra. Jacqueline Fortes Besprosvany*, por todo su tiempo dedicado, su paciencia, su conocimiento compartido, así como su acompañamiento a lo largo de la elaboración de mi reporte de experiencia profesional.

Al Centro de Servicios Psicológicos “*Dr. Guillermo Dávila*”, UNAM – Facultad de Psicología, por permitirme aplicar los conocimientos adquiridos en sus instalaciones, por las facilidades prestadas para establecer contacto con los solicitantes al servicio y por la cordialidad y respeto en su trato.

A todos y cada uno de mis profesores, tanto del tronco común, como los de la residencia, ya que me permitieron aprender profesional y personalmente.

A los profesores *Mtra. Luz Ma. Rocha Jiménez*, *Mtra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo*, *Dra. Sofía Rivera Aragón*, *Mtra. Carolina Díaz Walls Robledo*, *Mtro. Jorge Orlando Molina Avilés* y *Mtro. Arturo Martínez Lara*, por su participación, para cerrar este ciclo en mi vida.

## ÍNDICE

	Pág.
Resumen.....	7
Capítulo I: Introducción y Justificación.....	8
Capítulo II: Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar:.....	13
Características del campo psicosocial	
La psicología, su evolución y las crisis mundiales	
Principales problemas que presentan las familias	
Articulación entre la enfermedad crónica y la familia	
Modelo sistémico de la enfermedad: esferas de influencia	
La Terapia Familiar y Posmoderna como alternativas para abordar la problemática.	
Capítulo III: Características de la sede donde se realizó el trabajo clínico.....	29
Capítulo IV: Descripción del trabajo en la Residencia de Terapia Familiar.....	34
Capítulo V: Análisis Teórico Conceptual de los Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....	39
<i>Concepción Sistémica de la Familia</i>	
<i>La Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy)</i>	
<i>La Cibernética (Weiner)</i>	
<i>La Teoría de la Comunicación (Watzlawick, Beavin, y Jackson)</i>	
Modelo Estructural.....	47
Modelo Estratégico.....	50
Guía MC Master.....	53
Modelo de Terapia Breve Palo Alto MRI.....	58

Modelo de Terapia Orientado a Soluciones.....	62
Modelo de Milán.....	68
Terapia Posmoderna	
Modelo de Terapia Narrativa.....	74
Modelo de Terapia Colaborativa y Conversacional.....	76
Equipo Reflexivo.....	78
Reflexión del capítulo.....	80
Capítulo VI: Análisis y discusión teórico – metodológico de la intervención clínica con familias y del Sistema Terapéutico Total, basado en las observaciones clínicas como terapeuta y parte de los equipos terapéuticos. ....	82
Caso # 1. Trabajado desde el Modelo de Terapia Estructural de Minuchin.....	83
Caso # 2. Trabajado desde el Modelo de Terapia Breve MRI, Modelo de Terapia Centrada en Soluciones y Modelo de Terapia Estructural de Minuchin.....	95
Caso # 3. Trabajado desde el Modelo de Terapia Breve MRI, el Modelo de Terapia Centrada en Soluciones, el Modelo de Terapia Estructural de Minuchin y el Modelo de Terapia Estratégico.....	107
Caso # 4. Trabajado desde el Modelo de Terapia Breve MRI y el Modelo de Terapia Centrada en Soluciones .....	118
Capítulo VII: Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento:	
Atención y Prevención Comunitaria.....	132
Producto tecnológico I.....	143
Producto tecnológico II.....	172

Capítulo VIII: Habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	177
Habilidades Clínicas Terapéuticas	
Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria y de investigación.	
Habilidades de compromiso y ética profesional	
Capítulo IX: Consideraciones finales.....	183
Análisis del Sistema terapéutico total	
Reflexión y análisis de la experiencia	
Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.	
Conclusiones	
Bibliografía.....	194
Anexo A.....	199
Anexo 1.....	201
Anexo 2.....	204
Anexo 3.....	207
Anexo 4.....	209
Anexo 5.....	213

## **RESUMEN**

El objetivo del reporte de experiencia profesional, es la integración de los diversos aspectos que conformaron mi formación como terapeuta familiar. Este incluye marco teórico, integración, descripción y análisis teórico metodológico de cuatro casos, en los cuales fungí como terapeuta, actividades de enseñanza y difusión del conocimiento, por medio de la atención y prevención comunitaria, así como, la realización de productos tecnológicos, todo ello, de acuerdo al perfil de egreso del programa de formación de maestría y doctorado. Además se exponen las consideraciones finales, incluyendo un resumen de las habilidades y competencias profesionales desarrolladas, la incidencia psicosocial, los resultados obtenidos en el trabajo terapéutico, consideraciones éticas y las implicaciones en la persona del terapeuta. Lo cual me permite concluir que el programa de maestría brindó los elementos para adquirir el conocimiento y el desempeño como terapeuta familiar, construyendo los cimientos de la formación, que a lo largo del tiempo requiere seguirse construyendo, depurando y renovando.

## Capítulo I: *Introducción y Justificación.*

El presente reporte busca transmitir el proceso de aprendizaje teórico – práctico vivido, como parte de la formación del terapeuta familiar, fundamentando la pluralidad en los conocimientos del desarrollo de la Terapia Familiar, el Construccionismo Social y la Terapia Posmoderna. Nuestro recorrido inicia conociendo los orígenes de la TF, identificando así que:

Al hablar de Terapia familiar, nos remontamos al año de 1935; en el cual surgen los primeros trabajos sobre la Teoría General de los Sistemas (TGS) y el trabajo fundamental, en el área de la Terapia Familiar (TF). “El Organismo como sistema abierto”, aparece por primera vez en 1940 y experimenta cambios a lo largo de su aplicabilidad (Bertalanffy, 1976). Sin embargo, en los años posteriores a la 2ª Guerra Mundial, en los años 50’s, es cuando se puede hablar de Terapia Familiar como movimiento que impulsa el interés en Psiquiatría por la familia del enfermo mental, por lo que los fundamentos teórico–epistemológicos muestran un gran desarrollo conjugando a gran variedad de profesionales, entre los cuales podemos encontrar *psiquiatras, psicólogos, antropólogos, economistas, etc.*

Entre los precursores de la TF, podemos encontrar a *Adler*; quien pensaba que el sentimiento social es una cualidad fundamental de la persona, que se hereda en el plano biológico, pero que se halla enormemente influido por el modelo impreso por la familia. *Adolf Meyer*, creía que para comprender las alteraciones mentales, el psiquiatra debía conocer el medio sociofamiliar del paciente y considerar a la enfermedad como una inadaptación de la personalidad global. *John Von Neuman* y *Oskar Morgensten*, en 1944 elaboran la teoría de los juegos, en la cual destacan la importancia del juego en la infancia como medio de formar la personalidad y de aprender de forma experimental a relacionarse en sociedad, a resolver problemas y situaciones conflictivas. **Todos los juegos**, de niños y de adultos, juegos de mesa o juegos deportivos, **son modelos de situaciones conflictivas y cooperativas** en las que podemos reconocer situaciones y pautas que se repiten con frecuencia en el mundo real. *Eric Berne*, funda el análisis transaccional, desarrollando conceptos de Padre-Adulto-Niño (esquema tripartito), el análisis estructural, y los estados del Yo, agregando a su vez, los conceptos de juegos psicológicos y argumento de vida.

Dentro de los pioneros de la TF *John Bell*, es uno de los primeros en experimentar la terapia familiar, en 1951 trabajando con la familia de un adolescente agresivo. *Nathan Ackerman*, llegó a la terapia familiar a través de la Psiquiatría Infantil y fundó el Family Institute en Nueva York y la revista *Family Process* junto con *Don D. Jackson*, considerada así, la guía teórica metodológica del movimiento. *Christian Mildefort*, fue uno de los primeros en el tratamiento de familias de esquizofrénicos. *Theodor Lidz*, destacó la incapacidad de las familias de esquizofrénicos para desarrollar una estructura adecuada y favorecer una diferenciación suficiente de roles en el seno de la familia. *Murray Bowen*, hospitalizó, junto con *Lyman C. Wynne*, familias de jóvenes esquizofrénicas. *Carl Whitaker*, considerado “l’enfant terrible” (el terapeuta de lo absurdo) de la terapia familiar, fue uno de los primeros en introducir a miembros colaterales de la familia en las sesiones de terapia familiar; sus contribuciones más notables se refieren al uso de las metáforas (terapia simbólica y experiencial) y a la utilización de técnicas de la coterapia. *Gregory Bateson*, fundador del grupo de Palo Alto (1952), destaca el trabajo en colaboración con *John Weakland*, *Jay Haley*, *William Fry*, *Don D. Jackson*; siendo el trabajo de este grupo representativo, ya que en él se encuentran vastas investigaciones y publicaciones, así como la enseñanza. *Ivan Boszormenyi-Nagy*, introduce el punto de vista ético en el abordaje familiar (Marsellack, U., 2004).

Entre los principales contribuyentes a la formulación de la **Teoría de los Sistemas Generales** cabe destacar a los químicos *Ilya Prigogine* y *Manfred Eigen*; al antropólogo *Gregory Bateson*; a los biólogos *Conrad Waddington* y *Paul Weiss* y a los teóricos de sistemas *Erich Jantsch* y *Ervin Laszlo*. El trabajo de estos estudiosos, crea la epistemología sistémica para su aplicación en Terapia Familiar, dicha epistemología se nutre originalmente de tres principios:

- 1) La Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1954).
- 2) La Cibernética (Wiener, 1948)
- 3) La Teoría de la Comunicación (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967).

Sin dejar de lado los conceptos procedentes de enfoques **evolutivos** (Haley, 1981) y **estructurales** (Minuchin, 1974). Todos ellos son claves para la concepción sistémica de la familia, por lo que, el resultante de dichas aportaciones teóricas aplicadas a la psicoterapia

familiar constituye el denominador común de la Terapia Familiar Sistémica (Botella, L. y Vilaregut, A., 2003).

Posterior al conocimiento de las bases de la TF, y los aportes del Constructivismo generados por Maturana (1988) y por von Glasersfeld (1984), nos adentraremos al Construccinismo Social que tiene como exponente importante a Kenneth J. Gergen (1982); y a lo que actualmente se conoce como la Terapia Posmoderna, considerando así, a la Terapia Colaborativa y Conversacional (Anderson H. y Goolishian H., 1988), el modelo de “Terapia Narrativa” (David Epston y Michael White, 1990) la cual hace uso del equipo reflexivo – reflexive team –; y que busca trastocar al equipo de observadores, con la familia en tratamiento y que estos últimos oigan y vean qué creen los que están detrás del espejo (Tom Andersen, 1994).

Todo ello en conjunción, permitió tener un mayor conocimiento de la aplicabilidad de la Terapia Familiar, ya que los conocimientos teóricos junto con la práctica clínica, fue la entrada al conocimiento del campo psicosocial y a las problemáticas en las que incide el trabajo de Terapia Familiar, las características de la sede donde se realiza el trabajo clínico, el marco teórico conceptual epistemológico que sustenta el trabajo, el desarrollo y aplicación de competencias profesionales, habilidades de enseñanza, investigación y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria, integración de las habilidades de compromiso y ética profesional, Permitiendo así, mi formación como profesional de la salud, para ejercer en un nivel de excelencia y de acuerdo a las necesidades de la sociedad.

Es importante mencionar que lo que me motivó a elegir la Terapia Familiar fue que, a lo largo de mi desarrollo laboral, veía que no sólo el portador del síntoma era quien se la pasaba mal o sufría, al contrario, me percataba que las familias se desintegraban, los esposos abandonaban a las esposas o viceversa, alguno de los padres tenía dificultades con su forma de beber o existía consumo de drogas, peleas constantes entre la pareja, divorcios, se presentaban períodos de agresión física; ya fuese entre la pareja o de alguno de los padres hacia los hijos “no portadores del síntoma”. Detectaba que había sentimientos como el enojo, la ira, la tristeza, etc., que el entorno familiar del sintomático no detectaba qué era lo que estaba pasando, era claro ver a la madre o al padre discutir acaloradamente con cualquier persona que le contradecía, otros

simplemente y de manera pasiva callaban y lloraban, parecían autómatas, aparentemente sin razonamiento o cuestionamiento alguno. En otras familias, los padres se dedicaban a trabajar arduamente, lo cual sólo les permitía llevar y recoger a su hijo(a) y no saber más de la situación “aparentemente”.

Para mí, las familias eran grupos de personas que sufrían, ¿cómo dejar de sufrir? O más bien ¿cómo dejar de vivir de esa forma? no lo sabía, sólo sentía que su expresión (facial – corporal), su estado de ánimo alterado y el problema presente, era algo real y que cada vez más consumía a cada uno de los integrantes del contexto familiar. Observaba a los hijos “no portadores del síntoma” cómo se distanciaban de los padres y del portador del síntoma, o en algunos casos los hijos, eran los responsables de la persona sintomática o ejercían cierto nivel de maltrato o violencia. Las familias mantenían relaciones con su entorno de tal forma, que se volvían grupos cerrados, aislados aún viviendo lo mismo y no alcanzaban a vislumbrar el poder vivir algo diferente, se daba un sobreinvolucramiento con la enfermedad o problema y la familia perdía toda posibilidad de mejorar.

Cuando tuve mi primer contacto con la corriente sistémica, fue entonces, cuando puede empezar a comprender y darle lógica a lo que yo pensaba, observaba y sentía. En un principio mi acercamiento fue cien por ciento desde la práctica, apoyando técnicamente a una profesora en sus sesiones de terapia, en un diplomado de Terapia de Pareja. Poco a poco empecé a conocer la teoría y al encontrar algunas respuestas a lo que yo buscaba, entonces fue cuando se definió mi camino, conocer, estudiar y aprender, a aplicar la Terapia Familiar Sistémica, en los problemas de los que solicitaban ayuda.

Conforme fui recibiendo información, en mí tuvo mucho sentido el dejar de ver al portador del síntoma como alguien patológico, porque a veces también yo sentía que no había otra forma de intervenir, más que medicarlo (psiquiatra), controlar su alteración conductual (aplicación de terapia psicológica sólo con el individuo) y tener la creencia que eso era suficiente. Es claro que para mí, en esos momentos, esa visión ya no era funcional, entonces era momento de buscar alternativas diferentes. Este proceso también me permitió entender que para ser un terapeuta no sólo bastaba tener la licenciatura, sino prepararme más y entender que el trabajar con seres

humanos, era una responsabilidad y un compromiso con migo misma, que los sentimientos y los pensamientos pueden ser la fortaleza o la debilidad de la persona, pero sus interacciones, son las que le permitirán equilibrarse en cualquier momento de cambio o crisis.

*El ser humano nace,  
crece y vive  
consigo mismo,  
pero para lograrlo  
necesita de todo su entorno.*  
*Betzabé A. Figueroa Fuentes*

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

### ***Características del campo psicosocial***

Establecer un análisis psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar, requiere hacer un pequeño recuento de lo que la sociedad a nivel mundial vivió, algunas décadas previas a 1950, con la finalidad de establecer un contexto sistémico y entender las necesidades de la sociedad y del individuo como tal, ante el hecho de tener y/o recuperar una salud mental adecuada.

La creación de estructuras políticas y sociales rígidas e inflexibles, que conjugadas con la dinámica económica del imperialismo, llevaron a la sociedad a vivir crisis recurrentes. Por ende nos remontamos a la época de la 1ª (1914 -1918) y 2ª Guerra Mundial (1939 -1945); épocas en las cuales la inequidad y enfrentamiento entre las clases sociales, aunado a la economía deficiente y resentimientos entre naciones por conflictos políticos anteriores, llevaron a la sociedad a vivir crisis constantes. En 1917 la Revolución Socialista, 1929 la gran crisis económica, el surgimiento del fascismo en Italia y el nazismo en Alemania (1918-1939), la consolidación de la ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas como potencia mundial y el estallido de la Gran Guerra Civil española, el surgimiento del franquismo, el vertiginoso avance de la tecnología; lo cual transforma por completo la vida en el campo y en la ciudad, que crea en sí, al paso de los años, una reorganización del poder mundial y un gran reacomodo de las relaciones entre países y entre clases; de ahí su carácter fundador de gran parte del mundo actual.

En 1945, al término de la 2ª Guerra Mundial la situación de los liberados, presentó una serie de fenómenos contradictorios; entre júbilo por la liberación, una difícil situación económica, el desmantelamiento de los regímenes fascistas, el descubrimiento de la existencia de los campos de exterminio nazi, la recuperación de la independencia formal, la creciente dependencia económica y militar hacia los países que quedaban como grandes potencias mundiales (EE.UU. y URSS), además de la continuidad de la Guerra por parte de Japón, en la búsqueda de la liberación de Asia. Lo cual queda como otro acontecimiento que marca a la sociedad en el mundo cuando,

Harry S. Truman presidente de EE.UU., decide el 6 de agosto de 1945 emplear la primera bomba atómica (bomba de uranio), dejándola caer sobre la ciudad de Hiroshima; tres días después, el 9 de agosto, Truman ordena el lanzamiento de una 2ª bomba (bomba de plutonio), la cual fue detonada en Nagasaki, concretándose finalmente la rendición de Japón.

Esta época funge como puntero para el desarrollo de la tecnología\*, la ciencia y una acelerada carrera armamentista, no sin antes entender que las consecuencias de dichas crisis no sólo implicaron la muerte de más de 20 millones de civiles y soldados, sino también el debilitamiento económico. Además la sociedad queda dividida entre el *Socialismo*\* y *Capitalismo*♦, pero la lucha entre la clase obrera y burguesa continuó en los dos bloques.

En *América Latina* la guerra tuvo varias *consecuencias*, en **primer lugar**, permitió un importante desarrollo económico por la aplicación de una política de “sustitución de importaciones”, que dio lugar a una rápida industrialización. En **segundo lugar** EE.UU., consolidó su influencia económica obteniendo así la cooperación de América Latina, pero también provocó una creciente subordinación económica.

Con toda esta serie de cambios universales, el 26 de Junio de 1945, se crea la *Organización de las Naciones Unidas*‡; cuyo *objetivo* fundamental sería *garantizar la paz*, y cuya tareas incluiría *fomentar la amistad* entre las *naciones del mundo*, promover la *libre autodeterminación* de los *pueblos* y *estimular la cooperación* en los *terrenos económico, social y cultural*. Sin embargo, las crisis continuaron, es decir, a partir de 1945 la humanidad se vio envuelta en la llamada “*Guerra*

---

\* En la 2ª Guerra Mundial, se da la invención o generalización de muchas invenciones técnicas: la energía atómica, la penicilina, el uso más variado del plástico, el plasma y las transfusiones sanguíneas, además de que se mejoraron el radar, la aviación, la radio y la computadora.

♦ El Socialismo establece algunas características ventajosas para los obreros, como la propiedad colectiva de los medios de producción, la impartición gratuita de la educación y la salud. Desventajas: instauración de un régimen de partido único, la subordinación de los sindicatos al gobierno y una constante intervención de la potencia socialista URSS en los asuntos internos de los países pertenecientes al bloque socialista.

♦ En el Capitalismo se obtuvo un rápido pero contradictorio crecimiento económico, que permitió que la sociedad gozara de abundantes bienes y servicios, incrementando la desigualdad entre las distintas clases sociales, además de una creciente intervención estadounidense (segunda potencia pero capitalista) en los asuntos de los países que formaron el bloque capitalista.

‡ La Organización de las Naciones Unidas (ONU), es una institución internacional dispuesta a admitir a todos los países. Busca solucionar problemas comunes en toda la humanidad: desde el tráfico marítimo internacional hasta la atención a la infancia (ver anexo A).

*Fría*<sup>Ω</sup>. La lucha de los pueblos por obtener su independencia política y económica, y por preservar su identidad cultural, dio lugar a uno de los procesos más importantes del siglo XX: el creciente protagonismo de las naciones en vías de desarrollo y la lucha por su liberación nacional, sin embargo, la vida social y cultural fue exageradamente politizada e incluso los Juegos Olímpicos, impidiendo la cooperación entre los científicos y los artistas de ambos bloques, lo cual retrasó muchos posibles inventos, obstaculizó la resolución de problemas sociales como, el hambre, enfermedades o falta de vivienda, centrando entonces, sus gastos más en el armamentismo.

Paradójicamente, la *Guerra Fría*, fue un importante motor para concebir inventos y descubrimientos, renovadores de las instituciones y para poner en práctica nuevas costumbres sociales, integrando a su vez muchos otros conflictos bélicos<sup>≈</sup> (Betancourt, P. Alberto, Ibarra, G. Ana y William, D. Ann., 1999).

Al conocer éste cúmulo de crisis desarrolladas a lo largo de varias décadas, nos podemos introducir de manera más amplia al entendimiento del desarrollo de las necesidades psicosociales, en donde la Salud Mental, está interrelacionada con las dificultades económicas, políticas y las diferencias entre las clases sociales. Como se puede observar a continuación, la psicología conlleva un proceso paralelo de evolución junto con las crisis mundiales, los grandes avances científicos y tecnológicos, identificando principalmente, los orígenes de la Terapia Familiar y su correlación con el ámbito psicosocial.

---

<sup>Ω</sup> La Guerra Fría se caracterizó por el enfrentamiento entre el bloque Socialista y el Capitalista, la carrera armamentista y los combates en el llamado Tercer Mundo (1945-1989).

<sup>≈</sup> La Guerra Civil en Grecia (1946 – 1949). La fundación del Estado de Israel (1948). La Guerra de Corea (1950 - 1953). La Independencia (1954) y la Unificación de Vietnam (1963 -1975). La lucha por los derechos civiles en EE.UU. (1964 - 1968). La nacionalización del Canal de Suez (1956), intentos de humanizar el socialismo (1968 - 1956). Los Golpes de Estado en Chile (1973) y Argentina (1976 – 1982). La Revolución Sandinista en Nicaragua (1979 – 1990)

*La psicología, su evolución y las crisis mundiales*

<b>Crisis mundiales, avances científicos, tecnológicos y sociales</b>		<b>El primer siglo de la Psicología y los orígenes de la Terapia Familiar</b>	
1859	El Origen de las Especies – Darwin		
1861 - 1865	La Guerra Civil Norteamericana	1875	Wundt y James fundan los primeros laboratorios psicológicos
1876	Alexander Graham Bell Inventa el Teléfono		
1880	Charles L. Laveran, logra aislar el parásito que produce la malaria	1880	Principios del Psicoanálisis. Breuer trató a una chica que sufría una histeria grave
1888	Heinrich Hertz, físico alemán comprueba la teoría electromagnética de Max Well y detecta las ondas que se conocerán como hertzianas	1888	Francis Galton desarrolla las correlaciones.
1892	El antropólogo Eugenio Dubois, descubre en Java, restos del esqueleto del llamado Pithecanthropus erectus (Hombre de Java)	1892	G. Stanley may funda la Asociación Psicológica Norteamericana
1900	Población mundial 1.600 millones	1900	La interpretación de los sueños, de Freud Pavlov comienza el estudio del condicionamiento
1903	Los hermanos Wright inventan el Aeroplano		
1913	2da. Guerra Balcánica. Bulgaria enfrenta a Grecia y Serbia por la posesión de Macedonia	1913	“La psicología vista por un conductista”, de Watson
1918	Termina la 1ª Guerra Mundial		
1928	Alexander Fleming descubre la penicilina, aislando un moho que tiene el poder de inhibir el desarrollo de los estafilococos, lo cual da origen a la penicilina.	1928	Hans Berger descubre el método para registrar EEG
1935	En Rusia el régimen de Stalin realiza purgas políticas en defensa del comunismo	1935	Surgen los primeros trabajos sobre la Teoría General de los Sistemas (TGS) y su trabajo fundamental, en el área de la Terapia Familiar (TF).
1938	Franklin D.R. exhorta a Hitler y a Mussolini a establecer la paz en Europa	1938	La conducta de los organismos, por Skinner
1940	La penicilina se emplea como antibiótico	1940	“El Organismos como sistema abierto”, aparece por primera vez
1941	Los japoneses atacan Peral Harbor	1941	Conferencia sobre Hipnosis, en el Instituto Psicoanalítico de Nueva York
1944	Día D (Junio 6). Desembarque de Normandia en las costas de Francia.	1944	John Von Neumann y Oskar Morgensten, elaboran la teoría de los juegos
1945	Se crea la Organización de las Naciones Unidas	1945	Bateson y McCulloch dan una conferencia en Macy
1945	Empleo de las primeras bombas atómicas en un conflicto bélico (bomba de uranio – bomba de plutonio)	1945	Bertalanffy presenta la Teoría General de los Sistemas
1945	Termina la 2ª Guerra mundial	1945	Wiener y Von Neumann organizan el estudio de grupo
1948	Gandhi es asesinado	1948	La Cibernética de Wiener
1948	Alfred Kinsey: el comportamiento sexual humano femenino	1948	Whitaker da conferencia sobre esquizofrenia
1950	Truman da instrucciones para que se desarrolle la bomba de hidrógeno al Instituto de Energía Atómica	1950	Surgimiento de una nueva innovación clínica

<b><i>Crisis mundiales, avances científicos, tecnológicos y sociales</i></b>		<b><i>El primer siglo de la Psicología y los orígenes de la Terapia Familiar</i></b>	
1950	Corea del Norte invade Corea del Sur, y toma la capital Seul	1950	Bowen se enfoca en la simbiosis madre hijo
1951	J. Andre-Thomas inventa el respirador artificial	1951	Terapia centrada en el cliente, de Rogers
1951	Sale por primera vez al mercado la TV a color	1951	<i>John Bell</i> , es uno de los primeros en experimentar la terapia familiar
1952	La pastilla anticonceptiva se produce con fosfato	1952	<i>Gregory Bateson</i> , funda del grupo de Palo Alto y se inicia el proyecto de investigación sobre la comunicación
1952	Muere John Dewey (1859) Muere Karen Horney (1885)	1952	Midelfort presenta al APA, artículo de Terapia Familiar
1953	B.F. Skinner: ciencia, educación y salud, post tratamiento	1953	Milton Erickson desarrolló un peculiar enfoque terapéutico, y establece un vínculo con quienes habían de ser los principales introductores de su obra en el ámbito de la terapia familiar sistémica
1954	La suprema corte de justicia de U.S., establece la segregación racial en las escuelas públicas, violando la 14ª enmienda	1954	Von Bertalanffy: La Teoría General de Sistemas.
1954	La vacuna contra la Poliomielitis es aplicada por Jonas Salk	1954	Bateson y Don Jackson se asocian desarrollan la teoría del doble vínculo
1955	U.S. y U.S.S.R. dan a conocer internacionalmente el lanzamiento de satélites	1955	Satir comienza a enseñar sobre la dinámica familiar, en Chicago
1956	Martin Luther King queda como líder de la campaña, contra la segregación racial	1956	Bateson y cols.: "Hacia una Teoría de la esquizofrenia"
1957	Muere John Von Nuemann	1957	Boszomenyi-Nagy crea el departamento de Terapia Familiar, en el Instituto de Psiquiatría en Eastern Pennsylvania
1958	Se crea el Mecado Común Europeo	1958	Ackerman: Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones Familiares
1959	Fidel Castro se convierte en Presidente de Cuba	1959	Don Jackson funda el Mental Research Institute (MRI), compuesto inicialmente por Don Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir
1960	El primer satélite meteorológico, es lanzado por U.S. para enviar señales de televisión, alrededor del mundo	1960	Ackerman funda el Instituto de la Familia, en NY. Minuchin comienza el proyecto Wiltwyck en NY.
1961	Se construye el muro de Berlin.	1961	Paul Watzlawick se incorpora al proyecto de Bateson. El Instituto Kempler para el desarrollo de la familia, se establece en los Angeles.
1962	El premio Nobel de Medicina y Fisiología, es entregado a F.H.C. Crack, M.H.F. Wilkins, y a J.J. Watson por establecer la estructura modeluclar del ADN	1962	Nathan W. Ackerman y Don Jackson crean la revista "Family Process"
1965	Muere Winston Churchill	1965	Ackerman funda en New York el Instituto de la Familia.
1967	Dr. Christiaan Barnard realiza el primer trasplante humano en Cape Town, S. Africa.	1967	Selvini Palazzoli funda el Instituto para el estudio de la Familia, en Mila, Italy
1967	Muere Gordon Allport	1967	Publicación de la Teoría de la Comunicación. Watzlawick, Beavin, y Jackson
1968	Levantamiento estudiantil, matanza de estudiantes en México.	1968	Bertalanffy introduce su libro "Teoría General de los Sistemas"
1974	Inflación Mundial	1974	Salvador Minuchin, trabaja con familias de niños delincuentes con un enfoque estructural

<b><i>Crisis mundiales, avances científicos, tecnológicos y sociales</i></b>		<b><i>El primer siglo de la Psicología y los orígenes de la Terapia Familiar</i></b>	
1975	Salida de Estados Unidos de Vietnam	1975	Satir, Stachowiak, y Taschman: Ayudando a las Familias para el Cambio
1976	Muere Mao Tse-Tung (1893)	1976	Haley: Terapia para resolver problemas
1981	Se crea la piel artificial, para las víctimas de quemaduras	1981	Lynn Hoffman publica el libro: Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas
1981	Primer vuelo especial, del transbordador Columbia	1981	Madanes: "Terapia Familiar Estratégica"
1983	Pioneer 10, realiza la primera prueba especial, en el sistema solar	1983	Keeney: Estética del Cambio
1986	Desatre Nuclear en Chernobyl	1986	Selvini Palazzoli: Los juegos psicóticos en la familia
1987	Margaret Thatcher gana la tercera elección en Bretaña	1987	Tom Andersen: "El Equipo Reflexivo"
1988	Salman Rushdie: Los Versos Satánicos	1988	Muere Virginia Satir (1916) Walters, Carter, Papp y Silverstein: La Red Invisible
1989	La caída del Muro de Berlín	1989	O'Hanlon y Weiner-Davis: En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia.
1990	Primera autorización, para el uso del tratamiento genético, para el control de enfermedades	1990	White y Epston: medios narrativos con fines terapéuticos Madanes: Sexo, Amor y Violencia
1991	Se disuelve la URSS	1991	La corriente feminista se presenta en la conferencia anual, en la AAMFT Gergen: El Yo Saturado
1992	Intervención en Somalia	1992	McDaniel, Hepworth, y Doherty: Terapia Médica Familiar
1993	ControverHealth care ontroversies	1993	Hoffman: Las Voces del Cambio
1994	Año Internacional de la Familia	1994	De Shazer: En un origen las palabras eran magia
1995	El primer ministro de Israel es asesinado en Tel Aviv por un extremista ultranacionalista por la paz	1995	Muere John H. Weakland
2005	Muere el Papa Juan Pablo II La gripe aviaria se extiende en Vietnam	2005	Muere Steve de Shazer

Santiago, S., Crider, A., Goethals, G., Kavanaugh, R., Solomon, P. (1989). *Psicología*. Scout, Foresman and Company : Estados Unidos de América. Eguiluz, R., Luz (2001). *La Teoría Sistémica*. Alternativas para la investigar el sistema familiar. Universidad Nacional Autónoma de México (Campus Iztacala), Universidad Autónoma de Tlaxcala: Tlaxcala México. 1ª Edición. Hoffman, Lynn (1998). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. Fondo de Cultura Económica: México, 4ª reimpression. Becvar, D. y Becvar, R. (1996). *Family Therapy: A Systemic Integration*. Allyn and Bacon: U. S. 3<sup>rd</sup> ed.

Dadas las experiencias y las secuelas de la guerras en la humanidad, así como las necesidades de atención en el área de la Salud Mental, la Terapia Familiar comenzó como un movimiento de reforma enderezado contra la Psiquiatría y la Psicoterapia Ortodoxa, ya que mientras algunos psiquiatras y psicoterapeutas insistían en localizar los problemas en el paciente individualizado, Theodore Lidz (1965), destacó la incapacidad de las familias de esquizofrénicos para desarrollar una estructura adecuada y favorecer una diferenciación suficiente de roles en el seno de la

familia. Don Jackson (1957), Virginia Satir (1967), Nathan Ackerman (1962) y otros creadores de ideas, señalaron los roles del juego familiar en el sustento de la conducta problema y orientaron las disciplinas por caminos creadores a tratar pacientes por medio de un trabajo dentro del contexto de la familia. El contexto del paciente pasó a ser tan importante como los rasgos de su personalidad, y la teoría general de sistemas se adoptó como un medio para conceptualizar el contexto y las intervenciones hechas en él. Así, a lo largo de treinta años, la Terapia Familiar ha sido codificada, su enseñanza se ha difundido y los terapeutas familiares han adquirido gran eficacia en producir cambios (cit., en Fishman, H., 1994).

### ***Principales problemas que presentan las familias***

Navarro, G. y Beyebach, M. (1995), explican que desde la década de 50's los familiares comenzaron a involucrarse de forma explícita en sesiones conjuntas, en el tratamiento de la esquizofrenia, por lo que el interés por la familia del esquizofrénico ha mostrado un curso bipolar. Donde el tratamiento de la esquizofrenia era incluso el contexto responsable de la acuñación y desarrollo del movimiento de la Terapia Familiar, la década de los setenta podría ser denominada como una fase de pesimismo depresivo, no así, la época de los ochenta; ya que en ella se publicaron los resultados de diversos estudios controlados, en los que el involucramiento de los familiares en el tratamiento de la esquizofrenia, mostraron procedimientos terapéuticos eficaces. Afirman que lo único que comparten esos dos períodos, es el apelativo de “terapia familiar”.

Considerando los cambios en la sociedad de la posguerra y las transformaciones en las últimas décadas, la Terapia Familiar se enfrentó con los principales cambios en el tamaño y la estructura de la unidad familiar, mayores índices de divorcios, familias con un solo progenitor y parentalidad en adolescentes. Y aún en familias tradicionales, la vida familiar se transformó, especialmente a causa de cambios en la vida laboral. La participación de mujeres en la fuerza laboral aumentó de tal manera que el trabajo de la madre fuera del hogar era más la norma que la excepción (Fishman, H., 1994).

Juliet Schor, 1991 (cit. en Fishman, H., 1994), calculó que entre 1969 y 1987 la jornada de trabajo del empleado norteamericano medio sufrió un incremento anual equivalente a un mes entero, por lo que no tiene nada de extraño que la vida familiar haya sufrido cambios. Richar Luov, 1990 (cit. En Fishman, H., 1994) refiere que el Consejo de Investigaciones de Washington, D. C., de 1989, informa que el tiempo que los padres pasan con sus hijos disminuyó un 40% en el último siglo, y buena parte de esa disminución ocurrió en años recientes<sup>∞</sup>.

En los últimos veinte años, las condiciones de las familias norteamericanas experimentaron cambios profundos en el sentido de una desmejora. Según el Children's Defense Fund (1989, pág. 16. cit., en Fishman, H., 1994), uno de cada cuatro niños y adolescentes de hasta dieciocho años eran pobres; entre los bebés y niños en edad de aprender a caminar, uno de cada cuatro era pobre; entre los niños negros, uno de cada dos era pobre (1989, pág. 17. cit., en Fishman, H., 1994). Se produjo un descenso en los ingresos medios y en el período de 1973 – 1986, disminuyeron un 15 %, en las familias cuyo jefe tenía de treinta a sesenta y cuatro años, y un 30 % en aquellas cuyo jefe tenía menos de treinta años.

Los cambios profundos repercutieron en todos los niveles sociales y grupos étnicos, ya que existe un lazo recurrente entre la economía y la estructura social de la familia. Las presiones económicas desestabilizan el matrimonio y el divorcio impone más presiones económicas a la familia. En 1987, 34.3 % de las familias encabezadas por una mujer eran pobres, comparadas con un 10.8 % para la totalidad de las familias. La consecuencia es que en una infraestructura débil sustenta a estas familias y con menos recursos, decaen las instituciones comunitarias. En Trenton (nueva Jersey), 2,900 estudiantes concurren a una escuela secundaria diseñada para 2,000 y en el primer período de calificaciones 2,000 estudiantes; presentaron por lo menos una materia reprobada.

La fuerza laboral se volvió más móvil de acuerdo a los cambios y a las circunstancias económicas que alentaban y a veces obligaban a los trabajadores a cambiar de empleo continuamente, para instalarse a menudo en comunidades desconocidas, lejos de la familia y de otros sistemas de

---

<sup>∞</sup> Un estudio efectuado por Pittsburgh's Priority Management Co., en 1988 reveló que la pareja trabajadora media dedica cuatro minutos diarios al diálogo significativo, y el progenitor trabajador medio dedica treinta segundos diarios a la conversación significativa con sus hijos (cit., en Fishman, H., 1994).

apoyo. El consiguiente desgaste de la lealtad comunitaria significó una pérdida adicional para la sensación de seguridad y estabilidad en la vida familiar. Al mismo tiempo, los cambios presentados en las grandes empresas eliminaron el beneficio estabilizador del lugar de trabajo como comunidad relativamente constante (Fishman, H., 1994).

Aunado a esto, las familias se enfrentaron al paso de los años, con nuevas dificultades, entre las cuales podemos encontrar, las enfermedades crónicas, discapacidad, afecciones crónicas por un período cada vez más largo del ciclo vital, encaminando a la familia, a tensiones y/o crisis, ya que cuando uno de sus miembros sufre una enfermedad, discapacidad, etc., pone a la familia frente a uno de los mayores desafíos de la vida; ya que dicha tensión se siente en todo el sistema familiar, es decir, todos se ven afectados. Algunas familias sufren un deterioro en su calidad de vida, mientras otras tienen capacidad de adaptarse y salen adelante de la crisis. Las familias al ingresar al mundo de la enfermedad sin un mapa psicosocial, con frecuencia necesitan un guía que les pueda proporcionar apoyo y la confirmación de que están manejando su crisis con normalidad (Rolland, J. 2000).

Enfocándonos a México, se puede identificar que a lo largo de los años la estructura social, las familias y el individuo como tal, se ha modificado, por lo que han estado condicionados por factores sociales y culturales que propician diferencias en las formas de relacionarse y de participar en los ámbitos familiares, sociales, económicos y políticos, que por lo general se traducen en situaciones de inequidad y desigualdad, así como, se han creado roles sociales para hombres y mujeres, con la posibilidad de insertarse en diversas esferas de la vida y en papeles diferenciados en el entorno familiar. Algunos de los factores socioculturales que han generado cambios en la forma de relacionarse y participar en el ámbito familiar del individuo, son la **población**, que de acuerdo a lo reportado por el INEGI (2005), el crecimiento de ésta, a lo largo del siglo pasado tuvo importantes cambios: entre 1900 y el año 2000 se multiplicó 7.2 veces, lo que significa que pasó de 13.6 a 97.5 millones de habitantes. Sin embargo, en el transcurso del periodo señalado, los incrementos poblacionales se presentaron con diferente intensidad. Así, la población de principios de siglo tardó poco más de 50 años en duplicarse, posteriormente, como resultado de la alta natalidad y de una sensible baja de la mortalidad, la población de 1950 (25.8 millones) se duplicó en tan sólo 20 años. Los 48.2 millones de habitantes contabilizados

censalmente en 1970, tardaron cerca de 30 años en duplicar su tamaño, comportamiento que obedece en gran parte al descenso ininterrumpido de la fecundidad observado desde mediados de los años setenta. En términos del ritmo de crecimiento, esto significa que mientras en los años setenta la población creció a una tasa promedio anual de 3.2%, durante la última década del siglo pasado lo hizo a 1.9% (2.1% en el quinquenio 1990-1995 y 1.6% en el segundo quinquenio). La *migración* es junto con la *fecundidad* y la *mortalidad*, también un factor fundamental que ha determinado el comportamiento demográfico de la población y su evolución en el tiempo. En México, al igual que en la mayoría de los países, los movimientos migratorios están estrechamente vinculados a las condiciones del desarrollo social y económico. Así, las principales corrientes migratorias internas ya no se dirigen a las grandes ciudades, sino a las de tamaño medio; si bien predominan los movimientos de carácter urbano-urbano, urbano-metropolitano y metropolitano-urbano, subsisten, aunque con menor intensidad, las corrientes rural-urbano y de tipo rural-rural. Aún y cuando especifican la existencia de un ligero descenso en la intensidad de la migración interna en el periodo 1995-2000, con respecto a quinquenios anteriores; el predominio de población femenina en los flujos migratorios internos y de población masculina en los internacionales; una marcada selectividad de la población migrante en términos de edad, escolaridad y estado civil; una emigración internacional en aumento acompañada de una reducción en el porcentaje de población que regresa al país al cabo de cinco años, aún así, la migración se ha convertido en el principal determinante del tamaño y la composición de la población en las distintas entidades federativas en los últimos años.

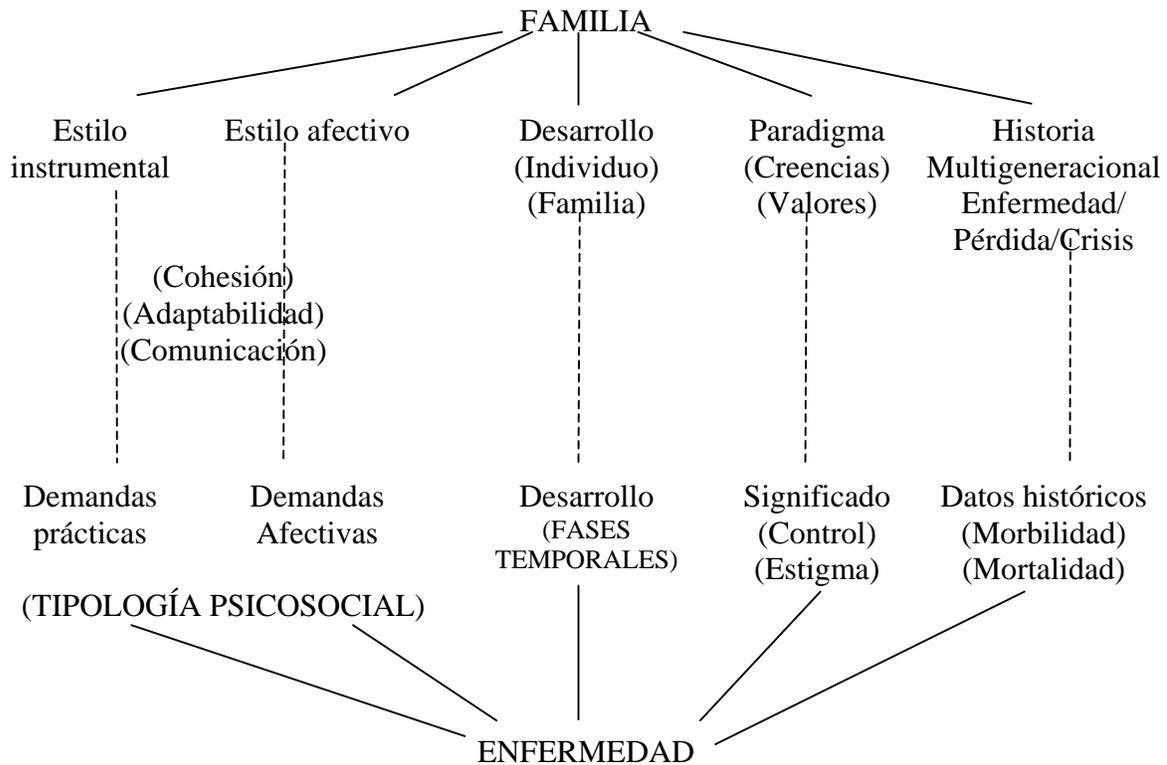
Otros factores socioculturales, que al paso de los años también han generado cambios en las interacciones son: el conocimiento y uso de anticonceptivos, mortalidad, la salud, trabajo, nutrición, etc., hasta llegar a factores que día a día van teniendo mayor relevancia y que a su vez son motivo de interés social como, las adicciones, la violencia intrafamiliar, seguridad, violencia social, maltrato infantil, suicidios, etc. Cada uno de ellos, marca un contexto que como sociedad e individuo integrante de una familia, va generando cambios indispensables, para así poder mantenerse en un sistema de manera más funcional, de ahí la utilidad al aplicar el enfoque sistémico.

Últimamente dicho enfoque se ha empleado en el tratamiento de enfermedades físicas, en una reseña de la aproximación familiar de los factores psicosomáticos que afectan la enfermedad, publicada en *Family Process* (1972), Lawrence Grolnik señaló, “no existe un cuerpo de conocimiento sobre las aplicaciones de la terapia familiar a las afecciones psicosomáticas” (pág. 476). En 1977, el artículo de John Weakland, “Family Somatics: A Neglected Edge”, sirvió como convocatoria para acercar a los teóricos de la terapia sistémica familiar al mundo de la salud y la enfermedad (cit., en Rolland, J. 2000). En la última década se han publicado libros que ponen de relieve cómo se pueden integrar los enfoques sistémicos de la familia al ejercicio de la medicina familiar y a la atención primaria.

En una reseña sobre la bibliografía teórica y de investigación acerca de la influencia de factores familiares en las enfermedades crónicas, Peter Steinglass y Mary Elizabeth Horan (1988), describen que han surgido cuatro perspectivas principales sobre el tema:

1. *La Familia como recurso*: desde este punto de vista, la familia es contemplada como una fuente primaria de ayuda social que funciona de manera protectora para aumentar la resistencia a las enfermedades y que ayuda a lograr que, cuando surge una enfermedad, el paciente cumpla con el tratamiento.
2. *La Familia psicosomática, un modelo deficitario*: aquí no se ve a la familia como un recurso potencial, sino más bien como una potencial desventaja, que contribuye a que se presente la enfermedad, a que tenga un curso desfavorable y a que no se cumpla con el tratamiento indicado.
3. *Efecto de la enfermedad sobre la familia*: esta orientación destaca los efectos que una enfermedad determinada tiene sobre una familia y no en el modo en que factores familiares influye en el comienzo o en el curso de un problema de salud.
4. *Influencia de la familia en el curso de una enfermedad crónica*: esta perspectiva es más sistémica, tiene en cuenta la interacción entre el comportamiento de la familia y las características de la enfermedad y cómo esta interacción puede tener una influencia negativa o positiva en el curso de una afección crónica (cit., en Rolland, J. 2000).

## Articulación entre la enfermedad crónica y la familia



Fuente: Reimpresión con permiso de Rolland, J. S., "Family systems and chronic illness: A typological model" En *Journal of Psychotherapy and the Family*, 3, pág. 144, 1984. (cit. en Rolland, J. 2000).

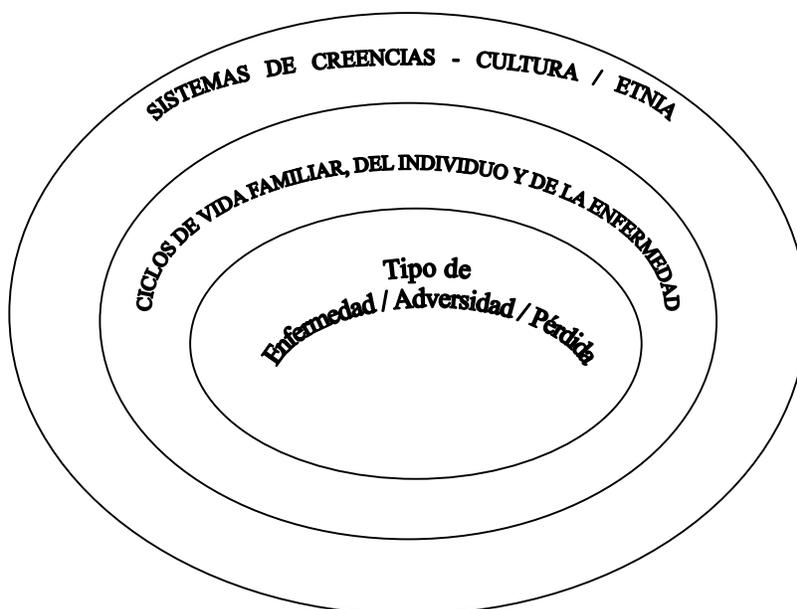
El *modelo sistémico* en la enfermedad proporciona una base conceptual para abordar la práctica clínica y la investigación en temas de enfermedad y discapacidad desde una perspectiva sistémica de la familia, destacando la consulta inicial y el proceso de evaluación y los problemas y desafíos comunes a que se enfrentan las familias a medida que experimentan una afección prolongada. Se ofrecen algunas pautas de intervención, pero el modelo está pensado para profesionales que pueden usar diferentes modelos y técnicas de intervención terapéutica. El modelo es interdisciplinario y puede ser aplicado tanto por médicos clínicos, como por profesionales de la salud mental; ha sido concebido con conciencia de que el nivel de intervención psicosocial variará considerablemente según el contexto y también de acuerdo con la formación profesional y el rol del profesional.

Doherty y Baird (1986) esbozaron cinco niveles de compromiso psicosocial con las familias:

1. Tener una porción mínima de información médica y asesoramiento.

2. Prestación de apoyo.
3. Empeñamiento de una evaluación sistémica.
4. La intervención planificada.
5. La realización de una terapia familiar.

### **Modelo sistémico de la enfermedad: esferas de influencia**



### **La Terapia Familiar y Posmoderna como alternativas para abordar la problemática**

Maldonado, M. (1998) menciona que en 1985, Lynn Hoffman habló de tres novedades en el campo de la terapia familiar: el pasaje del Constructivismo al Construccionalismo Social, el desarrollo de la corriente Narrativa y lo que denominó como *terapias de segundo orden*. Especifica que dentro del Constructivismo, Von Foerster<sup>♦</sup> propuso la idea de Sistemas Observables, Maturana y Varela<sup>∞</sup>, el complejo que incluye Autopoyesis, Sistemas Autopoyéticos,

---

<sup>♦</sup> viene de la investigación en redes neuronales. Sin embargo, se acerca al futuro construccionismo al definir realidad, como “un marco consistente para por lo menos dos observadores”. Apunta ahí a que nuestras ideas acerca del mundo son ideas compartidas, a las que se llega consensualmente y mediadas por hechos como la cultura y el lenguaje.

<sup>∞</sup> a partir de investigaciones sobre la fisiología de la visión, proponen conceptos como el de Autopoyesis, y el de Sistemas Operacionales cerrados, el cual se acerca al planteamiento de Bateson “La mente se genera siempre que aparecen estructuras de circuitos de lazos (loops) casuales”. Sin embargo, Varela elige un término diferente “Dominio Conversacional”, el dice, que habrá Mente cuando surge una unidad dedicada a acciones “tipo

sistemas Informacionalmente Cerrados, y *Ámbito Conversacional*. Von Glassersfeld<sup>o</sup>, aporta la idea de que dos sistemas simplemente se acoplan, en lugar de tener un perfecto encaje. Vinculado a todos estos conceptos, está el foco de Bateson en la organización circular, que solía comparar con los procesos mentales, teniendo así, un marco para los cambios sistémicos que tenderán a ser: 1) no jerárquico, 2) poco instrumental y 3) no peyorativo (asignar etiquetas).

Para Lynn Hoffman (1992), el *construccionismo social* presenta un abordaje más útil que el *constructivismo*. Los teóricos del *construccionismo social* consideran que las ideas, los conceptos y las memorias surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje. Los *construccionistas sociales* sostienen que todo el conocimiento evoluciona en los espacios interpersonales en el ámbito del “mundo común”, la “danza común”, sólo a través de la continua conversación con gente íntima, el individuo puede desarrollar un sentido de identidad o una voz interior. Ambas confrontan la idea modernista que propone la existencia de un “mundo real” que puede conocerse con certeza objetiva.

### **Terapia Posmoderna (Terapia Narrativa)**

La visión de la **Terapia Narrativa (Andersen, T. 1991., Anderson, H. &Golosina, H. 1988)**, respaldada por el *construccionismo social*, propone que las maneras en que los pacientes describen sus vidas, los limitan para desarrollar nuevas ideas o maneras de encararlas. Desde esta perspectiva, la psicoterapia es el proceso de ayudar a modificar el discurso habitual, problemático y explorar otro más fluido, el cual permitirá un rango más amplio y variado de interacciones posibles.

Desde la perspectiva Narrativa se propone:

---

conversación”, independientemente de cómo estén distribuidos en el espacio y de cuánto duren. Al igual que Von Foerster, Varela insiste en la idea de “comunidad observadora”, más que un observador, el que conoce no es el sujeto individual. Todo eso apunta a la Terapia de Segundo Orden y sobre todo, al futuro, el *Construccionismo Social*.

<sup>o</sup> El modelo constructivista de Von Glassersfeld pone énfasis en las “premisas colectivas” que subyacen a las conductas. Sostiene que no “descubrimos” el mundo ahí afuera... lo “inventamos”. El conocimiento, por tanto, refleja el acoplamiento entre organismo y ambiente que asegure su viabilidad. Por eso, dice, no es tan fundamental que organismo y ambiente match, sino fit lo suficiente para su sobre vivencia. No podemos conocer la realidad “tal como es”. Esto no quiere decir que la realidad no sea o no exista, sólo quiere decir que nuestra única manera de conocerla es a través de mediadores de lentes. Cuando creo que conozco algo, lo más seguro es que conozco mis lentes, mi particular manera de conocer.

- ☼ Una mayor atención a la importancia de las perspectivas múltiples
- ☼ A las configuraciones laterales, más que a las jerárquicas
- ☼ Atención a procesos, para llevar un acompañamiento; más que a objetivos, el cual forzar el proceso, para cumplir o alcanzar dichos objetivos.

De dichas ideas, se derivan los siguientes puntos:

- ✓ El self deja de ser concebido como una entidad deificada; se le comienza a ver como una narrativa, es decir, el individuo no es algo definitivamente estructurado, sin posibilidades, sino como la descripción de los elementos que lo conforman y lo llevan a interrelacionarse.
- ✓ Los textos no son algo a ser interpretados, sino considerados como un proceso que se desarrolla, es decir, se estructura una nueva narrativa, se le da un nuevo significado, más no un calificativo.
- ✓ El individuo es considerado en un contexto, y no como entidad intrapsíquica aislada, es decir, el individuo está integrado al contexto, más no fuera de él.
- ✓ El conocimiento científico o lo que puede ser considerado “hecho innegable” del mundo, deriva a un conocimiento narrativo, con énfasis en las creencias personales, más que en creencias acerca de cómo funciona el mundo, es decir, se centra en la particularidad de la narrativa del individuo mismo, desde sus concepciones y su vivir.

Por lo tanto, a pesar de que la *Terapia Familiar* reconoce la importancia del contexto, la mayoría de los autores siguen en una postura más “narrativa”, por lo que, de ver la estructura familiar como jerárquicamente organizada; la familia “existe” independientemente del observador, de ver al terapeuta como quien es (o debería ser) un experto, se atiende a una idea de desarrollo normativo de la familia funcionalista. En los 80’s, se va pasando de “cambiar familias”, a “cambiar premisas familiares” o “sistemas de sentido o de significado”. Esto da lugar a las *Terapias de Primer Orden* y de *Segundo Orden*, en donde los diferentes terapeutas o grupos se pueden ubicar en el campo del segundo orden, es decir, son aquellos que tienen en común la posición Construccionalista Social, pero además rechazan la imagen del terapeuta argumentativo o experto, que fuerza, que instruye, insiste. En general no dan “tareas para el hogar”, ni instrucciones paradójicas, tampoco esculturas, en cambio usan conversaciones como herramienta fundamental.

En esta corriente terapéutica, la epistemología de o/o permea toda la cultura, y aún y cuando quienes más insisten en intentar la de y/y, en ocasiones caen en el o/o., es decir, la vieja epistemología planteaba, el sistema crea el problema, la nueva, el problema crea el sistema, y ambas son lecturas válidas. Lynn Hoffman insiste que, desde el inicio de un proceso terapéutico, siempre se debe tener en cuenta tanto a la primera cibernética como a la segunda, ya que ambas tienen su lugar, su indicación y su contraindicación válida. Por ende, la *Terapia Familiar* y *Posmoderna* como alternativas para abordar la problemática de un paciente, llevan al terapeuta a identificar situaciones de emergencia y/o de riesgo; la terapia se encamina hacia una intervención de primer orden, pero también se debe tener en cuenta que, cuando se puede establecer una intervención de segundo orden, esto permitirá que el sistema desarrolle sus propios mecanismos de autorregulación, describiendo el proceso, como “la solución es el problema”.

Bateson cuestionaba la tendencia humana a controlar los desarrollos sociales y ambientales, porque, al hacerlo, se ignoran los circuitos de autorregulación de esas entidades. Carlos Sluzki, quien por su trabajo en hospitales psiquiátricos y su actividad terapéutica con pacientes afectados claramente por factores sociales y políticos, se ubica en el segundo orden, cuando habla de que “el terapeuta no transforma, más bien genera una oportunidad para cambiar”. Esto se acerca a lo que Hoffman menciona, es decir, ella plantea que el Terapeuta influye el contexto del cual él /ella es la única parte que puede controlar. Finalmente, si se toma un criterio de integración, la Terapia Familiar y la Terapia Posmoderna, no se remplazan mutuamente, sino que están complementariamente relacionadas (Maldonado, M., 1998).

### Capítulo III: Características de la sede donde se realizó el trabajo clínico.

El proceso clínico de los terapeutas familiares en formación, se desarrolló en «El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, UNAM – Facultad de Psicología». Dicho centro se inauguró el **8 de Mayo de 1982** por la *Doctora Graciela Rodríguez* (directora de la facultad en ese entonces), con la finalidad de proporcionar **tratamiento, desarrollar programas de entrenamiento práctico supervisado** a estudiantes de maestría y doctorado, además de realizar **proyectos de investigación**.

Las terapias que se ofrecieron en los orígenes del centro, se dirigían a los estudiantes, a sus parejas y a sus familias. Inicialmente, el centro se encontraba vinculado con el **Departamento de Psicología Clínica** de la División de Estudios de Postgrado, y contaba con la participación de los maestros de ese Departamento, así como, con la cooperación de profesores de otras áreas afines en programas específicos.



## “El Centro de Servicios Psicológicos Contemporáneo”

Los *objetivos generales* del Centro son:

- Apoyar y fortalecer la *formación teórico – práctica* de los alumnos, a través de los servicios psicológicos que la Facultad ofrece al público en general, con la ayuda del trabajo supervisado de los especialistas.
- Fortalecer la producción científica y la *investigación* en escenarios reales y con problemas que requieren la atención del psicólogo.

Los *objetivos particulares* del CSP son:

- ☞ Proporcionar **servicio** psicológico de calidad a estudiantes, administrativos, académicos, familiares y público en general.
- ☞ Apoyar a la **docencia** a través del fortalecimiento de la formación teórico-práctica de los alumnos, con base en el entrenamiento práctico bajo supervisión.
- ☞ Fortalecer la producción científica y la **investigación** aplicada con problemas sociales reales que requieren la atención del psicólogo.
- ☞ **Difundir** los productos del quehacer psicológico en foros científicos y en la comunidad.

*Como Sede de las Residencias del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, sus objetivos son:*

Continuar con la Formación de Supervisores en Terapia Grupal e Individual.

- ✓ Trastornos **Alimenticios**.
- ✓ **Retroalimentación Biológica**.
- ✓ **Autoestima y Asertividad**.
- ✓ **Evaluación** y Peritajes Psicológicos.

El CSP, constituye la Sede de diversas **residencias** del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, entre las cuales se encuentran:

- ❖ Residencia en *Medicina Conductual*.
- ❖ Residencia en *Terapia Familiar Sistémica*.

- ❖ Residencia en *Psicología Infantil*.
- ❖ Residencia en *Psicología de las Adicciones*.

**Participación en eventos:** tanto residentes como profesores de cada una de las residencias, se integran a la difusión de las actividades del centro, esto, principalmente en el 1<sup>er</sup> Encuentro de la Coordinación de los Centros y Programas de Servicio Psicológico de la UNAM.

**Talleres proporcionados por el CSP:**

- ☐ Autoestima.
- ☐ Modelo de formación de supervisores y de psicoterapeutas I.
- ☐ Modelo de formación de supervisores y de psicoterapeutas II.
- ☐ Tendencias Narrativas en Psicoterapia I.
- ☐ Tendencias Narrativas en Psicoterapia II.
- ☐ Formación de Instructores y Asertividad.
- ☐ Manejo de Estrés.

**Sesiones de supervisión de casos:**

- ❖ Aprendizaje, enriquecimiento y crecimiento de la labor profesional.
- ❖ Compartir y plantear alcances y límites en el quehacer psicológico.
- ❖ Comprender el material clínico desde enfoques distintos.
- ❖ Adquisición de habilidades profesionales.

**Programas Activos:**

*Tratamiento Psicológico de Alteraciones Fisiológicas.*

Objetivo: proporcionar servicio a usuarios predominantemente universitarios e investigar variables psicofisiológicas relacionadas con el **origen y mantenimiento** de estas alteraciones.

En la docencia permite la capacitación de estudiantes (servicio social, prácticas profesionales y tesis) desarrollando habilidades clínicas para el diagnóstico y tratamiento asistidos con **Retroalimentación Biológica**.

Programa de **Terapia Conductual Infantil**:

- ⊗ Programa de **Entrenamiento Conductual a Padres**.
- ⊗ Programa de **Obediencia Infantil**.
- ⊗ Programa de **Interacción Familiar**.
- ⊗ Programa de **Entrenamiento en Actividades Planeadas**.
- ⊗ Programa de **Prevención de Accidentes en el Hogar**.
- ⊗ Programa de **Autocontrol y Relajación**.

Programa de *Apoyo Psicosocial para Niños con Cáncer y sus Familias*.

- ⌘ Programa de **Entrenamiento Conductual para Padres** con niños que padecen cáncer.
- ⌘ Psicología positiva y programa de **optimismo**.
- ⌘ Manejo del estrés.

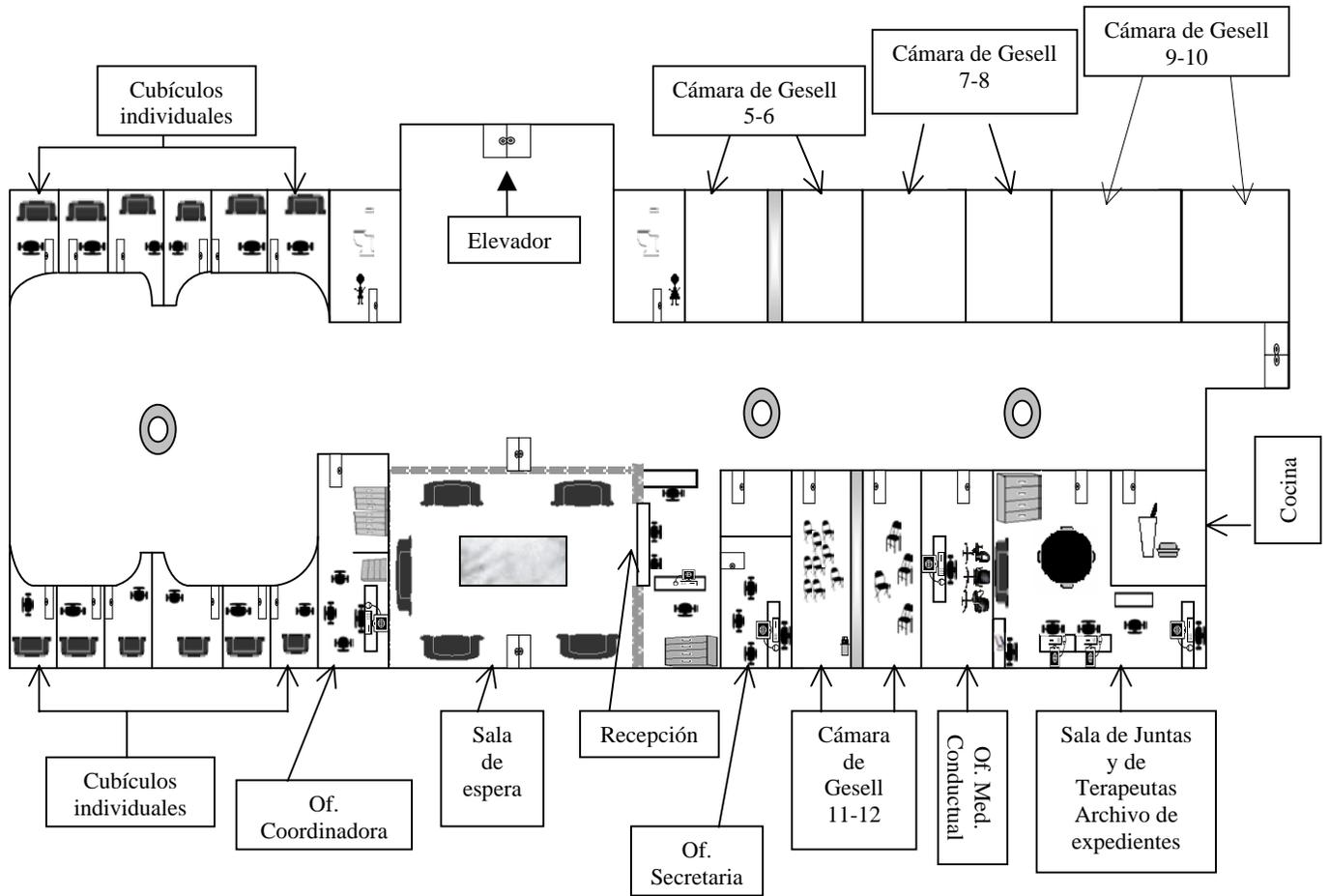
Programa de Movilización y Empoderamiento comunitario para la **Prevención Universal de Comportamientos Adictivos** en zona urbana.

Estudio de **Variables Familiares y del Contexto Comunitario** al Desarrollo de problemas de **Conducta Infantil** a través de estrategias longitudinales.

## Instalaciones del CSP

En el centro hay cuatro cámaras de Gesell, una cuenta únicamente con equipo de sonido, las tres restantes tienen equipo de audio y video, 12 consultorios para atención terapéutica individual, sala de juntas o de terapeutas, archivo de expedientes, cuarto de mantenimiento, baño, oficina de la coordinadora, elevador, oficina de la secretaria, sala de espera, recepción y cocina.

### Plano del CSP





Todo el *material de apoyo* se preparaba por lo menos con quince minutos de anticipación; dependiendo del número de asistentes, se acomodaba el espacio terapéutico, el equipo de video grabación se programaba, así como, se verificaba que las voces fueran perceptibles para los terapeutas que permanecían atrás del espejo.

<b>Equipo de Trabajo</b>	
Supervisora	Terapeutas Familiares
	

Se llevaron a cabo dos tipos de supervisión: **supervisión en vivo** y **supervisión narrada**. En la *supervisión en vivo* se formaron dos grupos de siete terapeutas familiares en formación y un supervisor. Para la *supervisión narrada*, se hicieron tres subgrupos conformados por: un grupo de cuatro terapeutas en formación y dos grupos de cinco terapeutas en formación; cada uno con un supervisor diferente y con sesiones de orientación semanales.

***Supervisión en Vivo:***

Para iniciar el proceso de terapia, para la primera sesión ya se debía haber establecido un primer contacto con los candidatos a ingreso a terapia, esto por medio de la *ficha de admisión*; la cual se solicitaba a la encargada del CSP. Posteriormente se establecía contacto vía telefónica con los solicitantes, acordando el día, la hora de trabajo y la (el) terapeuta asignada (o). En la primera sesión se les abría el expediente, se les asignaba un número de folio y se anexaba la ficha de identificación.

El terapeuta que realizaba la sesión de terapia, exponía minutos antes de que llegara la familia, tanto a la supervisora como al equipo de terapeutas; los cuales permanecían atrás del espejo, los antecedentes y motivo de consulta de la familia, extraídos de la ficha de admisión, el plan de trabajo terapéutico a seguir, la(s) hipótesis, el marco teórico en el cual fundamentaba su(s)

intervención(es) y el tiempo programado para hacer la pausa para consulta al equipo. En algunos casos, el supervisor a cargo entraba junto con el terapeuta al espacio terapéutico únicamente en la primera sesión. Se desarrollaba la primera parte del proceso terapéutico, se establecía el corte, el terapeuta daba a conocer el (los) mensaje(s) del equipo a los pacientes, se hacía el cierre de la sesión y acordaba la siguiente cita.

En todos los expedientes, sesión por sesión, se especificaba la fecha, la hora, la (el) terapeuta correspondiente, el control de asistencia y una descripción general del proceso. Asimismo, se realizaba un **reporte de las sesiones**, el cual requería de ciertos lineamientos, de acuerdo al número de sesión (anexo # 2). A partir de la sesión dos y las subsecuentes, el formato del **reporte semanal** se integraba con algunas variantes en su formato (anexo # 2).

#### ***Supervisión Narrada:***

La estructura del trabajo es igual a la antes descrita, sin embargo, en este caso, en el equipo atrás del espejo no se integraba a la supervisora. A ésta se le consultaban dudas, en otro día y hora. Para estas sesiones de supervisión, el terapeuta debía presentar el formato integrado, correspondiente a la sesión realizada (anexo # 2), además de la calendarización semanal de las sesiones realizadas, especificando la familia atendida, el día, la hora, nombre y firma de los integrantes del equipo de trabajo (anexo # 3) y la bitácora de la sesión (anexo # 3).

#### ***Tutorías:***

Éstas se llevaban a cabo una vez por semana o cada quince días, con una duración de una hora y media o dos, con un total de ocho sesiones mínimo por semestre, esto dependiendo de las necesidades de las(os) terapeutas en formación. La finalidad de dichas reuniones fue el aclarar dudas a nivel teórico, ver los avances de cada uno de los tutorados, comentar sobre el desarrollo académico y práctico de la maestría de acuerdo al semestre cursado, se comentaban los diferentes trabajos a desarrollar, el apoyo bibliográfico que podía complementarse para reafirmar los conocimientos, aclarar dudas, recibir retroalimentación para los casos clínicos que se estaban realizando, posibles intervenciones, líneas de exploración de información, además, se trabajaban

algunos aspectos de la personalidad del terapeuta, los cuales se consideraban, podrían interferir en el desempeño profesional. Para cada reunión se realizaba un registro de actividades (anexo # 3), el cual permitía tener continuidad en el trabajo.

<b>Usuarios del Servicio</b>
------------------------------

Los *usuarios*, de acuerdo a las fechas programadas por el CSP, asistían a llenar la *ficha de admisión*, presentando una identificación oficial, a partir de ello, se les canalizaba de acuerdo a sus necesidades al proceso terapéutico más conveniente, éstos podían ser alumnos, trabajadores de toda la comunidad universitaria y/o externos. La atención psicológica se proporcionaba sin hacer discriminación alguna, es decir, sin importar su sexo, raza, religión, tendencia política, estado civil y/o motivo de consulta. Debido a la demanda del servicio para Terapia Familiar, las sesiones se programaron cada quince días, con la finalidad de atender seis familias por semestre, tres familias una semana y tres la otra. La población atendida mostró las siguientes características:

Una sola persona	Pareja
	
	

Familias Uniparentales	Familia Nuclear	Familias Extensas
		

El tipo de *conflictiva* que llevó a los usuarios a solicitar el servicio, se caracterizó principalmente por dificultades en la comunicación, violencia intrafamiliar, ausencia de alguno de los padres, depresión, infidelidad, algún tipo de adicción (alcoholismo, consumo de cocaína, marihuana),

falta de límites, problemas económicos, ausencia de ambos padres (migración, divorcio, muerte), dificultades académicas como: bajo rendimiento académico (elevado índice de materias reprobadas, reprobado ciclo escolar y/o repetición de año), expulsión y/o suspensión temporal por mal comportamiento y problemas de pareja.

## Capítulo V: *Análisis Teórico Conceptual de los Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.*

Se entiende por Terapia Familiar, a la psicoterapia que se basa en los principios teóricos y las aplicaciones prácticas de la *Teoría General de los Sistemas* de Bertalanffy, la *Teoría de la Comunicación* y la *Teoría de los Juegos*, la cual a su vez, tiende a proporcionar los recursos necesarios para la superación de las situaciones interactivas conflictivas entre los miembros del sistema familiar.

La **Concepción Sistémica de la Familia**, se encuentra estructurada por las distintas escuelas de Terapia Familiar, las cuales se apoyan en una epistemología muy amplia, aunque no siempre homogénea; debido a que algunos de sus conceptos básicos provienen de ámbitos relativamente independientes. Esta epistemología se complementa inicialmente de tres fuentes:

*1) La Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1954).*

*2) La Cibernética (Weiner, 1948).*

*3) La Teoría de la Comunicación (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967).*

Además de los conceptos procedentes de *enfoques* como la *terapia estratégica* de Haley (1981) y la *terapia estructural* de Minuchin (1974), lo cual resulta trascendental para el *concepto sistémico de la familia*, ya que estas aportaciones teóricas aplicadas a la psicoterapia familiar constituye el denominador común de la *Terapia Familiar sistémica* (ver esquemas 1-4).

Cada una de estas fuentes de conformación epistemológica de la Terapia Familiar, incluyen conceptos y características específicos de acuerdo a su origen teórico, encontrando así que, los **Conceptos de la Teoría General de Sistemas** aporta los conceptos de:

➤ **Sistema:** es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. *Ejemplo: en la naturaleza, desde una célula hasta una galaxia. Entre ellos, la familia.*

- **Sistema cerrado:** es cuando no intercambia materia, energía y/o información con su entorno. *Ejemplo: hay pocos ejemplos de sistemas cerrados en la naturaleza, dado que la mayoría están en interacción dinámica con su entorno. Aun así, una reacción química en un tubo de ensayo herméticamente sellado sería un caso de sistema (relativamente) cerrado.*
  
- **Sistema abierto:** es cuando intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Por lo tanto, un sistema abierto es modificado por su entorno y al mismo tiempo lo modifica. *Ejemplo: Todos los seres vivos (y agregados de ellos) son sistemas abiertos ya que las organizaciones celulares intercambian energía, materia e información con su entorno.*
  
- **Totalidad o no sumatividad:** "El cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes" (Feixas y Miró, 1993, p. 258). *Ejemplo: La independización de un hijo puede desequilibrar las relaciones entre sus padres si éste cumplía la función de mediador en los conflictos que se producían entre ellos (totalidad). Sin embargo, por separado ninguno de los miembros del sistema familiar desempeña el rol que le caracteriza en el sistema familiar (no sumatividad).*
  
- **Circularidad:** Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A. *Ejemplo: Las demandas de mayor intimidad de un miembro de una pareja pueden chocar con las reticencias del otro, cosa que aumenta las demandas del primero y así sucesivamente.*
  
- **Equifinalidad:** Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales. *Ejemplo: Por cuestiones meramente pragmáticas o contextuales, dos parejas pueden llegar a una forma de organización doméstica sumamente similar a pesar de que las familias de origen de los cuatro miembros que las componen sean extremadamente diferentes.*

Los **Conceptos de la Cibernética** aportados a la terapia Familiar son:

- **Feedback:** En un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos (feedback positivo) o las corrigen (feedback negativo). *Ejemplo: Una pareja presta especial atención (feedback positivo) a su hijo adolescente cuando éste manifiesta una actitud opositiva. De esta forma, consciente o inconscientemente, favorecen el mantenimiento de la actitud opositiva. Sin embargo, le ignoran o reprenden (feedback negativo) cuando plantea temas con connotaciones sexuales, corrigiendo así al sistema en cuanto a su desviación de un parámetro del tipo "en esta familia no se habla de sexo".*
- **Homeostasis:** Proceso de mantenimiento de la organización del sistema a través de feedback negativo. *Ejemplo: El incremento de la intensidad de las discusiones entre una pareja parental puede ser detenido por la demanda de ayuda de un hijo sintomático (por ejemplo, mediante la manifestación aguda del síntoma). De esta forma, el feedback negativo que proporciona el síntoma mantiene la organización del sistema familiar impidiendo que las discusiones entre la pareja parental alcancen un punto de ruptura.*
- **Morfogénesis:** Proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante feedback positivo. *Ejemplo: Los miembros de una familia apoyan activamente la decisión de una hija adolescente de marchar un año al extranjero por cuestiones de estudios, cosa que fomenta una postura de mayor independencia mutua.*

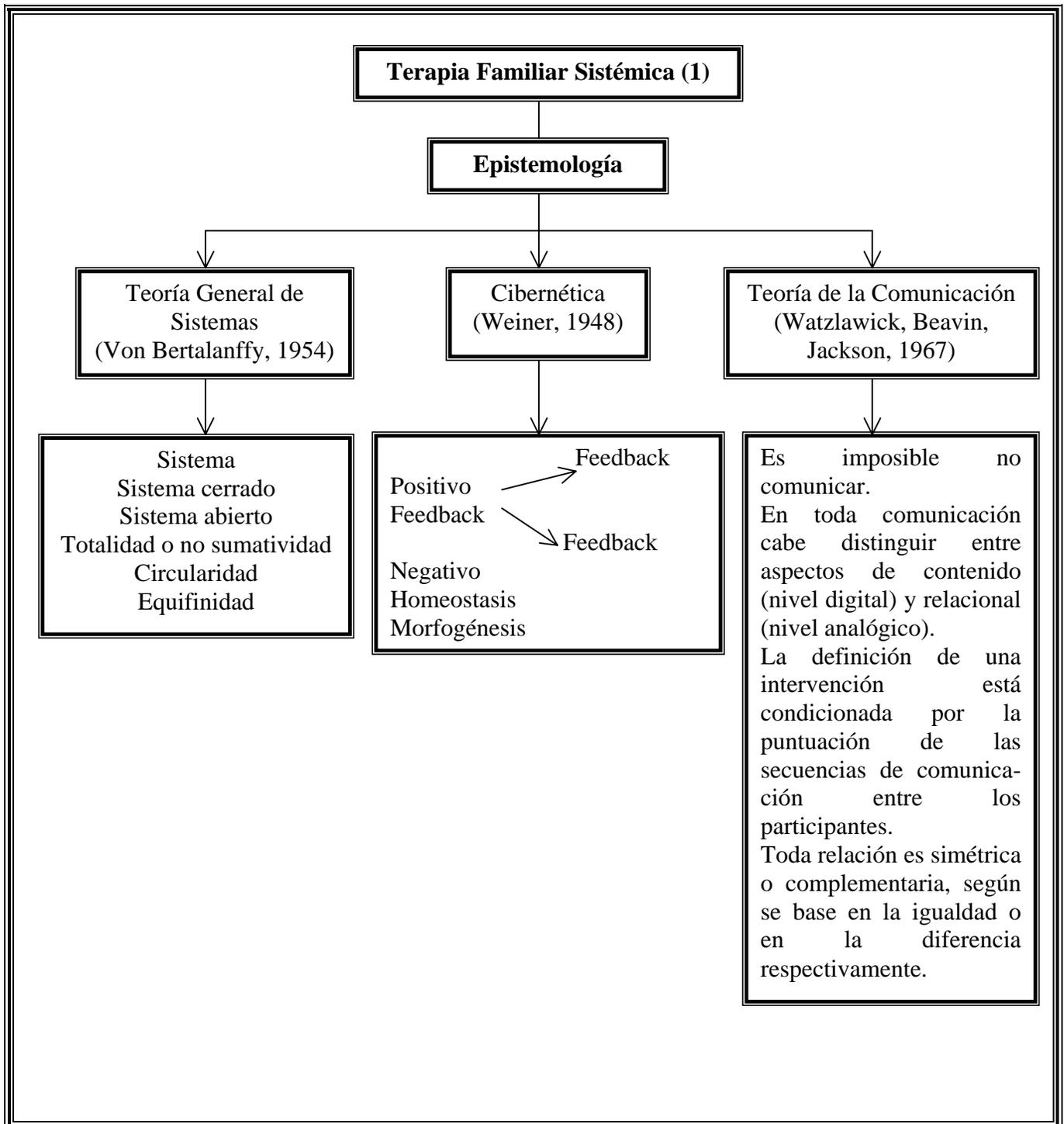
La **Teoría de los Juegos**, su objetivo no es el análisis del azar o de los elementos aleatorios sino de los comportamientos estratégicos de los jugadores. En el mundo real, tanto en las relaciones económicas como en las políticas o sociales, son muy frecuentes las situaciones en las que, al igual que en los juegos, su resultado depende de la conjunción de decisiones de diferentes agentes o jugadores. Se dice de un comportamiento que es estratégico cuando se adopta teniendo en cuenta la influencia conjunta sobre el resultado propio y ajeno de las decisiones propias y ajenas.

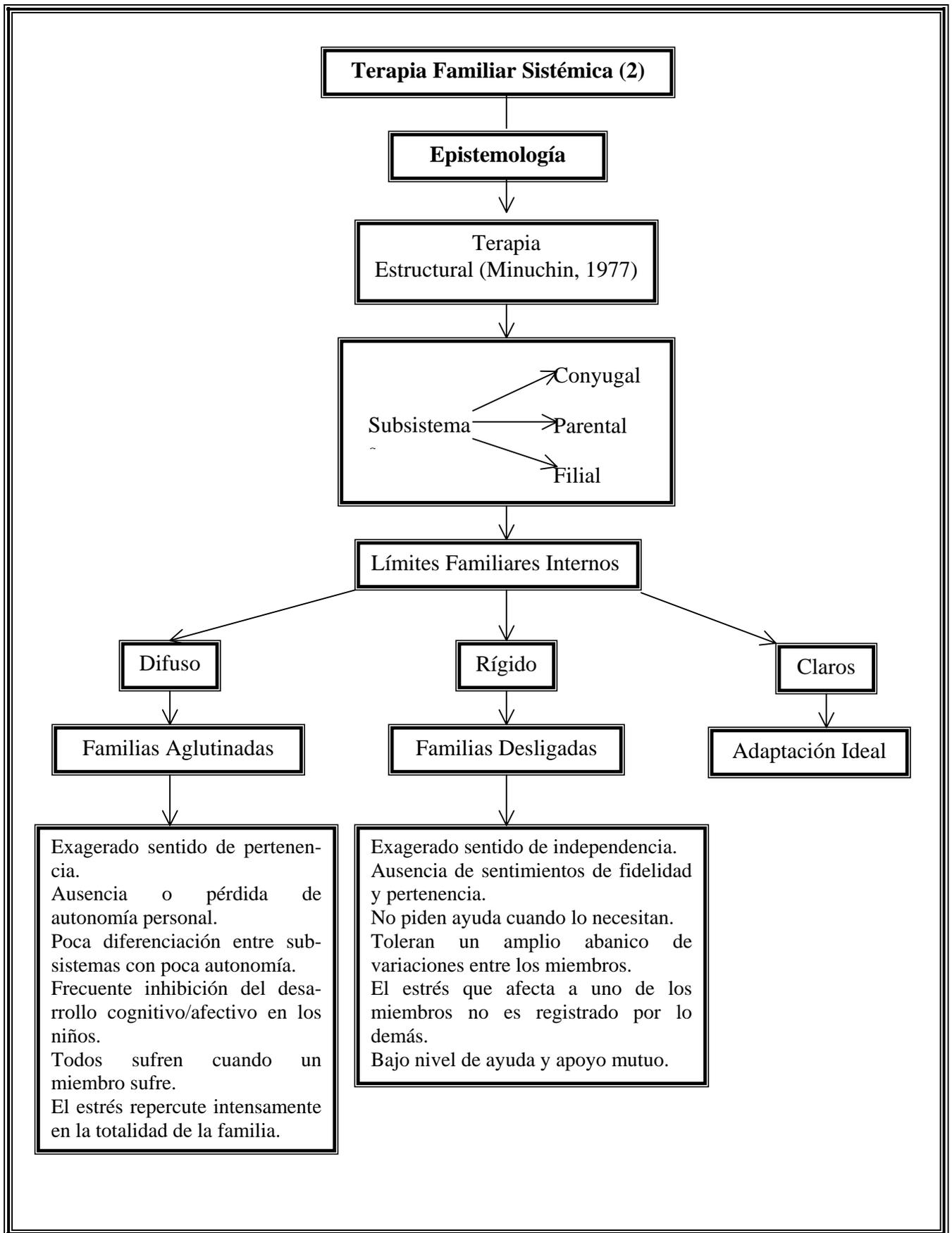
La técnica para el análisis de estas situaciones fue propuesta por el matemático, John Von Neumann. A comienzos de la década de 1940 trabajó con el economista Oskar Morgenstern en las aplicaciones económicas de esa teoría. El libro que publicaron en 1944, "*Theory of Games and Economic Behavior*", abrió un amplio campo de estudio en el que actualmente trabajan miles de especialistas de todo el mundo.

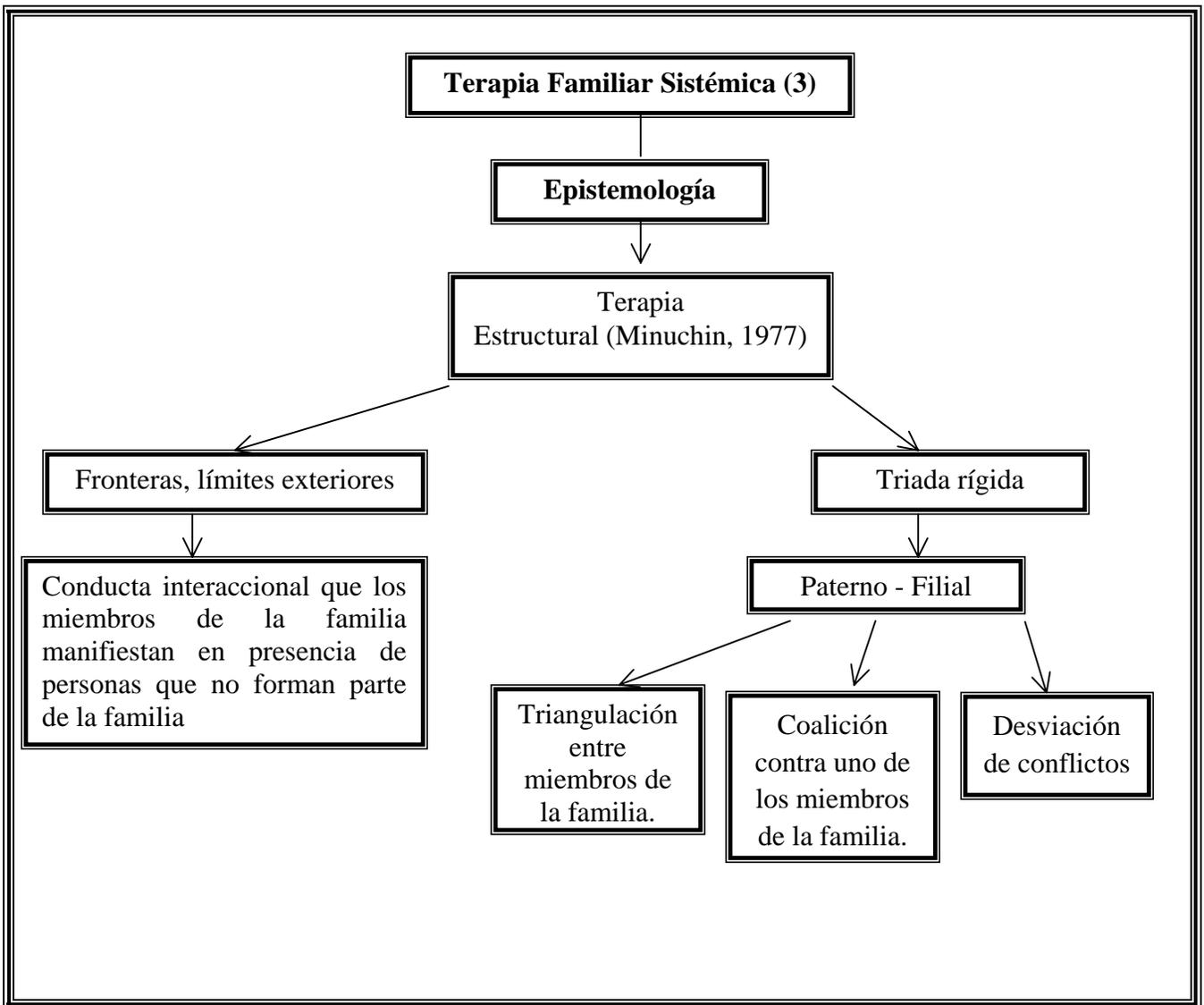
Los psicólogos destacan la importancia del juego en la infancia como medio de formar la personalidad y de aprender de forma experimental a relacionarse en sociedad, a resolver problemas y situaciones conflictivas. **Todos los juegos**, de niños y de adultos, juegos de mesa o juegos deportivos, **son modelos de situaciones conflictivas y cooperativas** en las que podemos reconocer situaciones y pautas que se repiten con frecuencia en el mundo real.

Hay dos clases de juegos que plantean una problemática muy diferente y requieren una forma de análisis distinta. Si los jugadores pueden comunicarse entre ellos y negociar los resultados se tratará de *juegos con transferencia de utilidad* (también llamados **juegos cooperativos**), en los que la problemática se concentra en el análisis de las posibles coaliciones y su estabilidad. En los juegos sin transferencia de utilidad, (también llamados **juegos no cooperativos**) los jugadores no pueden llegar a acuerdos previos; es el caso de los juegos conocidos como "la guerra de los sexos", el "dilema del prisionero" o el modelo "halcón-paloma".

## Esquema de la Concepción Sistémica de la Familia y sus fuentes Epistemológicas







**Terapia Familiar Sistémica (4)**

**Epistemología**

Terapia  
Estratégica (Haley, 1981)

Fases más o menos normativas, propias del ciclo vital: Noviazgo.  
Matrimonio, Procreación, Adolescencia, Maduración,  
Emancipación de los hijos, Nido Vacío.  
Evaluación e intervención en la red social.  
Adecuación, flexibilidad y creatividad.  
Superación de las crisis en el devenir vital.

## Modelo Estructural

Salvador Minuchin es el precursor de dicho modelo terapéutico el cual, entre 1965 y 1970 desarrolló su trabajo en la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, creando el “*enfoque terapéutico centrado en la estructura familiar*”, explicando que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en las estructuras. Este modelo retoma algunos conceptos de los sistemas familiares de Bateson, Bowen, Erikson, Jackson y Haley (Guerin, 1976). Las variables estructurales en las cuales se centra el modelo son *los límites*; que implican reglas de participación, y *las jerarquías*; las cuales encierran reglas de poder. El modelo busca centrarse en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites. La *terapia estructural* asume que la modificación de las reglas concernientes a los *límites* y las *jerarquías* impacta profundamente las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma, tales interacciones obligan a la familia a reestructurarse sobre unas bases menos patológicas.

El proceso terapéutico en dicho modelo, se desarrolla en tres etapas: en la *primera etapa* se “une” a la familia desde una posición de liderazgo, en la *segunda etapa* se “desliga” y evalúa la estructura familiar subyacente, y, en la *tercera*, crea las circunstancias que permitirán transformar dicha estructura. La *terapia estructural* es un tratamiento breve, en el cual se emplean de tres a seis meses con entrevistas semanales. Éste tiene como *objetivo terapéutico* adecuar las pautas transaccionales a las necesidades de los contextos evolutivo y social, crear estructuras más adecuadas y nuevas conductas, para solucionar el problema en la familia. La *evaluación*, encuadra los síntomas dentro del **ciclo vital de la familia**, considerando que debido al estrés provocado por las transiciones evolutivas, el sistema familiar se adhiere a pautas anteriores de conducta que no se adaptan a las exigencias de la etapa actual. Minuchin (1984a), especifica que no se puede evaluar el sistema familiar como si se tratara de una entidad estática, por lo que, se debe de partir de una serie de hipótesis sobre la interacción sistémica entre el contexto familiar total y las conductas sintomáticas.

En dicho modelo, se asumen conceptos como **anormalidad-normalidad** en relación a las variables estructurales, es decir, *los sistemas patológicos son rígidos en sus alianzas y*

*coaliciones, los límites entre subsistemas son demasiado porosos o demasiado rígidos*, por lo que, las personas entran en ordenamientos triangulares, y las jerarquías contienen alianzas intergeneracionales permanentes. El **rol del terapeuta** es muy directivo en la labor de desequilibrar las pautas disfuncionales y conducir a la familia hacia otras nuevas y más adaptativas. Se establece una **evaluación** coparticipando con la familia, se redefine el problema y se observa cuál es la disposición del sistema hacia el cambio. Las metas del tratamiento se determinan en cooperación con los clientes, de manera que exista un acuerdo colectivo sobre los resultados deseados. Las **técnicas de intervención** que se aplican a la familia, de acuerdo al modelo, comprenden factores como *redefiniciones, connotaciones positivas y tareas conductuales, ocasionalmente paradójicas -cuando se observa que los componentes del sistema familiar se “resisten” al cambio- e intervenciones directas*. En sí, **la finalidad del tratamiento** es ayudar a la familia a desarrollar sus propios recursos, esto por medio de técnicas como:

El **Desafío**, en donde se busca establecer una fuerte alianza terapéutica, definir a toda la familia como un sistema disfuncional, y el terapeuta tomar distancia, para observar y recuperar capacidad terapéutica. En la **Focalización**, implica poner atención a una información e ignorar otra, de manera que, durante la entrevista se resalta un tema sobre el que trabaja. La **Intensificación**, en ocasiones, puede ocurrir que los miembros de la familia oigan el mensaje del terapeuta, pero no lo consideren como información nueva, porque no tienen en cuenta las diferencias inherentes en él con respecto a su forma habitual de ver las cosas. Por ende, es necesario, dotar al mensaje de la intensidad suficiente para ser algo nuevo y distinto, evitando que sea absorbido por las reglas del sistema (Minuchin, 1984a).

El terapeuta, por medio del humor, la exageración y el cambio “in situ”, busca generar más intensidad en la intervención, provocando así la crisis y por ende el cambio. Normalmente, es necesario repetir muchas veces el mensaje en el plano estructural y en el del contenido. Esta necesidad es debido a que los sistemas familiares se resisten al cambio; por ello, se requiere interrumpir con insistencia determinadas secuencias críticas hasta que surjan nuevas conductas para solucionar el problema.

De acuerdo a las *Técnicas Reestructurantes*, se trata de cambiar la estructura familiar, de lo cual, lo más importante es la *fijación de límites*, con este tipo de intervención se regula la permeabilidad de los límites entre subsistemas, de manera que los límites excesivamente rígidos se hacen más permeables, y los límites muy porosos se fortalecen. Al cambiar los *límites* cambian las *reglas* que rigen las relaciones, posibilitando que el sistema familiar ayude al crecimiento psicosocial de sus miembros. En el *Desequilibrio*, la finalidad de ésta intervención es modificar la jerarquía familiar, por lo que, el terapeuta se alía con miembros de la familia, ignora a determinados integrantes del sistema o se coaliga con una persona o con un subsistema en contra de otras personas o subsistemas, y en el *Aprendizaje de la Complementariedad*, al ver el problema formando parte de un todo más amplio y de mostrar puntos de vista alternativos a la forma habitual de concebir el síntoma y a la creencia de que el paciente identificado puede controlar el sistema mediante su conducta (Minuchin, 1984a).

Finalmente, en las *Técnicas de Cambio de Visión*, se busca afectar la visión de todos los integrantes de la familia con respecto al síntoma, configurando nuevas modalidades de interacción mediante técnicas como *la modificación de los constructos cognitivos*, en el cual el terapeuta altera los constructos cognitivos familiares, presentando una visión del mundo diferente. Es una intervención cognitiva tendente a alterar la epistemología familiar que se respalda en una institución o en la condición del experto y mayor conocimiento del clínico. *Las intervenciones paradójicas*, esta técnica se basa en una postura de oposición por parte de la familia, puesto que se espera que ésta se oponga al componente del mensaje referido a su imposibilidad de cambiar, conteniendo implícitamente una alternativa que señala en la dirección del cambio, y *la identificación de las facetas fuertes o competentes de la familia*, es una manera de emplear la connotación positiva y se basa en que en la familia existe una parte potencial de cambio que no se ve; sino lo que se ve es el síntoma. Por lo que, el terapeuta debe de activar las facetas no activas; para que los miembros de la familia las empleen en la resolución del problema (Minuchin, 1984b).

## **Modelo Estratégico**

El *Modelo de Terapia Estratégico* ha sido desarrollado por Jay Haley y Cloé Madanes (tiene gran influencia de la Terapia de Milton Erickson), comparte la influencia de algunos aspectos epistemológicos con el modelo estructural, y de la terapia breve del MRI, es decir, conceptos de la teoría de la comunicación humana, del modernismo, cibernética de primer orden y cibernética de segundo orden. Este modelo demarca que el terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica, basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad; lo cual permita resolver los problemas del paciente, siendo esto uno de los principales objetivos del tratamiento: ayudar a las familias a superar las crisis que enfrentan en su devenir vital.

Haley (1980), constata que una de las aportaciones más importantes de la orientación de la terapia familiar en sus inicios (50's), es destacar que el síntoma puede tomarse como una conducta adaptativa a la situación social en que se ubica la familia, en lugar de ser algo irracional basado en percepciones erróneas provenientes del pasado, afirmando que, los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente, que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. Por dicha razón, a su vez se debe evaluar e intervenir en la red social, incluyendo a los profesionales que tienen poder sobre el paciente identificado (Haley, 1974).

Haley (1987) habla de que el síntoma es una señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía. A la par de esto, especifica que la organización del sistema se convierte en disfuncional si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas. Madanes también se centra en las incongruencias jerárquicas, en las que dos estructuras incompatibles de poder se definen simultáneamente en la familia, enfatizando los niveles de organización frente a los niveles de comunicación, sosteniendo así que, los síntomas son actos comunicativos analógicos, los cuales ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales; por ello busca la especificidad de cada síntoma, es decir, las razones por las que se ha elegido. A esto agrega que, aún y cuando los integrantes de la familia se dañen entre sí, su motivación básica es ayudarse, manifestando que probablemente como parte de un organismo más amplio –el

sistema familiar- reaccione frente a las señales de dolor que se presentan en cualquier lugar del mismo (Madanes, 1993).

El proceso terapéutico consta de fases como “*la fase social, el planteamiento del problema, la fase de interacción y el establecimiento de metas*”, durante el desarrollo del proceso, el terapeuta debe tomar en cuenta quiénes intentan aliarse con él, además de identificar cuál es el estado de ánimo de cada uno de los asistentes y el tipo de relaciones que se dan entre padres e hijos y entre los padres con otros adultos. En este modelo, se busca conocer qué piensa sobre el problema cada uno de los integrantes de la familia, se evita el diálogo entre dos personas y se impide que alguien interrumpa cuando otro responde al terapeuta (Haley, 1987).

Durante el proceso de **Interacción**, el terapeuta debe formular hipótesis en torno a la posible función del síntoma, que irá contemplando y modificando a medida que se desarrolle la entrevista. Además recogerá información sobre la secuencia sintomática y establecerá cómo están delineadas las jerarquías dentro de la familia, tanto a través de las preguntas como de las observaciones de las interacciones de las personas a lo largo de la sesión. En esta etapa, el terapeuta se coloca en un segundo plano, desde el cual estimula a los miembros de la familia para que conversen entre sí sobre las discrepancias surgidas (Haley, 1987). El diálogo servirá para que el clínico determine qué tipo de secuencia existe en el sistema familiar, fundamentalmente en términos de alianzas y posiciones de poder.

De acuerdo al proceso, *durante la Intervención* el objetivo del tratamiento no se limita al problema presentado en la primera sesión, sino que incluye los que vayan apareciendo a medida que se estreche la relación entre familia y terapeuta. Éste debe de hallar el modo de centrar la terapia en el problema presentado, alcanzando al mismo tiempo otros objetivos que crean importantes. El cambio de conducta del paciente identificado se produce como parte de los cambios analógicos en el sistema familiar ocurridos en la relación con el terapeuta, en ocasiones de forma similar a lo que hacía Erickson al cambiar el síntoma del paciente, narrándole historias que guardaban similitud con sus problemas. Considerando así, *que los cambios deseados por la familia*, debe realizarse en términos claros y precisos, después de *evaluar qué tipo de secuencia*

*está manteniendo el problema*, el terapeuta fija una meta terapéutica, establece límites a nivel trigeneracional e impide la formación de coaliciones permanentes que lo traspasen.

## Guía MC Master

Este modelo fue creado por Nathan B. Epstein psiquiatra y psicoanalista (Gurman y Kniskern, 1981), fue desarrollado en el Departamento de Psiquiatría en la McGill y McMaster University en Canadá. En su desarrollo se identifican influencias psicoanalíticas, conceptos de la teoría de la comunicación, la teoría del aprendizaje y la aproximación transaccional, manteniendo un esquema desde el modelo sistémico. Se apoya en la idea de que una mayor estructura de las etapas de la terapia son esenciales para poder construir bloques de tratamiento.

El poner un límite de sesiones estimula al terapeuta y a la familia a involucrarse más activamente en el trabajo terapéutico y por ende, facilita el cambio, se mantienen más claramente los objetivos a trabajar. En este modelo se enfatizan más las fortalezas que las debilidades de la familia y frecuentemente guía a una rápida reducción de la tensión ocasionada por dudas y ansiedad con las que llegan por primera vez al tratamiento. Se emplean de 6 a 12 sesiones, con variaciones entre cada sesión de semanas, meses o años; dependiendo de los problemas de cada caso. Cuando hay la posibilidad de que el tratamiento se alargue a más de 12 sesiones, es preciso reevaluar la situación y de ser posible contemplar otro punto de vista.

De acuerdo al transcurso del ciclo de la familia y a que ésta trata con diferentes dificultades, el modelo trabaja principalmente tres áreas básicas: tareas básicas, tareas del desarrollo y tareas de riesgosas. Los aspectos que se toman en cuenta para mayor comprensión de la estructura familiar son: la organización y los modelos transaccionales, disfuncionales, asociados con las dificultades de la familia. Se exploran seis áreas importantes (Epstein, Bishop y Baldwin, 1983): Solución de problemas, Comunicación, Roles, Respuesta afectiva, Involucramiento afectivo y Control de conductas.

En el presente modelo, se hace uso del término “macro-etapas”; para definir las etapas primordiales o principales del tratamiento, las cuales son secuencias amplias para el proceso del tratamiento, éste a su vez incluye *subetapas*. Los terapeutas usan una variedad de estrategias e

intervenciones en la macro-etapa. Tanto las diferencias de “estilo” del terapeuta como los “intervenciones” se dirigen a negociar el curso del tratamiento y las macro-etapas.

En el Modelo McMaster, los problemas son específicos de la familia, es decir, se incluyen los problemas presentados por la familia al asistir a terapia y los problemas que se encuentran en la terapia, en el proceso de evaluación. La terapia requiere de la participación activa de la familia, junto con el terapeuta, en cada una de las etapas. De lo contrario no se puede establecer el proceso terapéutico, y de acuerdo al modelo, el terapeuta deberá jugar un rol de canalizador, clarificador y facilitador.

El rol del terapeuta requiere que éste se involucre con la familia, para identificar, clarificar y resolver problemas, al tiempo que el terapeuta explica sus acciones a ésta, asegurándose de ser entendido y de que estén de acuerdo con lo que se está haciendo. Esta aproximación da la responsabilidad a la familia a su vez de que entienda, acepte y esté preparada para cada etapa del proceso terapéutico.

De acuerdo al modelo McMaster, son cuatro las macro-etapas ***Evaluación, Contrato, Tratamiento y Clausura***, en las cuales, a su vez, incluyen subetapas, las cuales se caracterizan por tener como primer etapa la *orientación*: en este momento se recaba la información y descripción de la situación, evaluación del funcionamiento familiar y listado de problemas. El diagnóstico de trabajo debe estar listo previamente, antes de iniciar la terapia, por lo que, el terapeuta debe tomar las sesiones que sean convenientes para la evaluación.

***Etapas de Evaluación:*** ésta se hace desde una posición honesta, con tacto y de manera directa. Se explica qué es lo que se está haciendo y todos los problemas se comentan abiertamente, al tiempo que se evalúa cada dimensión, se retroalimenta a la familia sobre sus fortalezas y debilidades, se enfatizan las fortalezas como ayuda y apoyo en el plan terapéutico a seguir. Cada dimensión, de las seis que se evalúan, tiene un rango que va de mayor efectividad a la mayor ineffectividad, en donde el funcionamiento más ineffectivo es una de las dimensiones que puede contribuir a las dificultades, y la mayor efectividad en todas las dimensiones, trae la salud física y emocional esperada. Para entender la estructura, organización y modelos transaccionales de la familia, se contemplan las siguientes seis dimensiones:

☞ **Solución de problemas:** se refiere a la capacidad de la familia para resolver problemas, de tal manera que permita mantener el funcionamiento familiar de manera efectiva. Esta área se divide en problemas instrumentales y problemas afectivos y la solución efectiva del problema se describe en siete pasos, que son:

1. Identificar el problema
2. Comunicación con la gente apropiada, de acuerdo al problema
3. Desarrollar una serie de alternativas posibles
4. Decidirse por una de las alternativas
5. Llevar a cabo las acciones requeridas por la alternativa
6. Monitorear la acción
7. Evaluar la efectividad del proceso de solución al problema

☞ **Comunicación:** ésta se divide en instrumental y afectiva, además se evalúa si la comunicación es clara o enmascarada, si es directa o indirecta. El mensaje se puede encontrar en un continuo; el cual va de un contenido de información clara, hasta uno disimulado o vago. También puede estar en un continuo que va desde directo (a la persona correcta) hasta indirecto (desviado a otra persona). Estos dos aspectos son independientes y pueden identificarse en cuatro estilos de comunicación: **claro y directo, claro e indirecto, enmascarado y directo, y enmascarado e indirecto**. La salud a este nivel está dada por una comunicación clara y directa, a nivel afectivo e instrumental; por lo que, la comunicación será menos efectiva mientras menos clara y directa sea.

☞ **Roles:** éstos son modelos repetitivos de conductas, a través de las cuales los miembros de la familia cumplen sus funciones familiares. De acuerdo a éstos, se identifican cinco funciones dentro de la familia y las cuales sirven como base para los roles necesarios: **proveer recursos, crianza y apoyo, gratificación sexual al adulto, desarrollo personal, mantenimiento y manejo del sistema familiar**. Para la salud en esta área es necesario que todas las funciones sean llevadas a cabo, y la distribución de los roles no debe sobrecargar a uno o a más miembros, mientras que la vigilancia del cumplimiento de los roles debe ser clara y acorde a la ideosincracia de la familia.

☞ **Respuestas afectivas:** en esta área se comprende como respuesta afectiva a la habilidad de responder a un estímulo con los sentimientos adecuados; tanto en calidad como cantidad. El aspecto cualitativo se relaciona con aspectos como: *el que los miembros de la familia sean capaces de responder con todos los sentimientos implicados en la vida emocional y que, la emoción experimentada sea consistente con el estímulo y el contexto.* Existen dos categorías de afecto: las **emociones de bienestar**; las cuales consisten en dar calor, cariño, ternura, apoyo, amor, consuelo, alegría y gozo; y las **emociones de urgencia**; las cuales implican respuestas de enojo, miedo, tristeza, depresión y desinterés.

☞ **Control de conductas:** son los modos que la familia adopta para enfrentar la conducta en tres áreas: *situaciones de peligro físico, situaciones que incluyen la expresión y conocimiento de las necesidades psicobiológicas y su manejo, así como, las situaciones que incluyen la conducta de socialización interpersonal* con miembros de la familia y ajenos a ella. Existen cuatro estilos de control de la conducta basados en que, el control esta lo realizan los miembros que sumen la autoridad en la familia y no todos sus miembros, estos son:

1. **Control de conducta rígido:** el estándar es intolerante y específico para la cultura y existe la mínima negociación o variación de acuerdo a las situaciones.
2. **Control de conducta flexible:** el estándar es moderado y hay oportunidad para negociar y cambiarlos; esto dependiendo del contexto.
3. **Control de conducta laissez-faire:** no se tiene un estándar y hay una total permisividad, sin tomar en cuenta el contexto.
4. **Control de conducta caótico:** es impredecible y fortuita, la variación entre estos estilos, los miembros de la familia no saben que estándares aplican en un momento y cuanta negociación es posible.

☞ **Involucramiento afectivo:** se centra a qué tanto se muestran interesados en las actividades e intereses de los distintos miembros de la familia. Lo importante aquí, es la cantidad de interés que los miembros de la familia demuestran, así como la manera en que se muestra ese interés. Hay un rango de estilos de *involucramiento afectivo*, los

cuales pueden ir desde la total falta de involucramiento hasta el completo involucramiento. En este continuo existen seis modalidades de involucramiento, que son: 1) Falta de involucramiento o interés en el otro, 2) Falta de involucramiento sentimental: es decir, hay algún interés en el otro, pero es principalmente intelectual, 3) Involucramiento narcisista: el cual se refiere al interés en los otros, sólo al grado en que dicha conducta se refiere a ellos mismos, 4) Involucramiento empático: éste es el interés en el otro por consideración a los otros o por amor a los otros, 5) Sobreinvolucramiento o excesivo interés en el otro y 6) Involucramiento simbiótico: el cual, es un interés extremo y patológico en los otros, este es sólo visto en relaciones muy disfuncionales; donde hay una marcada dificultad de diferenciación. Se considera el involucramiento empático como el óptimo para la salud.

***Etapa de Contrato:*** en dicha etapa, el objetivo es prepararse a redactar el contrato determinando expectativas mutuas, objetivos y obligaciones. Los pasos de esta etapa son: orientación, opciones posibles, negociación de expectativas y firma de contrato.

***Etapa de Tratamiento:*** éste se conforma por cuatro etapas: orientación, establecimiento de prioridades, tareas y evaluación de tareas.

***Etapa de Clausura:*** involucra cuatro pasos: orientación, resumen del tratamiento, objetivos a largo plazo y continuación. Aún cuando la terapia puede continuar ocasionalmente, muchas familias deben resolver sus problemas por ellas mismas. Mientras que el terapeuta debe decidir verlos en otra ocasión o no, dependiendo de la situación. Una sesión de seguimiento es para monitorear y no una sesión de tratamiento (Epstein et al., 1983).



### **Modelo de Terapia Breve Palo Alto MRI**

Este modelo de terapia se crea en 1968, años después de la muerte de Don D. Jackson, fundador del grupo del MRI en 1959. En la actualidad Watzlawick, Weakland, Fish y Segal integran el Brief Therapy Center del Mental Research Institute de Palo Alto, cuyo trabajo se ve influenciado en gran medida, por la *teoría de la Comunicación Humana* y las *ideas aportadas por Milton Erickson* (Ochoa, 1995). Dicho modelo está centrado en intervenciones sobre las respuestas los pacientes y sus familiares, buscando desarrollar soluciones para la situación sintomática y que han resultado infructíferas. La duración del proceso terapéutico no sobrepasa las diez sesiones; las cuales son espaciadas semanalmente, las estrategias de intervención buscan centrar su eficacia en la evitación de la vigencia de los factores que mantienen el problema y que lleva a la familia a terapia. Éstas se apoyan en la utilización de ***la postura del paciente y de sus familiares ante el problema, la terapia y el terapeuta***; con la finalidad de evitar confrontaciones que dificulten el desarrollo del tratamiento, en este proceso es observable la aplicación de técnicas de hipnoterapia gestadas por Milton Erickson.

La Terapia del MRI de Palo Alto trabaja con todo el sistema familiar o con partes del mismo, canalizando los esfuerzos hacia un cambio rápido del problema, recoge información –en términos de conductas concretas- sobre el síntoma y las soluciones que el paciente y su familia han puesto en práctica para la resolución de éste. Al obtener una evaluación clara de la secuencia sintomática que abarca el síntoma y los intentos de solución, el terapeuta pide a la familia que defina de manera operativa los objetivos que desea alcanzar con la terapia, obteniendo un acuerdo no sólo en la definición de los problemas que se consideran importantes, sino también las metas que se pretende conseguir, se establecen prioridades para iniciar el trabajo. Partiendo de las motivaciones del paciente y confirmando que resolverá la problemática por sí mismo los puntos menos prioritarios, generando así cambios, incidiendo posteriormente en los problemas “secundarios”. La estrategia terapéutica para alcanzarlo, es plantear una solución que parta 180° del impulso básico, evitando en todo momento confrontarse directamente con el paciente y evaluando la postura del mismo, para posteriormente “establecer” la intervención en esa postura, obviando posibles resistencias.

En el MRI se han diseñado dos grandes estrategias de intervención, las “*específicas*” y las “*generales*”, ambas incluyen redefiniciones y tareas directas y paradójicas, en ocasiones también se hace uso de metáforas y de técnicas hipnóticas derivadas del trabajo de Milton Erickson, así como, ordalías. Dichas intervenciones toman en cuenta que el síntoma se origina en un cambio en la vida del paciente y/o la familia “dificultad” (Watzlawick, P., 1976; 1980). Originalmente el Brief Therapy Center del MRI considera los problemas ligados al ciclo vital de la familia, como elementos importantísimos en la gestación de los síntomas. Weakland y cols. (1974), “interpretaban los pasos transicionales normales en la vida familiar como «dificultades cotidianas» más comunes e importantes que pueden derivar en problemas (p. 147)” y Fish (1983), deja de asignar a las transiciones del ciclo vital una importancia mayor que la asignada a otros cambios. El interés se centra en el entender el modo en que las familias mantienen sus problemas con sus intentos bien intencionados, además se considera que una dificultad se convierte en un problema -en algo disfuncional- cuando se intenta resolverla de manera equivocada y, después del fracaso, se aplica una dosis más elevada de la misma solución ineficaz, la persistencia en una solución intentada ineficaz lleva al agravamiento y al mantenimiento del problema.

En el modelo del MRI se establecen tipologías de las soluciones intentadas por los pacientes y sus familias como: el *forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente*, *dominar un acontecimiento temido aplazándolo*, *llegar a un acuerdo mediante coacción*, *conseguir sumisión a través de la libre aceptación* y *confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa* (Fish, Weakland y Seagal, 1988).

El **MRI** trabaja con un gran número de **técnicas de intervención**, algunas en términos de programas para problemas específicos y la eficacia del modelo no reside únicamente en los recursos técnicos directamente relacionados con el cambio de la solución intentada, sino también en un conjunto de estrategias dirigidas a persuadir al paciente y a la familia; con la finalidad de que lleven a cabo las prescripciones del equipo terapéutico. Dentro de las **Técnicas de Intervención** con las que cuenta el MRI para promover el cambio, se encuentran las **Redefiniciones, Tareas Directas, Paradojas, Técnicas de Persuasión e Hipnóticas derivadas de la hipnoterapia de Milton Erickson**. Las **Intervenciones desde la Teoría del Cambio**, buscan alcanzar un “**cambio 2**” en relación a la clase de solución intentada. El MRI distingue entre

“*cambio 1*” y “*cambio 2*”, delimitando cómo el “*cambio 1*”, dentro de la misma clase de soluciones intentadas contribuye al mantenimiento del síntoma y el “*cambio 2*” supone la creación de una nueva clase de intentos de solución, reduciendo y/o desapareciendo el síntoma. Una ***Intervención desde las Metas y Estrategias Terapéuticas***, busca establecer una definición operativa de los objetivos que se pueden lograr con el tratamiento, con lo que se especifican los referentes conductuales que posibilitan la consecución y evaluación de los cambios, se elige un cambio mínimo, éste es definido en términos conductuales, se planifica el inicio de un efecto de irradiación; lo cual, supone una generalización del cambio mínimo a otras conductas pertenecientes a la nueva clase de soluciones promovidas por la intervención terapéutica.

El rol del terapeuta consiste en buscar constantemente una posición “inferior”, evitando la confrontación, pero teniendo la posibilidad de intervenir en cualquier condición que presente el paciente, a su vez, la estrategia efectiva aplica, tiene como finalidad apartarse 180° del impulso básico o clase de soluciones intentadas hasta entonces. El terapeuta nunca pedirá a los pacientes que no hagan nada, sino que hagan algo diferente, en general lo opuesto a lo que venían haciendo. Asimismo, se emplea la utilización de la postura del paciente, se toma en cuenta su lenguaje, su sistema de valores, su actitud ante el problema, la terapia y el terapeuta; para que éste lleve a cabo la intervención sugerida por el equipo.

Desde las ***Intervenciones Específicas***, el MRI han diseñado cinco intervenciones estandarizadas, útiles en problemas caracterizados por cinco tipos de soluciones intentadas (Fish, 1985): ***Forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente, Dominar un acontecimiento temido aplazándolo, Llegar a un acuerdo mediante coacción, Conseguir sumisión a través de la libre aceptación y confirmar las sospechas de acusador mediante la autodefensa*** (Watzlawick, 1981), y ***Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa***. En las ***Intervenciones Generales*** (intervención de tipo estratégico), las cuales se puede emplear cuando las intervenciones específicas no han logrado el resultado esperado o cuando conviene complementarlas con alguna indicación adicional (Fish, 1985). Se hace uso de referentes como: cuando el paciente opta como solución esforzarse mucho por superar su problema o se muestra pasivo, buscando que el terapeuta lleve una acción curativa, el MRI propone como estrategia el ***No apresurarse***, cuando el paciente no ha llevado a cabo la tarea; ya sea por oposición hacia el

terapeuta o identificando que la mejoría no es lecho de rosas, el MRI emplea la intervención en función de los *Peligros de una mejoría*. Cuando las intervenciones no han producido el cambio deseado, el terapeuta *Cambia de dirección*, y éste, al aplicar dicha estrategia la complementa adoptando una posición inferior («el experto aludió a un punto que no yo logré entender, pero él dijo que usted sí lo entendería»). Cuando en las últimas entrevistas continúa la familia sin cambios, y el terapeuta refiere a la familia que, tanto él como el equipo no han sabido cómo ayudarles a mejorar su problema, la intervención trabajada por el MRI es que el terapeuta plantee el *Cómo empeorar el problema*, se subraya el papel activo del paciente y sus familiares en la persistencia del síntoma, esperando que asuman la expectativa de lograr el control interno del mismo, teniendo el cuidado de no culpabilizar a la familia por no haber cambiado, evitando así, añadir un nuevo problema, deteriorar la imagen de eficacia de la familia y dificultando la labor de otro profesional, en caso de que inicien otra terapia.



## Modelo de Terapia Orientado a Soluciones

Este enfoque tiene sus orígenes en 1978, por medio del trabajo de Steve de Shazer e Insoo Berg, en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) de Milwaukee, más tarde se sumaron a él autores como O'Hanlon y Weiner-Davis, Furman y Ahola con la finalidad de contribuir a la difusión de una orientación centrada en las soluciones eficaces que emplearan las personas para resolver sus problemas. En sus comienzos este modelo, fue influenciado por la terapia del MRI de Palo Alto, las ideas de Milton Erickson y más recientemente por Karl Tomm (Cade y Hudson, 1995; Hudson, 1993; Hudson y Weiner, 1990); quien adopta el tipo de preguntas reflexivas para alterar la epistemología de las personas y por consiguiente, cierta predilección por generar cambio en la sesión misma mediante preguntas que lo induzcan.

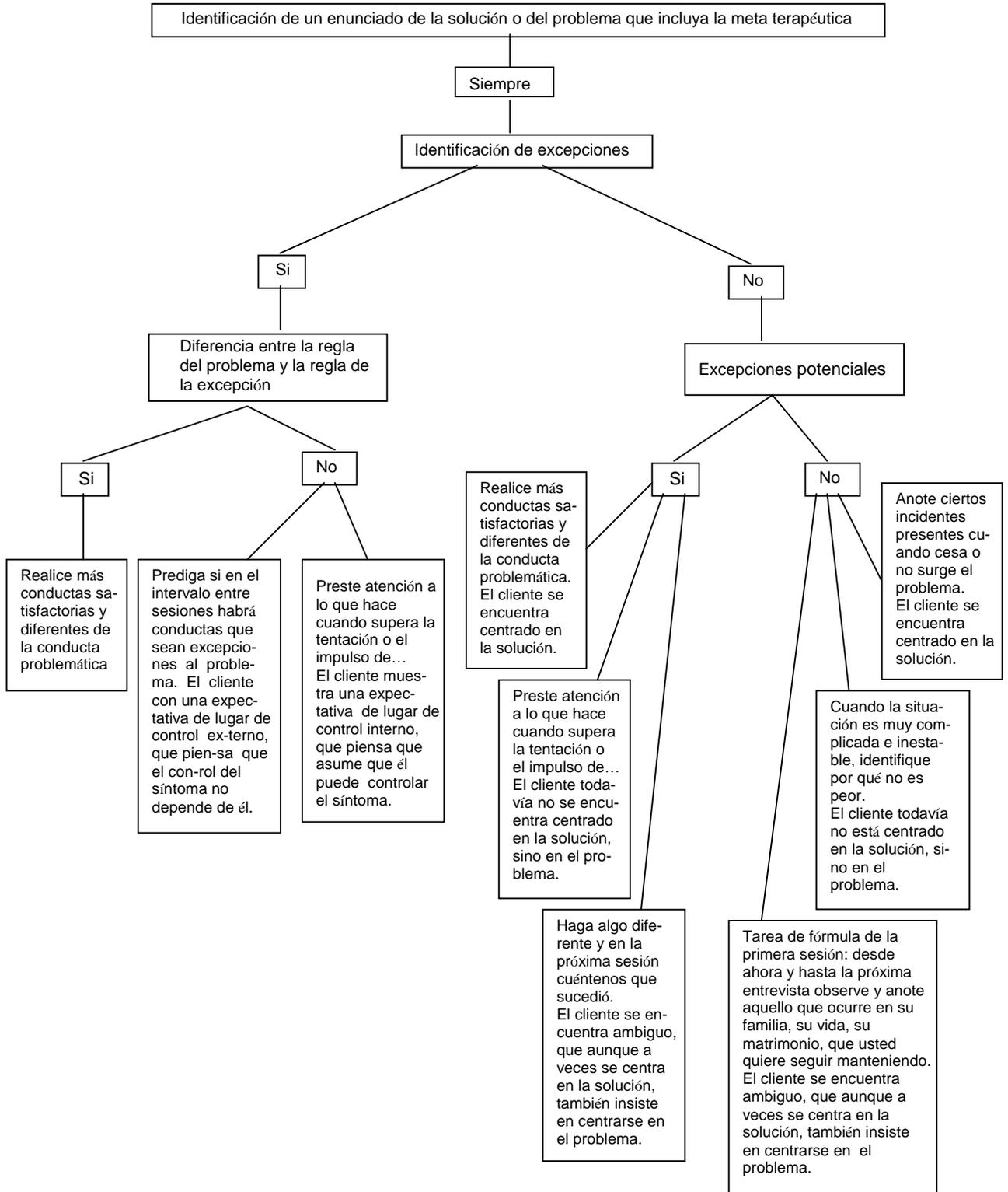
En el *Modelo de Terapia Orientado a Soluciones*, se buscan las excepciones al problema, a diferencia del MRI, se aparta de la definición del síntoma y las soluciones con objeto de superarlo, recoge información detallada de las excepciones deliberadas o espontáneas en torno a la conducta sintomática que ha pasado desapercibida para los clientes. Asimismo, ha perfeccionado la *utilización* que el MRI hace de la postura de la familia para evitar posibles resistencias, postulando que si el terapeuta conoce la forma en que ésta colabora, el trabajo terapéutico se optimizará, parte de la idea de que no cree que haya ningún movimiento homeostático que impida el cambio, piensa que por el contrario el paciente identificado y su familia están motivados para deshacerse del problema que les dificulta llevar una vida mejor. Como consecuencia de esto, se afirma que no tiene sentido hablar de “*pacientes*”, porque parte del hecho de que toda persona colabora de una u otra forma para cambiar, por lo que se considera necesario hablar de “*clientes*”. Por lo tanto, el énfasis de esta terapia recae en averiguar cuáles son las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los clientes, es decir, cuáles son las excepciones a la misma, por lo que a partir de esta idea, dedican el menor tiempo posible en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean.

De acuerdo con O'Hanlon, Weiner – Davis (1990), Kim Berg y Miller (1992) la terapia centrada en soluciones fundamenta su trabajo en ocho principios: 1) El de la *Salud mental* y no en la enfermedad mental, centrándose en los éxitos de los clientes, en el manejo de sus problemas, se ponen en relieve las capacidades, los recursos y las habilidades que éstos tienen y no en sus

carencias e incapacidades. No busca lo que está oculto y trata de arreglarlo, sino lo que está bien y trata de descubrir cómo usarlo. 2) La **Utilización**, se busca estimular y sacar del cliente las fuerzas, recursos y las habilidades que necesitan para resolver el problema en proceso, por lo tanto, el terapeuta debe de aceptar el marco de referencia del cliente y trabajar dentro de éste. 3) El principio de **Una visión ateórica / no normativa / determinada por el cliente**, en éste se hace énfasis a la necesidad de determinar un nuevo tratamiento para cada individuo, se opone a los dogmas teóricos que impiden la flexibilidad para satisfacer las necesidades del cliente. 4) El principio de **Parquedad**, éste parte de la preferencia por los medios más simples y directos para llegar a un fin (**navaja de Ockham**), así como de la economía de los medios terapéuticos, en donde generalmente se parte de un tratamiento que va de abajo hacia arriba y no de arriba hacia abajo (de lo simple a lo complejo). Un método más parco consiste en aceptar literalmente la versión del cliente a cerca de lo que lo aqueja y después de elegir el tratamiento más simple y menos invasor posible. Esto de acuerdo a Erickson se le conoce como “**bola de nieve**” y “**efecto mariposa**” ya que un pequeño cambio en un área puede causar diferencias en otras. De acuerdo a Spiegel y Linn se le conoce como “**efecto ondulatorio**”, en donde se requiere de cambios mínimos para empezar a resolver las dificultades y después de iniciado el cambio el cliente generará algunos otros. 5) **El cambio es inevitable**, es un principio, el cual parte de la idea de que el cambio forma parte de la vida y de que los clientes no pueden dejar de cambiar ya que, nada sucede siempre (“**excepciones**”). 6) La **Orientación hacia el presente y hacia el futuro**, en donde la situación del cliente se centra en cómo la vive ahora, en el momento actual y no en el pasado. 7) El principio de la **Cooperación**, en el cual se trabaja junto con el otro, en donde no sólo el cliente debe de cooperar con el terapeuta, sino que éste debe trabajar con aquél, y 8) La **Filosofía central**, que se basa en tres reglas: a) “Si no está roto”, ¡no lo componga!, es decir, no considerar o identificar más problemas. b) Una vez que sepa qué es lo que funciona, ¡haga más de lo mismo!, c) Si no funciona, no vuelva a intentarlo, ¡haga algo diferente! (menos de lo mismo).

La *terapia centrada en soluciones* consta de varias fases: la **evaluación**, en donde el terapeuta busca soluciones eficaces (“**excepciones**”), la **intervención**, en donde se parte de una *teoría del cambio* y se definen las metas y estrategias terapéuticas, así como las técnicas de intervención y la elección de las mismas mediante un árbol de toma de decisiones (Weinner-Davis, 1987 en Ochoa, 1995). Desde la *teoría del cambio*, el objetivo en dicho modelo consiste en ampliar

aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo, es decir, en ampliar las soluciones eficaces y resaltar aquello que es satisfactorio en la vida de los individuos y familias. A partir de la segunda sesión y las siguientes, el proceso se centra en constatar si ha habido cambios, de ser así, se trabaja busca consolidarlos y generalizarlos mediante una planificación que parte del **cambio mínimo** hacia la meta final previamente establecida. Cuando hay cambios, el terapeuta pregunta “¿qué es lo que tiene que hacer para que los cambios persistan?, ¿hay algo que pudiera ocurrir en las próximas semanas que fuera un obstáculo para mantener los cambios? Si responde que sí ¿de qué otra forma lo abordarían ahora?. En los casos donde el cliente no informa los cambios concretos, se le pide que valore de las siguientes maneras posibles: 1) en una escala del 1 al 10 la gravedad del problema antes de venir a terapia (esto se puede recoger de la ficha telefónica ya que funciona como indicativo de la línea base; 2) la última semana en la misma escala, y 3) en qué lugar de la escala tendría que situarse para sentirse satisfecho, para posteriormente sugerir la siguiente tarea. Cuando el cliente informe que las cosas están igual o peor que en sesiones precedentes, lo más útil es que el terapeuta le pida al cliente que lo convenza de que el cambio es realmente necesario y deseable, teniendo el cuidado de no deteriorar la alianza terapéutica. En ambas situaciones el terapeuta le indica al cliente que resuma de la manera más operativa y específica las estrategias utilizadas con éxito para superar el problema. En el desarrollo de la intervención, se establece un conjunto ordenado de pasos que se deben seguir, partiendo así, de un planteamiento estratégico, el cual ayuda al terapeuta a guiar el desarrollo de la sesión y al equipo en la toma de decisiones con respecto a la intervención, como se muestra a continuación (Shazer, 1984):



Las **técnicas de intervención** empleadas en la terapia enfocada en las soluciones, se encuentran las *redefiniciones*, *connotaciones positivas*, *metáforas*, *tareas directas*, *ordalías*, *tareas paradójicas* y *rituales*. Las *redefiniciones* son permanentes a lo largo de toda la entrevista. Se recurre a dos tipos de *connotaciones positivas*, cuando existen dificultades para identificar soluciones eficaces, concretamente uniendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas relacionadas con el síntoma (Shazer, 1987). Otro tipo de *connotación positiva* es la que resalta aquellas capacidades positivas que los clientes han mostrado, en forma de recursos para superar problemas, esta última modalidad de *connotación positiva* se le denomina “elogio”.

O’Hanlon y cols. (1990), han descrito tres tipos de *intervenciones generales*; las que actúan sobre la secuencia sintomática, las que lo hacen sobre el patrón del contexto que rodea a dicha secuencia y las denominadas “tareas de fórmula”. Las **intervenciones sobre la secuencia sintomática**, conllevan que el equipo terapéutico haya realizado algún tipo de evaluación del síntoma y de las conductas que lo acompañan, permitiéndole al terapeuta *cambiar la frecuencia*, *momento de aparición*, *personas involucradas*, *duración*, *lugar donde se produce el síntoma*, *añadir un elemento nuevo*, *cambiar el orden de los elementos de la secuencia sintomática*, *descomponer la secuencia sintomática en elementos más pequeños*, *unir la aparición del problema a la de alguna actividad gravosa*. En la **intervención sobre el patrón del contexto**, el terapeuta pide descripciones de conductas e interacciones relacionadas con el síntoma y altera las que parecen acompañarlo habitualmente; este tipo de intervención requiere de un conocimiento de la secuencia sintomática y de su contexto más amplio. En las **tareas de fórmula o llaves maestras**, no requieren que el terapeuta haya realizado una evaluación detallada del síntoma, se prescriben con independencia del contenido concreto del problema particular que presenten los clientes. La «tarea de fórmula de la primera sesión» y la «tarea de la sorpresa» se orientan a soluciones eficaces, no relacionadas directamente con la conducta sintomática, mientras las «tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces» buscan establecer y ampliar las estrategias adecuadas de solución del problema. Para aplicar estas últimas, el terapeuta debe recoger información acerca de la existencia o no de soluciones apropiadas –excepciones- y sobre el grado de control que el cliente tiene en su aparición.

Cando el cliente no describe soluciones eficaces y ante la imposibilidad de responder las preguntas a futuro sin el problema, es entonces cuando el modelo opta por incluir el enfoque del MRI y/o una actitud pesimista si la optimista no ha resultado. Sin embargo, el terapeuta retomará la orientación centrada en las soluciones eficaces, una vez que el cliente proporcione algún indicio de excepciones. El proceso de terapia se termina, cuando se cumplen las metas establecidas o el cliente decide dejar de asistir, teniendo el cuidado de delimitar las estrategias utilizadas con éxito para solucionar el problema y como puede seguir aplicándolas en el futuro (Cade y Hudson, 1995). Todo ello, con la finalidad de devolverle a la persona una imagen de competencia, basada en las estrategias o recursos para llevar a cabo soluciones satisfactorias, así como, saber resolver los problemas que se le presente a lo largo de su vida (Ochoa, 1995).



## Modelo de Milán

Este modelo terapéutico en sus orígenes fue desarrollado para trabajar en casos de «psicosis», término que se utiliza como sinónimo de trastorno mental grave, incluyendo también la mayor parte de los síndromes anoréxicos y bulímicos. Sin embargo, para la psicoanalista Mara Selvini Palazzoli, al identificar los pocos avances logrados, forma en 1967, El “Grupo de Milán” en el Centro de estudios de la familia en Milán, compuesto por Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo. El *modelo de Milán* basa su orientación en el psicoanálisis, pero para el año de 1971, adopta el enfoque de Palo Alto y se desarrolla la intervención «contraparadójica», diseñada para anular el doble vínculo patológico, influidos por Bateson. Para 1972, Watzlawick entra al grupo como asesor del equipo, orientando el trabajo con las familias como sistema. En 1975, se modifica la concepción de los sistemas familiares de predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes y diferencian entre el nivel de significado –creencia- y el nivel de acción –patrones conductuales-. En 1978, se introduce en su epistemología el interrogatorio circular, como un medio de investigación sistémica y con la finalidad de determinar cambios y diferencias en las interacciones familiares, que en forma repetitiva mantienen interacciones disfuncionales o los síntomas en la familia (Selvini-Palazzoli, et al., 1980). Para 1980 aproximadamente, el grupo de Milán se divide en dos, observándose que las mujeres se centran en la «prescripción invariable» basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos, en tanto, los hombres continúan enfatizando la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada familia y cuestionando la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o patología. Desde la influencia de Gregory Bateson, surge un modelo conceptual y metodológicamente sólido con la epistemología circular, en donde se modifica la concepción de los sistemas predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes, y por ende, el foco de interés no está únicamente en el nivel de la acción «patrones conductuales», sino también en el nivel del significado «creencias» (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Mackinon, 1983).

El enfoque del Grupo de Milán desarrolla una terapia breve, de un máximo de diez sesiones con un intervalo aproximado de un mes entre las diferentes entrevistas. Se postula que las familias con un paciente identificado, en su seno están presas de patrones de interacción recursivos,

regidos por una causalidad circular. Las secuencias conductuales susceptibles de ser observadas están gobernadas por las reglas del juego familiar. Éste tiene que inferirse a partir de la información obtenida de la entrevista circular acerca de las alianzas y exclusiones entre los miembros de la familia, las reglas de relación y la definición de las relaciones familiares a partir del impacto del síntoma.

La piedra angular de todos los componentes del antiguo Grupo de Milán ha sido y sigue siendo el «juego familiar», concepto ciertamente abstracto que engloba las realizaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos y de la familia en conjunto. El juego y el mito familiar pertenecen al nivel del significado, que preside el nivel conductual, al conferir una interpretación establecida a las acciones e interacciones familiares. La familia «patológica» no percibe las variaciones que sus conductas sufren con el tiempo, porque su sistema de significados o creencias permanece fijo. Consecuentemente, la meta terapéutica consiste en modificar la visión epistemológica que la familia tiene de sus propias relaciones y conductas, para lograr el cambio de la secuencia sintomática. Durante la etapa en que empleaban la prescripción paradójica, los componentes del Grupo de Milán, con objeto de establecer una epistemología alternativa, redefinían las creencias y relaciones familiares y buscaban los efectos saludables del síntoma para el sistema, prescribiendo a continuación la secuencia sintomática durante un tiempo establecido por el terapeuta.

El instrumento para evaluar el juego familiar es la “entrevista circular”, que obedece a los principios de hipótesis, neutralidad y circularidad. Las hipótesis siguen una epistemología circular, las preguntas formuladas a la familia sirven al terapeuta para confirmar o rechazar las hipótesis. Precisamente la circularidad define esa capacidad terapéutica de establecer diferencias y conexiones a través de las preguntas, de forma que se confirmen o no las hipótesis establecidas. Al explorar distinciones y nexos relacionales en las conductas y creencias de los miembros de la familia se hace explícita información implícita, lo cual puede ayudarles a elaborar el problema y a encontrar por sí mismos soluciones eficaces. El Grupo de Milán describe la *circularidad* como un proceso activo en la conducción de la sesión, llevándose a cabo en el suprasistema entre el terapeuta y la familia, en sí, “hablan de circularidad refiriéndose a la capacidad del terapeuta de conducir su investigación sobre la base de la retroalimentación, que la familia da en respuesta a la

información que el terapeuta solicita, hacer de las relaciones y, por consiguiente, acerca de la diferencia y el cambio” (Selvini – Palazzoli, P., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G., 1980).

Posteriormente Selvini Palazzoli trabajó analizando la intencionalidad encubierta del juego y los efectos reales del mismo, consideró al síntoma como una jugada más; de forma que no se viera al paciente identificado como una víctima del juego entre otros miembros, sino como un jugador activo. Después exponía explícitamente su hipótesis a los miembros de la familia y los alentaba a que hablaran, tras citarles un ejemplo no dramático que ilustraba el juego específico que les tiene atrapados.

Boscolo y Cecchin cultivaron la entrevista circular como instrumento de cambio en la propia entrevista, que además contribuye a confirmar o rechazar las hipótesis que elaboran para cada familia particular. Las hipótesis tienen en cuenta el tipo de relaciones familiares, en términos de alianzas y exclusiones que les permitan inferir el juego subyacente. En ocasiones, para complementar el cambio ya inducido en sesión, prescriben al final de la entrevista rituales y la tarea ritualizada de los días pares-días impares.

Hoy en día, tanto la orientación de Selvini-Palazzoli como la de Boscolo y Cecchin han desembocado en una utilización de intervenciones ritualizadas, que generen un aprendizaje alternativo a nivel analógico, no racional. Selvini-Palazzoli emplea la prescripción invariable, basada en el supuesto de que las anteriores alianzas y coaliciones intergeneracionales se rompen por la redundancia de la unión entre los padres. Esta prescripción, no es meramente una técnica de intervención sino un procedimiento para investigar los juegos de embrollo e instigación que parecen presidir las relaciones en las familias psicóticas, por lo que también tiene como finalidad buscar las estrategias específicas del juego de cada familia particular. Su teoría general sobre los juegos psicóticos incluye una tentativa de explicar el desarrollo de la psicosis como un proceso que incluye seis estados, proporcionando un mapa que guíe la búsqueda de las particularidades de cada grupo familiar.

Para **Cecchin y Boscolo**, los procesos implicados en la entrevista comprende una serie de procesos básicos como *la generación de hipótesis, la obtención de información, la validación*

*de hipótesis, cierta «elaboración» del problema por parte de la familia y la validación de la intervención* (Tomm, 1984). Las hipótesis pueden abarcar distintos niveles de comprensión (Boscolo y Cecchin, 1989) en *el nivel 1*, en donde el juego se conceptúa en términos de qué es lo que se da y qué es lo que se recibe (afecto y/o poder), en el *nivel 2* se considera las alianzas existentes en la familia nuclear, en el *nivel 3* se centra en la familia extensa y en la función que tiene el mito familiar, finalmente, en el *nivel 4* se establece, cuál es la relación entre la familia nuclear y las instituciones implicadas o consecuencia del síntoma del paciente identificado. De hecho, en el modelo de entrevista de la escuela de Milán, se comprenden tres partes, la *neutralidad, hipótesis y circularidad* (Papp, 1983); Penn 1982; Selvini-Palazzoli, et al. 1978, 1980; Tomm 1984). En la **neutralidad**, la postura del terapeuta debe ser “neutral”, es decir, debe mostrar respeto, aceptación, curiosidad e incluso de admiración hacia todos los miembros de la familia, sus creencias, valores y opiniones. Permitiéndole al terapeuta no ser arrastrado hacia el juego de la familia; pero manteniendo la proximidad y distancia necesaria, ante todos los integrantes de la ésta. A su vez, no debe de tomar partido por ninguno de los miembros o subgrupos del sistema, aliarse con todos y con ninguno, todo ello, por medio de establecer el cuestionamiento para cada uno de los miembros de la familia, dedicándole el mismo tiempo a cada uno, establecer la misma pregunta y el mismo tipo de preguntas para investigar lo que cada uno piensa, aquí, el equipo de trabajo tiene un rol importante, ya que éste intervendrá al detectar algún intento de alianza o coalición de algún miembro con el terapeuta. En la **Hipótesis**, para ésta, deben de tomarse en cuenta puntos como que, el propósito de la hipótesis, es dar un significado a los comportamientos de la familia, estableciendo un orden a seguir e introducir una visión sistémica, para habilitar a los miembros en una percepción distinta de sus interacciones, conductas y pensamientos. La formulación de ésta, se debe basar en la información que se obtenga de la familia, las claves y las pautas para su diseño, deben englobar las interacciones de todos los miembros de la familia, al relacionarla con los asuntos e intereses más relevantes de la familia, ofreciendo nueva información al sistema. El propósito de la **Circularidad** es, darle a la familia una visión sistémica de sí misma, proporcionarle nueva información sobre sus demandas e intereses, comportamientos y relaciones, para así desarrollar, confirmar o negar la hipótesis que el equipo tiene de la familia y la función del problema, asimismo para intervenir directamente en algunos aspectos que a la familia le parecen de poca importancia o indiferentes como, el expresar

el afecto, permitir independencia, etc., o al preguntarle a la familia por la efectividad de las soluciones que han intentado para resolver la situación.

En el *modelo de Milán*, se manejan *preguntas circulares*, de entre las cuales, los cuatro primeros tipos de preguntas –*las triádicas, las clasificatorias, las explicativas y las preguntas sobre alianzas*– sirven para recoger información que confirme una hipótesis. El quinto tipo, *las preguntas hipotéticas*, insinúan un mapa familiar diferente y se emplean más avanzada la entrevista, después de haber obtenido la información de la secuencia de hechos que rodean al problema y de las alianzas y coaliciones existentes en la familia. Los aspectos importantes a considerar en la circularidad de las preguntas son, pensar en términos de interacciones, en términos de diferencias y cambios entre los miembros de la familia a través del tiempo, hacer preguntas a cada uno de los miembros; sin emplear mucho tiempo con alguna persona en especial, hacer preguntas que pueden dar luz al problema o hipótesis al terapeuta, tomar en consideración palabras claves y las frases que repiten frecuentemente los miembros de la familia para describir su situación o cualquier otro tipo de comportamiento; para convertirlas en preguntas acerca de las diferencias entre las relaciones, investigar las explicaciones que tienen sobre estas supuestas características, ante un tema delicado si los miembros dudan en responder, habrá que formular preguntas circulares, para tener una visión circular total se debe de tener clara la interacción o el ciclo de comportamiento, de lo contrario, se deben buscar los elementos faltantes, además, se pueden realizar preguntas lineales, cuando se considere apropiado preguntar directamente a un individuo, sobre su comportamiento o sentimientos, éstas pueden ser utilizadas como base de nuevas preguntas circulares.

El Grupo de Milán propone la *no directividad* del terapeuta con respecto al cambio, porque el objetivo terapéutico consiste en liberar a la familia de la rigidez de su sistema de creencias, para que después sea ella misma la que encuentre el cambio más conveniente. Por lo que, durante el proceso de circularidad se debe de tomar en cuenta las hipótesis que se tienen acerca de la familia y del sistema, antes de hacer una intervención, hay que considerar las posibles ramificaciones de ésta y las consecuencias que implica un cambio en cada miembro del sistema, así como, tener presente que la información valiosa de la familia se puede obtener observando sus respuestas a

las prescripciones, connotaciones positivas, paradojas o tareas, finalmente considerar que cualquier cosa que haga el terapeuta es una intervención terapéutica.

Las técnicas de intervención como recursos técnicos, propuestos para el cambio, han ido variando paralelamente a la evolución histórica del Grupo de Milán, entendiendo así que, la *intervención paradójica* se ha ido abandonando a favor de *intervenciones ritualizadas*, las *intervenciones conductuales directas* siguen manteniendo las *intervenciones cognitivas*; entre las que destacan la *redefinición* y la *connotación positiva*, aunque en determinados casos se emplean metáforas. Especificándose así que, el *cambio* se da cuando se reemplaza el juego familiar por otro juego menos perjudicial, ya que todo grupo familiar necesita de un juego que regule su vida como sistema. Aunque afecta a los dominios afectivos, cognitivo y conductual, el cambio más profundo se produce en las percepciones y creencias de la familia.

Selvini y Prata (1980), centran las prescripciones en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos, buscan los modelos básicos disfuncionales de la familia esquizofrénica, ubicándose así, en la cibernética de primer orden, buscando así, conocer los principios e intervenciones válidas para todas las familias. Cecchin y Boscolo, hacen énfasis en la necesidad de generar hipótesis, las cuales se adapten a cada familia y cuestionen la utilidad de cualquier noción implícita o explícita de normalidad o patología, se interesan en el proceso de preguntar y en el constructivismo, posteriormente en el construccionismo social, centrándose así, en la cibernética de segundo orden y la construcción de realidades (Boscolo et al., 1987).

## Terapia Posmoderna

### Modelo de Terapia Narrativa

Michael White y Cerril White en Adelaida, Australia; y David Epston en Nueva Zelanda, han desarrollado el enfoque narrativo, que ha influido primero en sus países de origen y posteriormente en la Terapia Familiar, en diferentes países del mundo (White y Epston, 1993). Con la influencia de Foucault (1975), White desarrolla el modelo de **Terapia Narrativa** en la cual, los problemas de la gente están relacionados con las historias que tienen de sí mismos y que frecuentemente están relacionadas con las prácticas culturales opresivas, de esta manera se deja aún lado la “*metáfora cibernética*” para así establecer una “*metáfora narrativa*”. En este modelo se tiene un interés político y existe el pensamiento de crear historias alternativas que han estado oprimidas por una cultura dominante, encaminando así, a las familias, a la disolución de sus problemas (Nichols y Schwartz, 1995).

Foucault (1975), analizó a la sociedad contemporánea a través de las leyes de poder; en donde el Estado oprime a la gente manteniéndolos divididos y haciendo que se sientan responsables de sus propios problemas. La metáfora que utiliza White, consiste en describir la relación entre la gente y sus problemas, como un combate por el control, como si el problema fuera un adversario viviente. Asimismo, considera que las personas son oprimidas por los problemas, explorando por ende, el efecto que el problema tiene en la familia, los momentos en que el problema no domina la vida familiar y el efecto que la persona tiene en la vida del problema. White utiliza las preguntas para separar a la persona de las historias opresivas de la cultura. No hay interés en las causas de los problemas, sino en cómo evolucionan los efectos de los problemas a través del tiempo. La creencia existente aquí es que, la persona con problemas frecuentemente desarrolla la descripción saturada del problema en su vida. Los eventos negativos en su vida y los aspectos negativos de su personalidad están en un primer plano, creando un sentimiento de impotencia y consecuentemente volviéndose una víctima fácil del problema; debido a que los miembros de la familia tratan y fracasan solucionando sus problemas, entonces la historia de fracaso prevalece en la familia.

La *Terapia Narrativa*, proporciona el apoyo a la(s) persona(s) para identificar, generar y traer historias alternativas; las cuales ofrecen un distinto sentido a los pacientes sobre sí mismos y una distinta relación con los problemas. Se busca que una nueva y mejor historia pueda emerger, la nueva historia ilumina a la persona y/o a la familia, a identificar lo vivido en el curso de su vida y sus problemas, para finalmente mediar entre el pasado, presente y futuro, llevándolos así a identificar que son ellos quienes están a cargo de los problemas y no al revés.

El proceso que se lleva a cabo en *la Terapia Narrativa* contempla como un principio para construir una nueva historia, la separación de la persona, de la **vieja historia** o la **historia saturada del problema**; la cual le ocasiona impotencia o frustración. Guía así, a las familias a participar en lo que llama *conversaciones externalizadoras* acerca de sus problemas, tomando al *problema* como una entidad con vida propia, la cual domina a la persona o a la familia. Esta externalización les permite a los miembros de la familia, entender que los problemas no son las relaciones familiares, ni las relaciones personales, sino más bien, es la relación del sujeto con el problema o el problema mismo lo que trae las dificultades. A su vez, la externalización permite nuevas opciones para escapar de la opresión de los problemas, los distintos miembros de la familia o las personas involucradas pueden trabajar juntos para derrotar al problema más que culpar a otro por ello (White y Epston, 1994).

De acuerdo al proceso realizado por White, una vez externalizado el problema, las preguntas que se realizan se enfocan a considerar la relación de la familia con el problema, cómo es que la persona se separa de sus problemas y examina su relación con estos, encontrando así que, existen momentos en que tiene algún control sobre éste, es decir, sobre el problema. Se conversa sobre cuándo el problema no los derrota y se identifican áreas de la vida que no han sido dominadas por el problema y a través del proceso de preguntar, emergen historias alternativas, por lo que se induce a la familia a expulsar sus problemas y después a reorganizar su pelea contra estos.

En el proceso de la *externalización del problema*, un grupo de preguntas examinan la influencia del problema sobre la vida de los miembros de la familia, y en un segundo grupo, se establecen preguntas acerca de la influencia de los miembros de la familia sobre la vida del problema, introduciendo así, una nueva historia que ayuda a la familia a ver cómo son dominados por el

problema, las preguntas refuerzan el proceso de externalización y se busca ayudar a las personas a separarse de sus problemas; debido a que al responder tienen que hablar del problema como una entidad separada, y así, darles poder por encima de sus problemas y a darse cuenta de que ellos no son quienes pensaron que eran (White, 1994; Durrant y White, 2000).

White sugiere que el problema depende de sus efectos para sobrevivir, pero al no permitir que afecte en la(s) persona(s), los clientes cortan el sistema base de vida del problema, por lo tanto la persona empieza a percibir su relación con el problema como diferente y empieza a salir de la opresión. El efecto de las preguntas radica en el cambio de las historias sobre la persona misma y sobre los otros, lo cual le permite al cliente, reescribir sobre sí mismo y sobre su historia familiar, la terapia puede incluir en algún momento algún documento escrito por el grupo terapéutico, el cual fortalezca la historia alternativa.

### **Modelo de Terapia Colaborativa y Conversacional**

Harlene Anderson y Harold Goolishian (1988), desarrollan este modelo de trabajo, teniendo presente la metáfora de la narrativa, con el poder del lenguaje y las historias con que la gente se sostiene a sí mismo. Siendo así que, mantienen conversaciones empáticas sobre las situaciones que traen a la gente a terapia, de las cuales emergen nuevos significados. El estilo de Anderson y Goolishian es desestructurado a través de una **conversación fluida, corriente y no directiva**, a su vez, teniendo la influencia teórica de Kenneth Gergen, del “Construccionismo Social” se va especificando que la gente está siendo formada por las interacciones con otros, todo ello por medio de la conversación. En el proceso del modelo de **terapia colaborativa y conversacional**, se crean **nuevos significados**, los cuales emergen de la conversación que hace que el cliente se sienta mejor, se disuelvan o se disminuyan sus problemas. Existe cierta dificultad para describir este modelo, debido a que se trata de una actitud en la práctica como terapeutas orientados a las prácticas conversacionales y no de un modelo propiamente desarrollado, de hecho, se puede considerar que busca relaciones más igualitarias y simétricas entre el terapeuta y los clientes.

En éste modelo se plantea la idea de que los clientes frecuentemente no son escuchados, porque los terapeutas hacen terapia a éstos y no con ellos, por lo que, en el momento en que el terapeuta

no toma una postura de conocimiento, se facilita una conversación con los clientes, en la cual, es considerado el conocimiento que el cliente tiene de sí mismo. Las experiencias y los conocimientos anteriores en relación a su problemática no son la guía, en este proceso el terapeuta y el cliente, son considerados como los expertos encargados de resolver el problema.

El terapeuta colaborativo ofrece ideas y opciones, pensamientos siempre tentativos; en donde las preguntas son primordiales, debido a que son herramientas del conocimiento del terapeuta. Se desarrolla responsabilidad y una escucha activa, atendiendo así, a las necesidades del cliente, tratando de comprender la historia sin una idea preconcebida de lo que debería ser. La postura del terapeuta se mantiene honesta y continuamente desde una perspectiva del no entendimiento; dicha posición sugiere que los conocimientos, experiencia y valores del terapeuta no son más verdaderos que los del cliente, por lo que no hay un modelo intrínseco del funcionamiento humano.

Anderson mantiene la idea de que la consulta es para la familia, por lo que se mantiene curioso y muestra aprecio por la realidad del cliente, lo que atrae la curiosidad del cliente. Refleja, empaliza, ofrece una connotación positiva; asiendo sentir a los clientes que su historia ha sido escuchada y los ayuda a escuchar otra historia. Algunos de los principios que se dan en su trabajo son:

- ⊖ Los sistemas humanos están en el lenguaje y en los sistemas organizadores del lenguaje.
- ⊖ La construcción de la realidad es una acción social más que un proceso mental e independiente del individuo
- ⊖ La mente individual en realidad es una composición social y el self es irracional
- ⊖ La realidad y los significados que atribuye el cliente a sí mismo, a los otros, a las experiencias y eventos de su vida; es un fenómeno interaccional, creado y experimentado por individuos en conversaciones y en acciones a través del lenguaje con otros y con ellos mismos.
- ⊖ El lenguaje es generativo, da orden y significado a la vida y al mundo del cliente, y funciona como una forma de participación social.
- ⊖ El conocimiento es relacional y es generado en el lenguaje en la práctica diaria (Anderson, 1997).

## **Equipo Reflexivo**

Tom Andersen desarrolla la modalidad de trabajo de “equipo reflexivo”, planteando que el paciente tiene dos tipos de conversación, una de ellas es una **conversación externa** con los otros y la otra es una **conversación interna** con él mismo. Por lo que, en la conversación *externa* se origina una perspectiva más dentro de la conversación interna. El entrevistador espera una pausa en la conversación del sistema, para hacer una pregunta; algo de lo que se diga va a ser particularmente importante en la cabeza del entrevistador, generando así, una **apertura**, la cual puede ser considerada como incitaciones para un continuo en el diálogo. Siendo así que, nunca se podrá delimitar qué camino seguirá el diálogo (Andersen, 1994).

Al ver cómo el cliente se expresa con palabras, el terapeuta lo sigue, identificando que la palabra es parte de un cuerpo en movimiento; en donde la palabra hablada y la actividad forman una sola unidad. “El terapeuta observa cómo **distintas palabras tocan de manera distinta** al cliente”, el escucha puede percatarse de ligeros cambios en la cara, los ojos, el habla, etc., incluso de las palabras con las cuales el cliente cierra sus oídos (Andersen, 1994).

**El Equipo Reflexivo** o **reflecting team**, nivela el juego en el campo de la terapia sin esconder nada a sus clientes, el terapeuta y el equipo discuten abiertamente sus impresiones, en relación a lo que la familia expone. El “equipo reflexivo” es una aproximación, la cual ha sido ampliamente usada en el consenso de la terapia colaborativa. En este método, los observadores ubicados atrás del espejo unidireccional, cambian de espacio; incorporándose al mismo espacio, en el cual se encuentra el terapeuta y los pacientes. Una vez ahí, el equipo discute lo escuchado en la sesión, mientras que la familia y el terapeuta escuchan dicha conversación. Dicho proceso se realiza sin que el equipo mantenga contacto visual con los miembros de la familia, ni con el terapeuta; así mismo no se dan interpretaciones y/o críticas. Una vez terminada la intervención del equipo, se le pregunta a la familia por la reacción que surge en ellos, ante lo que vieron y escucharon del equipo y el cómo se sintieron.

La dinámica de trabajo en el equipo reflexivo, toma en cuenta la reflexión de los miembros del equipo en la sesión, sólo debe tomar en cuenta lo que se presentó en la entrevista, las ideas se

exponen de manera tentativa, los comentarios son formulados de manera positiva, o al menos no como atributos negativos o comentarios culpabilizantes, los miembros del equipo mantienen contacto visual entre sí, mientras conversan, se comparten las percepciones, pensamientos e imágenes, que los miembros del equipo tuvieron, las reflexiones intentan presentar distintos lados de un dilema, moviéndose de una posición de esto “o” lo otro, a esto “y” lo otro, las reflexiones no deben ser muy usuales ni muy inusuales en cuanto al estilo, ritmo y palabras usadas en la conversación, no se usan diagnósticos ni términos psicológicos, los terapeutas deben tratar de usar el lenguaje y las metáforas de los clientes.

El efecto de éste tipo de procedimiento, permite identificar que la familia se vive como apoyada dentro de un ambiente de honestidad, en el que la familia se siente parte del equipo y el equipo siente más empatía con la familia, debido a la interacción directa con ellos.

## Reflexión

Al analizar de manera general los modelos, puedo concluir que el más funcional es aquel que le permite, tanto al terapeuta como al solicitante del servicio de terapia, solucionar la crisis por la cual atraviesa. Es importante tener presente que algunos modelos, tienen mayor aplicabilidad en la consulta privada que otros, es decir, los espacios laborales de un terapeuta, fuera de una institución de formación o un centro interdisciplinario de servicios de salud, difícilmente cuenta con cámara de Gesell, así como, con un grupo de terapeutas que manejen estos tipos de modelos de terapia, por lo que, el arte de aplicar alguno de estos modelos, explota en un principio, los recursos del terapeuta, a manera que éste no se aferre a un solo modelo y por ende, tenga la flexibilidad de moverse y maniobrar en beneficio de su aprendizaje, así como, de proporcionar un servicio profesional y ético, en segunda instancia, el terapeuta se verá laborando de tal forma, que hará uso, posteriormente de los recursos de la familia y/o individuo que asiste a la consulta.

En algunos momentos, me cuestiono la utilidad de todas y cada una de las herramientas de trabajo que utilizamos, entendiendo que, el terapeuta no sólo debe de tener apertura a nivel ideológica, sino que también en los niveles de comunicación y que, el hacer uso por ejemplo, de las preguntas circulares, de las preguntas lineales, del planteamiento de hipótesis, análisis de los casos, una circularidad en el proceso de terapia, la realización del genograma familiar, etc., son en sí un conjunto de aportaciones técnicas, las cuales tienen una finalidad, crear un proceso de cambio funcional para quien requiere el servicio, por lo que, todas estas herramientas deben ser acopladas a las necesidades de quien solicita nuestro servicio.

Ante todo, para mi, la prioridad en cualquier modelo, debería ser que el terapeuta entienda por qué y para qué pregunta de una forma o de otra, el por qué hacer uso de los recursos del otro, qué es lo que se espera lograr, saber claramente qué es lo que el solicitante necesita y no cubrir principalmente la necesidad del terapeuta, a qué me refiero con esto, que al terapeuta no le gane el deseo de aplicar su modelo teórico, es decir, puede gustarnos mucho un modelo, en mi caso, el que más me llama la atención, es el modelo centrado en soluciones, esto por centrarse en factores muy específicos. Para mí, el buscar las excepciones al problema y analizar todo aquello que rodea al problemas, en algunos momentos, me permite clarificar más rápido lo que pasa con la persona

que me consulta, sin embargo, en otros creo que es limitante, ya que no todos los clientes pueden ser atendidos de la misma manera, ya que sus recursos son diferentes, observando a su vez, que pueden una mayor dificultad para establecer cierta claridad de lo que desean alcanzar o lo que pasaba con ellos, y por ende, como terapeuta profesional, el modelo y la técnica tiene que irse moldeando de tal forma, que permita alcanzar el objetivo planeado desde el cliente, por lo que, el tener el conocimiento teórico y adquirir las herramientas de acuerdo a cada uno de los modelos, si es un recurso para el terapeuta, siempre y cuando, este logre tener una escucha clara de la necesidad del que lo solicita y no casarse con un solo modelo, lo que sería entonces, trabajar bajo una congruencia, manejar la flexibilidad, prestarnos al cambio y así poderlo inducir, de lo contrario, los conocimientos y las técnicas sólo serían eso.

**Capítulo VI: *Análisis y discusión teórico – metodológico de la intervención clínica con familias y del Sistema Terapéutico Total, basado en las observaciones clínicas como terapeuta y parte de los equipos terapéuticos***

Protocolo de trabajo terapéutico: cada uno de los casos que se exponen a continuación, mantienen en común un protocolo de trabajo, éste consiste en: la presencia de un supervisor, equipo terapéutico (terapeutas en formación), terapeuta en formación y solicitantes de terapia. El proceso terapéutico se realiza en cámaras de Gesell, y por medio del espejo unidireccional, el terapeuta en formación es apoyado en las intervenciones necesarias para el caso a trabajar. Tanto el supervisor como el equipo terapéutico se encuentran atrás del espejo unidireccional. Una vez que el terapeuta tenía la ficha de identificación de los solicitantes, daba a conocer al equipo de trabajo los datos, se delimitaba cuál era el motivo de consulta que el (los) solicitantes exponían. Mi posición como terapeuta responsable de llevar el proceso terapéutico, fue establecer el plan de trabajo para cada una de las sesiones, exponía tanto a la supervisora, como al equipo de trabajo, la hipótesis de trabajo, temas o puntos focales a trabajar, y el modelo terapéutico que respaldaría el trabajo. Aún y cuando es el mismo protocolo de trabajo, en algunos de los casos se dieron diferencias únicamente en el tipo de supervisión, es decir, en algunos casos el supervisor ingresó al espacio terapéutico junto con la terapeuta a cargo, y en otras ocasiones, la supervisión era narrada.

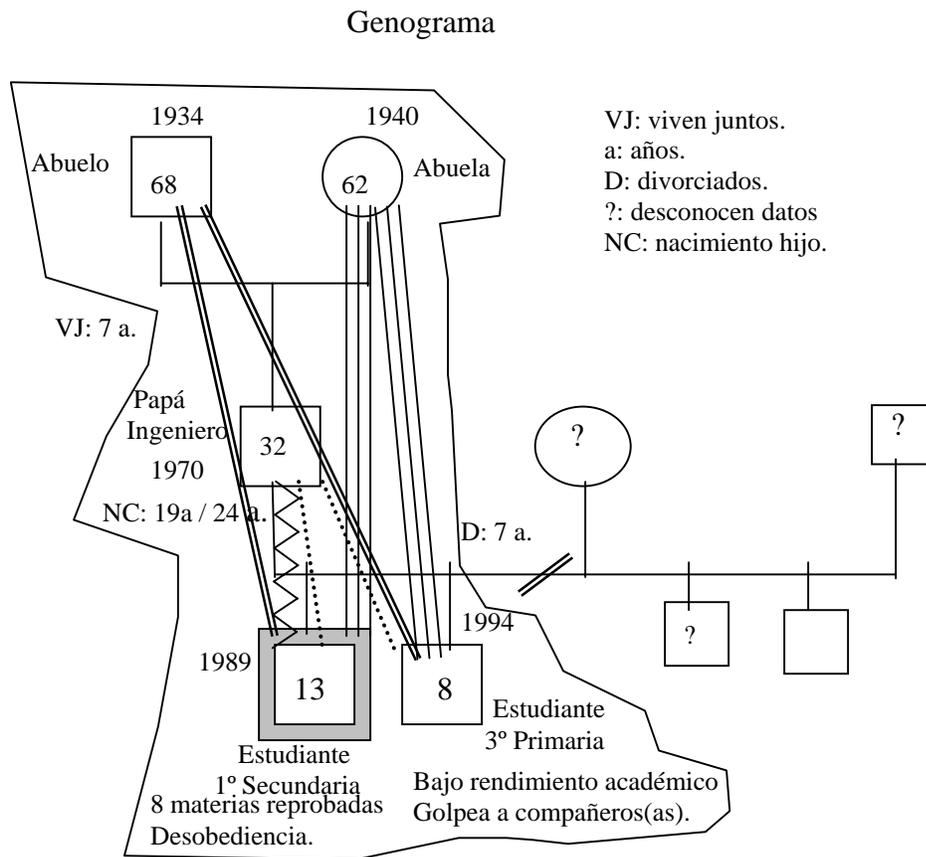
A lo largo de la maestría trabajé con un total de 6 casos, 3 familias, 1 terapia individual, 2 terapias de pareja, de los cuales sólo expondré 4, buscando compartir lo que como terapeuta experimenté, el tipo de problemáticas y de familias con las que laboré. En todos los casos los nombres fueron cambiados, con la finalidad de conservar la confidencialidad y privacidad de los procesos.

## CASO #. 1

**Modelo teórico aplicado:** Modelo de Terapia Estructural de Minuchin.

**Supervisora a cargo:** Mtra. Nora Rentarí Cobos.

**Genograma:** la familia se integraba por tres generaciones, abuela (Laura 62 años) y abuelo (Adrián 68 años), padre divorciado (Mario 32 años) desde hace 7 años y sus dos hijos varones Cesar de 13 y Rodrigo de 8 años respectivamente.



**Motivo de consulta:** el padre solicitó atención psicológica para su hijo mayor de 13 años, por reprobar materias, ser distraído y no obedecer, además de tener dificultad para tratarlo, educarlo y reprimirlo.

**Características del motivo de consulta:** el adolescente se negaba a hacer apuntes en clase, realizar tareas, hacía travesuras a sus compañeras, no lleva a cabo las órdenes que se le daban y

por agredir físicamente a sus compañeras. En casa peleaba constantemente con su papá, así como desobedecer tanto a su padre como al abuelo.

### **Breve Historia Familiar y desarrollo del proceso de terapia:**

Laura, Adrián, Mario, Rodrigo y Cesar, se presentaron al Centro de Servicios Psicológicos “*Dr. Guillermo Dávila*”, en la Facultad de Psicología, especificando que el origen de sus problemas era el comportamiento rebelde y el bajo rendimiento académico de Cesar. Al conocer la historia de la familia, se identificó que el adolescente permaneció internado hasta cursar el 6° año de primaria, hacía visitas de fin de semana a sus abuelos y a su papá, al término del ciclo escolar Cesar decidió que prefería ingresar al sistema escolarizado tradicional, por lo que, al decidir dejar el internado terminó la convivencia diaria con su hermano Rodrigo, su grupo académico, la estructura institucional, afectiva y social, la cual se modificó al incorporarse a la casa de los abuelos y su padre. Algunos de los factores que llevaron a la familia a decidir que los menores permanecieran internados, fue el abandono de la madre biológica de ambos, así como, que la abuela presentaba alteraciones en su estado de salud que la limitaban para cotidianamente llevarlos y recogerlos de la escuela (problemas con la presión arterial). Mario describió que al ser “abandonado” por su esposa, pierde el contacto con ésta durante tres años, desconoce el paradero de la misma y además no la busca, al paso de este tiempo la Sra., buscó a Mario, con la finalidad de que éste le permitiera llevarse a sus hijos a vivir con ella, lo cual le fue negado. Mario comentó que su exesposa, se volvió a casar y que tiene otros hijos, que sólo se le pidió ayudara a Cesar en sus tareas. Desde la vivencia de Mario y sus padres, la Sra., no presionaba a Cesar para que realizara las tareas, comentando que ella se dedicaba más a “recuperar” el tiempo con su hijo, quien a diferencia de Rodrigo, la veía por lo menos una vez a la semana. Para Mario hablar de su relación con la exesposa, fue un tema del cual prefirió no darle mucha apertura, principalmente por la presencia de los menores. A lo largo del proceso de terapia, éste especificó que tenía pareja, pero no planes de casarse o independizarse de los padres, por lo que sus actividades se mantenían centradas principalmente en trabajar como ingeniero y al cuidado de sus hijos. Mario también fue apoyado por Adrián (abuelo), ya que éste fue quien quedó como tutor de Cesar (en la secundaria) y Rodrigo (en el internado).

Una vez iniciada la terapia, se llevaron a cabo 8 sesiones efectivas, la novena sesión tuvo la finalidad de establecer un seguimiento, sin embargo no se realizó por motivos de salud de la abuela y por actividades del resto de los integrantes de la familia. El proceso de *inició* el 15 de Febrero de 2002 y se dio como *culminado* el 4 de octubre de 2002. A partir de la primera sesión, se establecieron las primeras impresiones, de acuerdo a lo discutido, tanto por la terapeuta a cargo, como el supervisor y el equipo de trabajo, en sí se planteó que Mario delegó la responsabilidad de asumir el rol de padre, en el momento de mandar a sus hijos al internado, además de dejar que sus padres se involucraran de tal forma, que éstos fungieran como figuras de autoridad, y las pautas de interacción se vieran rigidizadas, debido a que relacionarse un día a la semana y vivir los 7 días de la semana juntos, requiere una organización diferente. Para el equipo de trabajo, la red afectiva de Cesar se conformó principalmente en el internado, por lo que vivir con el padre y los abuelos pudo haber generado una sensación de trato temporalmente extraño, a su vez, el contacto de Cesar con su mamá integró otro factor, que aportó alguna influencia en el manejo de las dificultades. En relación a Rodrigo éste manifestó tener dificultad para acoplarse a la ausencia de su hermano Cesar y el mantenerse en el internado, esto por medio de su comportamiento tanto en la escuela como en la casa de los abuelos, por lo que, como equipo de trabajo se planteó que el “problema” no era el adolescente como tal, sino que su comportamiento denotaba que las interacciones se tornaron rígidas y los roles en la familia no se encontraban definidos.

Es importante mencionar que, dadas las expectativas de cambio depositadas principalmente en Cesar, por parte del abuelo, éste asistió únicamente a las tres primeras sesiones de terapia, refiriendo Laura que mientras el adolescente no cambiara, Adrián no regresaría al proceso. Rodrigo no fue constante en el proceso, ya que al permanecer internado, no siempre le fue autorizada su salida de la institución. Ante estas situaciones, se mantuvieron en el proceso de terapia Laura, Cesar y Mario, mientras que Adrián, Rodrigo se mantuvieron como participaciones alternos. A la madre biológica de los menores no se le requirió en el proceso, ya que ésta conservó una interacción a distancia con el proceso de la familia y las dificultades de Cesar y Rodrigo.

Conforme se fue desarrollando la terapia se observó que al establecerse la integración de Cesar al espacio y núcleo familiar, la dinámica que se fue desarrollando, comenzó a generar las dificultades, que llevaron a la familia a solicitar la terapia, *desde el Modelo de Minuchin*, se identificó que las características de la familia fueron, las de *una familia extensa*, ya que había más de una generación viviendo junta, *con límites familiares internos difusos*, originando que *se presentara poca diferenciación entre los subsistemas y con poca autonomía*, es decir, como familia no se diferenciaban los subsistemas “parental” del “filial”, colocando a Mario en una posición como un hijo más de la familia, por ende, los abuelos asumieron la paternidad de Cesar y Rodrigo, los *límites* al ser poco claros, llevaron a la familia a generar en “Cesar” conductas de interacción, tanto en el interior como en el exterior de la familia, con inadecuadas “fronteras”, por lo que a Cesar se le identificó y calificó en la escuela, como parte de los 15 alumnos más problemáticos. El patrón de interacción fue generando *estrés*, el cual, repercutió en todos los integrantes de la familia y en el exterior. A su vez, se crearon *triadas rígidas*, triangulando principalmente a Cesar, la rigidez de la figura de autoridad (abuelo) y las expectativas de cambio hacia él, llevaron a depositar constantemente en el adolescente el rol del único responsable de las dificultades en la familia. De acuerdo al proceso de terapia, al inducir a la familia a una perspectiva sistémica, los integrantes de ésta pudieron observar que el comportamiento de Cesar estaba relacionado con lo que cada uno de ellos hacía, dando lugar, a los cambios en la estructura familiar, la delimitación de los sistemas y subsistemas, por ende, Mario asumió su rol de padre, Adrián y Laura el de abuelos; tanto de Cesar como de Rodrigo, y estos últimos, como hijos de Mario y nietos de Adrián y Laura. Al cierre del proceso se especificó que Mario era quien ponía los límites, los abuelos se dedicaron a realizar sus proyectos personales, fungiendo sólo como apoyo para su hijo, sin asumir el apoyo en la elaboración de tareas con Cesar, así como la resolución de los problemas. Cada uno de los integrantes de la familia, asumió la influencia que tenían en el origen y mantenimiento de los problemas. El cambio que se dio en Rodrigo se caracterizó por la ausencia de conductas violentas tanto con su hermano, como en la escuela. Cesar mejoró su rendimiento académico, la relación con su hermano, dejó de pelear con su papá, respetó y aceptó los límites puestos por su padre, con quien a su vez, estableció una comunicación más clara y abierta, y comenzaron a compartir períodos de entretenimiento.

En la **primera** sesión se trabajó con la familia completa, buscando delimitar el objetivo de trabajo y conocer el motivo de consulta, además de identificar las interacciones, roles, establecer el rapport con cada uno de los asistentes. Cada uno de los integrantes de la familia, refirieron que el problema era el comportamiento de Cesar, lo cual estaba afectando a todos. Durante la **segunda** sesión Cesar buscó hablar de la relación con su mamá, solicitando trabajar él solo, Cesar mencionó que tenía la inquietud de relacionarse más con su mamá y si era posible vivir con ella, ya que al visitarla se sentía bien, aún y cuando tenía otros hijos y pareja, él sentía que era bien recibido. Para la **tercera** sesión se trabajó sólo con Cesar, durante esta sesión se habló además de su idea de irse a vivir con su mamá, también se trabajo sobre los recursos y habilidades que el adolescente mostraba para poder mejorar su desempeño académico, sus preferencias académicas, y recreativas. En la **cuarta** sesión, se estableció como parte del encuadre, que la sesión se dividiría en dos partes, en la primera se trabajó solo con Cesar, para evaluar el efecto que había tenido, el haber identificado los recursos de éste, aplicables en la resolución de sus dificultades, tanto académicas como familiares, para la segunda parte de la sesión, Cesar, su papá y su abuelita, identificaron cómo se habían tratado unos a otros, cómo se fueron dando las pautas de interacción en toda la familia, y plantearon que se estaban dando cambios; en esta sesión se trabajó sólo con los tres, ya que el abuelo se negó a asistir al proceso y Rodrigo no pudo salir del internado el día anterior. Para realizar la **quinta y sexta** sesión se trabajó con la abuela, Rodrigo y Cesar, ya que el padre por motivos de trabajo no pudo asistir. En la **quinta** sesión se fue trabajando y reforzando los cambios a nivel comportamental de Cesar y Rodrigo, sin embargo, Laura comentó que a Cesar lo habían dado de baja en la escuela, ya que no logró pasar el mínimo de materias necesarias para poder ser aprobado o ser candidato a presentar extraordinarios, lo cual implicó, que Cesar iría a otra secundaria, a la cual eran canalizados los alumnos con dificultades académicas parecidas a las de él. La abuela refirió preocupación por el hecho de tener que llevar a su nieto a dicha escuela. Dadas las expectativas de que Cesar salvara el año escolar, se trabajó con los asistentes a manera de que lograran identificara que, dado lo avanzado del ciclo escolar y el inicio del proceso terapéutico; pocos meses antes al cierre del ciclo escolar y el desempeño del Cesar, era de esperarse que no pasara el año, sin embargo, se retroalimentó a la familia, especificando cómo podría ser dicha experiencia un aprendizaje para todos. En la **sexta** sesión, se evalúan y detectan los cambios dados en la familia, y se refuerzan. La familia da apertura a hablar sobre los deseos de Cesar de vivir con su mamá, el grupo de trabajo

retroalimentó a la familia, enviándoles el mensaje de la relación que Cesar y Rodrigo mantenían con Laura, el rol que ella tenía con ellos y lo que implicaría para cada uno de ellos, el que decidieran separarse. Ante la evaluación de Cesar de incorporarse a la familia de su mamá, éste contemplo la separación con la abuela, que aún y cuando se llevaba bien con su mamá y sus medios hermanos, le quedaba claro que no era los mismo convivir con ellos de vez en cuando, a radicar definitivamente con ellos; ya que se sentía afectivamente más ligado a sus abuelos, hermano y padre.

En la **séptima** sesión se trabajó con la abuela, Rodrigo, Cesar y Mario, en dicha sesión se identificó una recaída, por lo que a sugerencia de la supervisora y del equipo de trabajo, se modificó el encuadre terapéutico, con previa autorización de la familia, a aplicar una técnica diferente, la familia accedió y se llevó a cabo la aplicación de *equipo reflexivo*, en dicho proceso el equipo trabajó cada una de las posturas, de la abuela, de Cesar, la de Mario y la de Rodrigo, en relación al establecimiento de las pautas de interacción que llevaron a mantener los conflictos. Al realizarse la **octava** sesión, la familia remarcó cómo se modificaron las relaciones, específicamente Mario explicó cómo al incorporarse su hijo a la nueva escuela, él participó más apoyándolo, habló de los acuerdos que llegaron para poder realizar juntos la tarea, en caso de ser necesario para Cesar. Mario explicó que para él el cambio de escuela de su hijo lo llevó a poder organizarse y pasar por él, tiempo que les llevó a establecer un espacio de diálogo e interacción más cercana. Mientras que los abuelos, se relacionaron con Cesar desde la posición de abuelos, dejando que tanto su hijo como su nieto, resolvieran las diferencias que se llegaban a presentar. Laura refirió que Mario dejó de discutir con su nieto, como si fueran hermanos, y que su nieto respondió diferente ante los límites que su papá le puso. Se exploró sobre la reacción tanto de Adrián como de Rodrigo, ante los cambios vividos en la familia, Laura explicó que su esposo se mantenía tranquilo y que pudo ocuparse de otras actividades, apoyando más a Mario con Rodrigo dado los horarios de su hijo, y que con Cesar habían cesado las diferencias, y cuando se llegaba a presentar, era más fácil conciliarse y llegar a acuerdos, aún si Mario se encontraba ausente o presente. Tanto Mario como Laura comentan que Rodrigo dejó de agredir a Cesar, que de hecho como hermano mayor Cesar cuidaba mucho a Rodrigo, y su relación se tornó diferente, lo cual se ve reflejado en el comportamiento de Rodrigo en la escuela. En esta sesión se trabajó posibles recaídas, llevando a la familia a identificar los recursos que le permitirían resolverlas, sin generar

nuevamente interacciones poco funcionales para ellos. Se habló del *cierre del proceso* ya que la familia refirió haber cambiado las cosas que los llevaron a solicitar la terapia, por lo que, se estableció que se daría una sesión de seguimiento, en un mes, para dar por terminado el proceso. En la **novena** sesión, se citó a toda la familia, sin embargo, el estado de salud de Laura, y a las actividades del resto de los integrantes de la familia, no fue posible realizarse, se les hizo una llamada telefónica posterior a la fecha acordada para la sesión, al contactar a Laura, ésta comentó que Cesar iba bien en la escuela y las diferencias con su padre eran menores, que lograban resolver más fácilmente éstas, que Cesar se mostraba más cooperador tanto en la escuela como en la casa, que ya realizaba sus apuntes y tareas, además de dejar de ser calificado como un alumno problema. Rodrigo, siguió cursando la primaria en el internado, con visitas de fin de semana a su familia, con una mejor relación y sin presentar conductas agresivas. Mario continuó trabajando como ingeniero, estableció una relación con Cesar de tal forma, que ambos podrían compartir actividades tanto académicas como de esparcimiento, rompiendo así, con las interacciones que los mantenían en constante conflicto, también especificó que era más fácil establecer acuerdos con su nieto y tener límites claros, que ella y su esposo continuaban con su plan de radicar fuera de la ciudad de México, especificando que tanto Cesar como Rodrigo, se quedarían con su padre.

**Hipótesis de trabajo:** el que Cesar llegara a vivir con sus abuelos y su padre, evidenció la no diferenciación de roles y la falta de involucramiento de Mario con sus hijos.

**Origen y mantenimiento del síntoma:** éste se caracterizó por la comunicación poco clara, roles confusos, rigidez en los límites, inserción del adolescente a diferentes espacios y la separación de los hermanos.

**Objetivo:** que la familia lograra identificar las pautas de interacción, los roles establecidos y el estilo de comunicación, que originaban sus dificultades, para así, poder reestructurarse, de tal forma que les permitiera a cada uno de los integrantes delimitar su rol familiar, establecer pautas de comunicación para hablar y concretar la resolución de conflictos con mayor efectividad, sin necesidad de la permanencia de la situación sintomática.

**Evolución del motivo de consulta:** el motivo de consulta se mantuvo centrado en el desempeño académico de Cesar, sin embargo se fueron integrando aspectos como la necesidad de establecer roles, comunicación y límites más claros, así como, se dio apertura para hablar de necesidades específicas, especialmente por parte de Cesar, quien habló de su necesidad de relacionarse con su mamá biológica, de poder vivir con ella y tratarla más.

**Tipo de intervenciones establecidas en el caso, desde el Modelo de Terapia Estructural de Minuchin:**

Conforme se fueron desarrollando las sesiones de terapia, el grupo desde el inicio del proceso hasta el final, considero que los puntos a considerar fueron: tanto el padre como los abuelos presentaban cierta dificultad para saber cómo tratar, educar, establecer límites y hacer que los nietos, en especial Cesar se mostrara responsable en relación a la escuela, que todos en sí, estaban pasando por una etapa de ajuste, por lo que, al moverse muchas cosas, la familia se mostraba un poco confundida en relación al trato hacia los nietos, en el qué hacer, regañarlos o no y/o dejarlos. Por ende, era importante que la familia reflexionara sobre lo que estaba haciendo cada uno de ellos, qué se le dificultaba más a cada uno, en la búsqueda de identificar qué era lo que pasaba. En sí, en este caso se trató de trabajar en base a la *estructura de la familia, la flexibilidad del sistema y sus capacidades de elaboración y reestructuración*; considerando la modificación de alianzas y coaliciones del sistema, *la resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de los integrantes de la familia*, así como, *examinar el estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas relacionadas con dicho estadio*, así como, *explorar las formas en que los síntomas eran utilizados para el mantenimiento de las pautas de conflicto*, referidas por la familia.

Para tal caso, se buscó la **distribución del síntoma**, resaltando que cada uno de los integrantes de la familia presentaban aspectos que los hacían sentir la necesidad de estar en la terapia, tanto con el padre, como con los abuelos, se planteó cómo existía dificultad para saber cómo tratar, educar, establecer límites y hacer que los menores mostraran un comportamiento responsable, que les permitiera cumplir con los compromisos escolares, que todos en sí, estaban pasando por una etapa de ajuste, ya que se enfrentaban a una nueva etapa. Otra manera de **distribución del**

**síntoma y focalización**, fue por medio de prestar atención a las dificultades académicas de Cesar, en relación con la historia académica del padre y las probables dificultades que Mario pudo haber vivido, mientras él cursaba la secundaria. Al aplicar la **reestructuración**, se buscó establecer un cambio en la estructura familiar se trabajó la “**fijación de límites**”; buscando regular los límites entre subsistemas, establecer límites menos rígidos y fortalecer aquellos límites permeables. Por medio del “**desequilibrio**” se buscó modificar las jerarquías familiares, en donde Mario, asumiera el rol de padre y autoridad ante Cesar y Rodrigo.

Es importante mencionar que para establecer cada una de las intervenciones, como terapeuta fue necesario establecer *alianza* con los miembros de la familia, en diferentes momentos y con los diferentes miembros de ésta, como terapeuta me alié a ellos, para así lograr *desequilibrar y reestructurar las jerarquías*. Todo ello, considerando que al aliarme con alguno de los miembros de la familia, se modificaría la posición del resto de los integrantes y promoviendo la creación de nuevas alternativas para el cambio. En su momento la *alianza* con Mario, permitió fortalecer su posición, de manera más sólida, para que éste lograra controlar el mal comportamiento de sus hijos. Cuando se estableció la *alianza* con la abuela, fue con la finalidad de reafirmarla en su posición de abuela y autoridad, para así pudiera mantener su rol de autoridad, pero sin sobrepasar a Mario. Al llevar a cabo la *alianza* con Cesar, se buscó evidenciar que podía ser partícipe en los cambios y colaborar, para evidenciar las dificultades en el resto de la familia, además de evidenciar la importancia de responsabilizarse de cada una de sus acciones tanto en casa como en la escuela, de igual forma, con Rodrigo fue importante también establecer una *alianza*, la cual permitiera evidenciar cómo se hacía cargo de sus reacciones con su hermano y en la escuela. El establecer las diferentes alianzas, también se buscó la destriangulación, principalmente de Cesar.

Cuando se intervino de acuerdo a los *límites*, se buscó diferenciar los procesos de autonomía e independencia de cada uno de los miembros de la familia, desde los sistemas y subsistemas, siendo así que, se buscó especificar reglas y efectos, ante una reacción que mantuviera el síntoma, que los *límites* rígidos se tornaran *permeables*, y los límites porosos se fortalecieran. En cuanto a *los canales de comunicación*, se tuvo la finalidad de que la familia estableciera diálogos que permearan en la escucha, mientras se hablaba de alguno de los miembros, esto fue más evidente, al aplicar el *equipo reflexivo*, ya que fue una escucha desde afuera de los sistemas y

subsistemas. Al trabajar parte de la *reestructuración*, por medio de la *alianza* con Cesar, se buscó reconocer sus habilidades o recursos, que utilizaba por ejemplo, para desarmar y armar celulares, que a su vez, podía emplear para modificar sus dificultades, tanto en la escuela como en la casa. Es importante mencionar que en parte del proceso terapéutico se empleó el *foco e intensidad*, en donde como terapeuta, elegía un tema a trabajar y haciendo aún lado otros, que aún y cuando eran importantes, representaban poca utilidad para alcanzar la meta terapéutica (**foco**), en cuanto a la **intensidad**, como terapeuta tuve que estar atenta en identificar que los mensajes fueran importantes para los integrantes de la familia, éstos se centraron en el establecimiento de los *límites claros y la diferenciación de los sistemas y subsistemas*.

Al trabajar con la aplicación del “equipo reflexivo”, se buscó observar y ver el efecto que tendría en la familia, el cómo las palabras, expresadas desde el equipo de trabajo, tocarían a cada uno de los asistentes, teniendo en cuenta, que los cambios se identificarían desde las expresiones faciales, a qué elementos darían apertura y a cuales se cerrarían. Nivelando el juego de la familia, en el espacio de terapia, estableciendo la discusión abiertamente, sin esconder nada, y específicamente hablando de lo que la familia expuso, de manera tentativa, cuidando que los comentarios no se tornaran negativos o culpabilizantes. Para así, permitirle a la familia tener una historia alterna, y que en su momento les permitiera vivirse diferente, así como, apoyados por el equipo terapéutico.

**Limitaciones:** en un momento se podría considerar como una limitación la inasistencia del abuelo a lo largo del proceso, ya que no se pudo conocer, desde su vivencia la efectividad de los cambios y el establecimiento de los límites.

Institucionalmente, considero que una limitante fueron los constantes cambios e interrupciones, por lo procesos mismos del centro, ya que la familia y el equipo de trabajo, debieron reorganizarse tanto en tiempos como en espacios, lo que llevaba a tener períodos prolongados intercesiones, lo que a mi ver, daba cortes poco favorecedores al proceso.

**Otras propuestas de trabajo:** considero que se debió contemplar el trabajar, por lo menos en una sesión, con la madre de Cesar, dada la necesidad de éste en relacionarse o vivir con ella, también el hecho de no trabajar por lo menos en una sesión la relación de Mario con su ex esposa, a mi parecer, fue un factor que pudo haber aportado más herramientas de trabajo, que permitieran tanto a Cesar como a Rodrigo, el hablar de lo que la familia podría manejar como un secreto, algo de lo cual no se habla, pero que si genera mucha inquietud.

**Análisis del equipo de trabajo:** me es importante mencionar que al ser éste mi primer proceso terapéutico, en una modalidad completamente diferente a lo vivido, durante mi formación como terapeuta, si causó en sus inicios, procesos de reflexión constante, ya que podía identificar que me generaba inquietud el saberme observada, que era mi responsabilidad el dirigir la sesión de manera asertiva y tratando de aplicar el modelo correspondiente, para así poder ser retroalimentada e identificar cuáles eran mis deficiencias, desde el equipo, la supervisora y desde mí, ya que para mí fue un factor indispensable, y el cual me daría cada vez más, herramientas de trabajo funcionales, tanto para la familia y para mi como terapeuta. En esta primera experiencia, considero que tuvo como principio, fortalecer y desarrollar las habilidades para elaborar preguntas, dejando aún lado, las preguntas lineales y desarrollar las preguntas circulares, ambientarme a una nueva dinámica de trabajo, y aprender a manejar la ansiedad que me generaba la experiencia en su totalidad.

En particular en este caso, en un momento experimente la dificultad de relacionarme con Cesar, ya que desde mi experiencia de vida, yo no había sido una alumna adolescente con problemas académicos, en esta situación, la retroalimentación de la supervisora y del equipo de trabajo, me permitieron introducirme al espacio terapéutico y al trabajo con el adolescente, desde una perspectiva diferente, los intereses no académicos de éste, lo que me llevó a encontrar intereses en común, detectar sus habilidades para resolución de sus dificultades, y mis habilidades para interactuar efectivamente con él, tener mayor empatía y consideraría como un factor importante, dejar de mirar a Cesar como un adolescente problemático, cambiando mi propia percepción y definición de la persona que me consultaba.

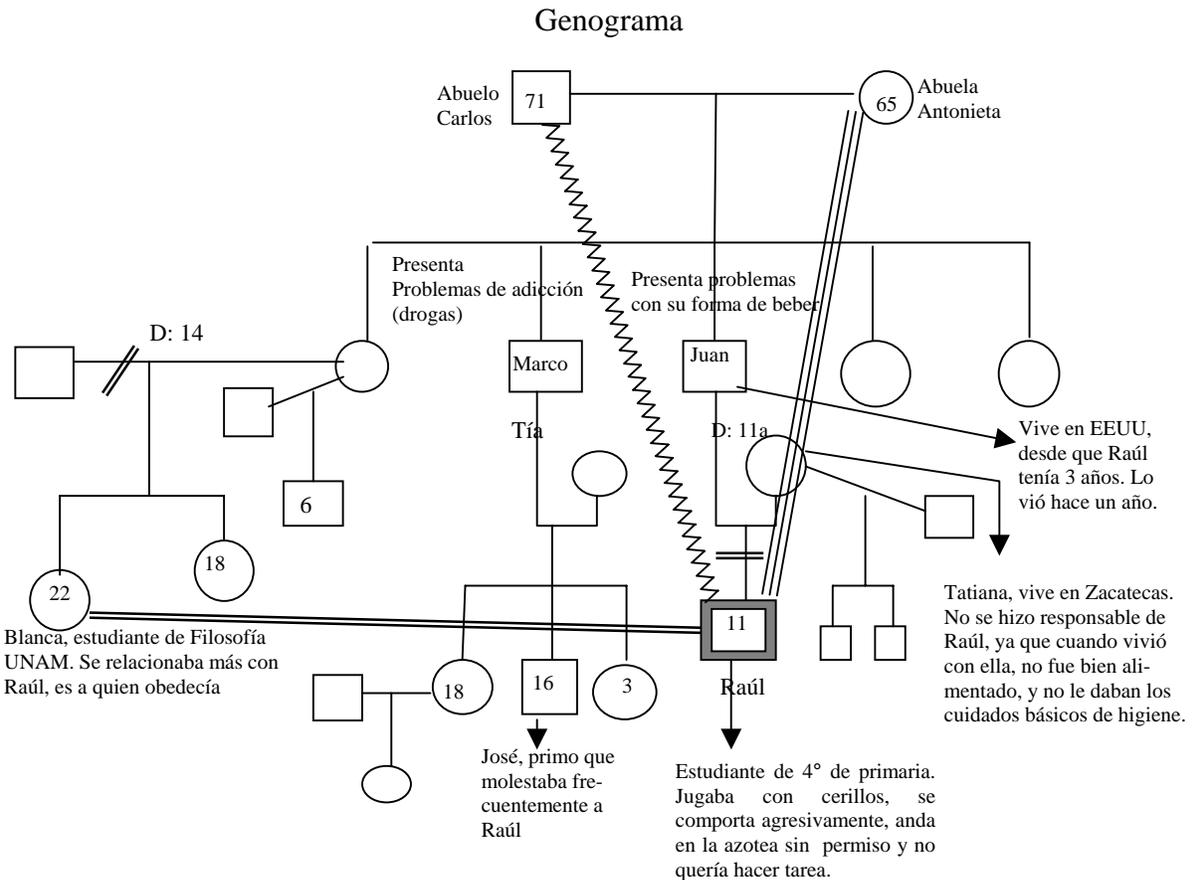
Para mí, la supervisora y del equipo, formaron un punto crucial y fueron tomando mayor importancia cada vez que identificaba mis propias limitantes, dando lugar a un cambio de conversación, búsqueda de palabras que dijeran lo que en verdad quería transmitir y sobre todo, encaminar el proceso de terapia, de tal forma, que permitiera que la familia encontrara la solución a la experiencia por la cual estaban pasando y la llevaba a vivirse en conflicto. Reforzando a mi ver, la circularidad de los eventos, es decir, cada persona y cada evento, se ve influido por el actuar del otro, así como, que los eventos y sus efectos no son factores aislados.

CASO #. 2

**Modelo teórico aplicado:** Modelo de Terapia Breve MRI y Modelo de Terapia Centrada en Soluciones y Modelo de Terapia Estructural de Minuchin.

**Supervisor a cargo:** Dr. Raymundo Macías (supervisión en vivo) y Dra. Mary Blanca Moctezuma Yano (supervisión narrada).

**Genograma:** se trató de una familia conformada por, abuelos Antonieta (65 años), Carlos (71 años). Hijo: Marco (2° hijo), Nuera: Clara (esposa de Marco). Nietos: Blanca (22 años, hija mayor de la primogénita de Antonieta y Carlos), José (16 años, hijo de Marco), Raúl (11 años, hijo de Juan), Sonia (3 años, hija de Marco). Juan (padre de Raúl), Tatiana (mamá de Raúl). Es importante mencionar que tanto Juan como Tatiana, no vivían, ni convivían con Raúl.



**Motivo de consulta:** los abuelos solicitaron el servicio especificando que su nieto Raúl se portaba mal, que iba mal en la escuela, se la pasa fuera de casa con los amigos y no obedecía ni en casa, ni en la escuela.

**Características del motivo de consulta:** lo que los abuelos refirieron como mal comportamiento, fue que Raúl no levantaba sus trastes de la comida, salía de casa sin permiso, se llevaba los alimentos a su recámara y no devolvía los utensilios utilizados a la cocina, desobedecía las órdenes de los abuelos, tenía frecuentes riñas con su primo José, jugaba en la azotea, prendía cerillos, no realizaba tareas, tenía bajas calificaciones y en ocasiones había tenido problemas con vecinos, por hacerles travesuras, además de estar fuera de casa con los amigos, por mucho tiempo.

#### **Breve Historia Familiar y desarrollo del proceso de terapia:**

Juan y Tatiana, padres de Raúl radicaban en Zacatecas, decidieron divorciarse debido a las dificultades que se originaban por la forma de beber de Juan, y las dificultades económicas por falta de trabajo, una vez separados, Juan se fue a trabajar a Estados Unidos, radicando allá no estableció contacto con Raúl durante 3 años, mientras que Tatiana se quedó a vivir en Zacatecas, se hizo cargo de Raúl y procreó a dos hijos más con su nueva pareja. Antonieta y Carlos, abuelos de Raúl, buscaron estar al pendiente de su nieto, ambos describieron que al visitar a su nieto, veían que no lo alimentaban adecuadamente, que por lo general estaba sucio y médicamente no era atendido, al ver esto, decidieron hacerse responsables del menor con autorización de la madre, refirieron que fue ella, quien por medio de Juan, pidió que Antonieta y Carlos se llevaran al niño, ya que Tatiana especificó que la desatención que le daba a Raúl, se debía a que ella trabajaba, lo cual le dificultaba el hecho de poder hacerse cargo de él. A partir de los 3 meses de edad, Raúl vivió con sus abuelos y al momento de solicitar el proceso de terapia, la convivencia familiar se daba además de con los abuelos, con sus tíos Marco y Clara, su primo José, su prima Sonia y su prima Blanca, ésta última también asumía parte de la responsabilidad en el cuidado de Raúl. Al momento de ingresar al proceso de terapia Raúl sólo había tenido un acercamiento con su padre, quien en unas vacaciones regresó a México y estuvo con él, esto hacía ya un año aproximadamente, con su mamá, Raúl ocasionalmente pasaba temporadas, no se especificó

cuantas veces al año lo hacía o cuando fue la última vez, pero los abuelos y Raúl mencionaron que cuando la visitaba, el trato que le daban se caracterizaba por golpes propinados por la madre y frecuentes molestias por parte de los medios hermanos. Para ese entonces Raúl cursaba el cuarto año de primaria. Después del proceso de terapia, Raúl se fue a vivir con su papá a Querétaro, lugar en el cual estudiaría, los abuelos decidieron asumirse en su rol de abuelos, colocando a Juan, en el rol de padre y responsable de Raúl.

En la primera sesión de terapia se presentaron al Centro de Servicios Psicológicos “*Dr. Guillermo Dávila*”, en la Facultad de Psicología, Raúl en compañía de su prima Blanca, dado que los abuelos se encontraban en Estados Unidos de vacaciones. Una vez iniciado el proceso terapéutico, se llevaron a cabo 10 sesiones, con la cancelación de una, debido a motivos de salud del menor. El proceso de inició el 05 de Marzo de 2003 y se dio como culminado el 09 de Octubre de 2003, con la propuesta de seguimiento vía telefónica. Es importante mencionar que la primera y segunda sesión sólo se presenta Raúl y Blanca, a partir de la tercera y hasta el final del proceso, se trabajó únicamente con los abuelos y Raúl, ya que con ellos eran los que estaban más involucrados en la problemática.

En la sesión **uno** se trabajó con el supervisor dentro del espacio terapéutico, por lo que no se discutió el proceso con el grupo que se encontraba atrás del espejo, las sugerencias para el proceso terapéutico se dieron dentro del espacio terapéutico, acordando que las probables líneas de trabajo en las sesiones subsecuentes podrían ser el miedo de Raúl durante el proceso de terapia, lo cual fue considerado por el supervisor, que era lo que estaba más asociado con el temor que mostraba el menor, ya que se contactaría con lo que él sentía, además de tener que asistir al proceso de terapia, y no tanto por ser regañado, además se comentó que Raúl debía de aprender a hacer sus cosas por sí mismo, debido a que aunque su abuela tenía la intención de ayudarlo, ella ya no podía hacerlo. En la **segunda** sesión, se presentó Raúl y su prima Blanca, se habló sobre las mejorías que Raúl pudiera hacer, mencionadas por él mismo, ya que le surgió la inquietud de si poder cambiar las cosas, llegar a sentirse mejor y salir bien en la escuela. Se exploró sobre las dificultades que Raúl tenía en la escuela, la probable preocupación que existía en él por no estar con sus papás, se tomaron en cuenta qué ideas tenía el menor sobre el hecho de que sus padres no se encontraban con él, también se trabajó sobre quien establecía los límites en

casa, a lo cual Blanca respondió que era su abuelita, se evalúa el juego de Raúl con cerillos y el permanecer en la azotea sin permiso, grado de peligrosidad, tanto para el menor, como para el resto de la familia. Dado lo que explica el menor y de acuerdo a la evaluación de la terapeuta y el quipo de trabajo, se descarta la existencia de ideas suicidas y/o piromanía. En la sesión también se trabajó explorando las dificultades de Raúl, con quien se presentaban más frecuentemente, Blanca refirió que la mayoría de las dificultades eran con los abuelos y que eran ellos los que estaban más involucrados en la problemática de éste, de acuerdo a esto, se sugirió que se presentaran los abuelos en la próxima sesión junto con Raúl.

En la **tercera** sesión se presentaron los abuelos y Raúl, se trabajó explorando cuáles eran las dificultades existentes desde la visión de los abuelos, especificando éstos que su nieto no obedecía nada y que no les ayudaba. Es importante mencionar que los abuelos hablaban de Raúl, como un niño con una historia triste, principalmente por la ausencia de sus padres, explicando la diferencia en el comportamiento del menor, ante la presencia de por lo menos el padre, describiendo el abuelo que Raúl, cuando tuvo una visita en el 2002, por parte de su padre, éste se tornó obediente y colaborador en la casa; situación que cambió nuevamente cuando el padre decide regresar a Estados Unidos. Al trabajar sobre lo que llevaba al menor a tener mal comportamiento tanto en casa como en la escuela, ambos abuelos especificaron que se debía a que Antonieta no permitía que nadie regañara al menor. Se exploran los intentos de solución empleados por los abuelos, a lo cual comentaron que intentaron hablar con Raúl, regañarlo, levantarle la voz y amenazarlo con llevarlo con su mamá, sin llegar a pegarle. Con la finalidad de continuar con el proceso de trabajo terapéutico con los tres asistentes, ya que son los más involucrados en la problemática, y se establece el compromiso de participación con cada uno, se retroalimenta a la familia, especificando que tanto el equipo de trabajo como la terapeuta, y dadas sus inquietudes de asistir a terapia, la finalidad del proceso no era encontrar culpables, sino identificar qué era lo que estaba haciendo cada uno, como para que las diferencias se mantuvieran.

La **cuarta** sesión, se centro en el trabajo con los abuelos, para redefinir la historia de “*pobrecito niño*”, que ellos traían de Raúl, ya que él contaba con ellos, y que de una forma u otra fungían como sus padres, así como, que Raúl contaba con la presencia de otras personas como su prima

Blanca, lo cual no hace de Raúl, un *pobrecito niño*. La abuela identificó que Raúl era un niño a quien se le había cuidado de más, y se trabajó con la experiencia de los abuelos como padres que educaron, buscando identificar los elementos diferentes en su relación con Raúl y que por ende, no les permitía establecer una relación con menos dificultades. Se habló sobre los posibles acuerdos a establecerse, para poder educar mejor a Raúl, retomando el cómo le hicieron para establecer acuerdos para educar a sus propios hijos, de lo cual se identificó la renuencia de la abuela como para ponerle límites a Raúl, sin embargo, se destacó que los abuelos identificaron que ellos como padres eran más firmes. La Sra. Antonieta en ocasiones a sus hijos, llegó a pegarles, cosa que no podía hacer con Raúl. Al explorar las dificultades que llevaban a la Sra. Antonieta a tratar a Raúl con mayor firmeza, se identificó que para ella el trato hacia los nietos es diferente, relacionándolo a su vez, con la idea que la Sra. Antonieta tenía de lo que era una buena madre. Finalmente se les validó a los abuelos su experiencia de vida, y como mensaje, se les hizo saber que se veía que no querían poner límites, principalmente la Sra. Antonieta, porque probablemente era algo que la hacía sentirse mala madre. Se les describió una metáfora basada en dos pizarrones, en donde uno era la abuela y el otro era el abuelo, y al tener los dos pizarrones, y al no ser claros ninguno de los dos, Raúl se quedaba confundido, optando por no llevar a cabo lo que en alguno de los dos pizarrones estaba escrito, además, se les dio el mensaje de que, el querer a una persona requería de límites y el exceso de amor no le permitiría a Raúl, diferenciar entre lo permitido y lo no permitido. También el equipo de trabajo envió un cuestionamiento a los abuelos, especificándoles que tenían una duda, la cual consistió en que no podrían diferenciar si lo que ambos sentían por su nieto era amor o lástima, y que si ellos estaban dispuestos a que la historia de su nieto fuera diferente, era necesario el establecimiento de límites, protegiéndolo así, de lo que enfrentaría en un futuro. Se les dejó de tarea, que observaran qué era lo que les funcionaba para que su nieto les obedeciera y que a su vez no les hiciera sentirse mal. La **quinta** sesión no se realizó, debido a que Raúl se encontraba enfermo, se acordó la continuidad del proceso, estableciendo una nueva cita, vía telefónica.

En la **sexta** sesión, la familia mostró mayor facilidad para identificar sus cambios establecidos, refiriendo que Raúl mejoró su comportamiento, para la Sra. Antonieta, surgió la necesidad de permitir que su esposo le llame la atención a Raúl, aún y cuando era algo que no le agradaba. El Sr. Carlos especificó que el que su esposa no permitiera que él le llamara la atención a Raúl,

implicaba que se sintiera protegido, por lo que, Raúl al saberlo no obedecía a nadie, pero cuando ella no se encontraba, para él si era más fácil que le obedeciera. Ante esto la Sra. Antonieta explicó que ella tenía claro lo que tenía que hacer con su nieto, sin embargo, identificó que lo que la detenía para hacerlo, era saber que Raúl no era su hijo, por lo que no podía educarlo, como había educado a sus hijos. Tanto el Sr. Carlos como la Sra. Antonieta, explicaron que ellos no deseaban ponerle límites a Raúl. Dada la reacción de los abuelos para poder establecer límites, se trabajó fatalizando los eventos narrados en cuanto a la conducta de su nieto y que era el motivo que los llevó a solicitar atención psicológica y lo que a su vez generaba su preocupación, así, se les llevó a una perspectiva a futuro, en la que tuvieron que imaginarse a Raúl en 5 años, la primera respuesta que aportó la Sra. Antonieta fue que, ella creía que en unos años Raúl hasta le podría pegar, el Sr. Carlos especificó que para él era importante que su nieto entrara a la secundaria con una mentalidad de respeto, la Sra. Antonieta también comentó que ella no quería ser la responsable de que su nieto termina metido en drogas, en alcohol y/o delincuencia. Ante esta perspectiva, se cuestionó sobre las soluciones que ellos consideraban podían aplicar. La Sra. Antonieta especificó que de seguir así su nieto, lo llevaría de regreso con su mamá, aún a sabiendas de que allá lo maltrataban y lo castigaban. El equipo al observar que los abuelos no deseaban asumirse como los responsables de establecer límites claros para Raúl, decidieron mandarles el mensaje de que en realidad ellos eran los abuelos de Raúl, y como tal, ellos habían estado haciendo una labor muy buena, ya que los abuelos no educaban, sino consentían, que la realidad de Raúl era que no tenía a sus padres para que lo educaran, por lo que ellos como abuelos debían seguir haciendo lo que hasta ese momento habían estado haciendo, ya que si los papás de Raúl estuviesen con él, ellos serían uno abuelos geniales.

En la **séptima** sesión, el Sr. Carlos reportó que su esposa cambió al 100%, ya que cuando él reprendió a Raúl, ella se mantuvo callada, además comentó que su esposa castigó a Raúl y esto lo llevó a “doblarse”. Ambos abuelos identificaron y comentaron que se daban cuenta que habían tratado a su nieto consintiéndolo, y no solo ellos, sino también sus tías y su prima Blanca, independientemente de si el comportamiento de su nieto era bueno o malo. Ante esto, se llevó a los abuelos a que se colocaran en el lugar de éste, ambos respondieron que se comportarían igual que él. Así, los abuelos refirieron que el cambio que su nieto había dado, era principalmente, que hacía su cama, sin embargo, había gran dificultad para que se bañara, ya que sólo lo hacía una

vez a la semana, así como no arreglar su cuarto, comía en éste y que por lo general no les obedecía. Se rescató el establecimiento de los pequeños cambios que estaban dando, así como, el efecto que esto estaba teniendo en todos, a su vez, se exploraron las diferencias en el trato hacia Raúl, por parte de las tías y su prima, lo cual les permitió a ellas ser obedecidas. Con la finalidad de mantener los pequeños cambios, el equipo de trabajo mandó felicitar a los abuelos por lo pequeños cambios establecidos, lo cual implicaba poner límites y así generar los cambios, cuestionando a su vez ¿que si era algo a que estaban dispuestos a continuar aplicando, para conocer los efectos en su nieto? Para Raúl, el equipo buscó reforzarle de igual forma sus cambios, especificándole que las ganancias ante el hecho de hacer cambios, formaría parte de un beneficio para él y no para los demás.

En la sesión **ocho**, se exploró cómo les había ido a partir de la sesión anterior, Raúl comentó que sus abuelos estaban muy molestos con él, ya que estando con sus amigos en la azotea de su casa, fumaron, cosa que implicaba riesgo, dado que en dicho lugar se localizaban los tanques de gas. Se trabajó devolviendo la responsabilidad al menor ante sus actos, además se le invitó a colocarse en la posición de los abuelos ante su actuar, Raúl comentó que él estaría igual que ellos, ya que estuvo mal lo que había hecho. Se exploró las soluciones a aplicar, con la finalidad de establecer límites claros, y por ende colocarse como figuras de autoridad, intentar soluciones diferentes y efectivas, por parte de los abuelos; diferenciando entre amenaza, castigo y límite claro. El Sr. Carlos identificó ante qué situaciones y personas Raúl obedecía y no se salía a la calle, la abuela a su vez identificó, qué era lo que ella hacía, de manera más clara, que llevaba a su nieto a tener mal comportamiento. El mensaje del grupo hacia la familia, consistió en remarcar los recursos de Raúl, para seguir instrucciones y obedecer, siempre y cuando éste identifique claridad y firmeza, lo cual se vio reflejado en que si existían personas a las cuales las reconocía como autoridad y seguía ordenes.

A la sesión **nueve**, se presentan los abuelos y Raúl, especificando que éste pasó el año escolar con buenas calificaciones y que le fue otorgada una beca, en esta ocasión se planteó la sesión, como una sesión de evaluación, ya que se cerraba el centro por el período vacacional, la familia explicó que se irían a Tepetongo y Zacatecas por un mes, lo cual alargaría a dos meses el tiempo en el que no asistirían a terapia. Se identificó una recaída, ya que los abuelos refirieron que su

nieto seguía en las mismas, por lo que se trabajó a manera de que pudieran los abuelos identificar cómo las conductas de Raúl, podían tornarse más adelante conflictivas y que ante la dificultad que implicaba para ellos el mantenerse firmes con su nieto, no les permitía identificar los focos rojos y por ende, al no ser aspectos graves para ellos, era una forma de entender que ellos decidieran no establecer cambios duraderos. El equipo terapéutico mandó un mensaje a la familia de no cambio, es decir, refirieron que el asistir a terapia no era exclusivamente para cambiar, sino que en algunas ocasiones servía para entender como era uno y aprender a aceptarse, por lo que la recomendación era no cambiar a lo largo de los dos meses que no se les iba a ver, ya que había familias que estaban preparadas para el cambio y otras no, dependiendo de su momento para hacer las cosas de forma diferente.

Para la sesión **diez**, llegaron a la sesión sólo los abuelos, refiriendo que su hijo Juan, quien vivía en Chicago, decidió hacerse cargo de su hijo. En las vacaciones la Sra. Antonieta, se puso en contacto con Juan, una vez que llegaron a California, fue ahí en donde se encontraron Raúl y su papá. Al regresar a México, Raúl y sus abuelos, Juan decidió regresarse e irse a vivir a Querétaro con Raúl, por medio de una de sus hermanas, Juan pudo establecerse en Querétaro, prepararse para trabajar y que Raúl ingresara a la escuela. Los abuelos contemplaron que funcionaría el que Raúl viviera con su padre, ya que éste ya no bebía, que al estar en contacto Juan y Raúl, Raúl cambio favorablemente, ya que se había integrado a la escuela, ya no había sido necesario establecerle castigos y que no había dificultades para que obedeciera. Los abuelos describieron la relación entre padre e hijo, como algo favorable, ante los comentarios de los abuelos, se cuestionó la posibilidad de una recaída en cuanto a la forma de beber de Juan, la posibilidad del no acoplamiento laboral en Querétaro y qué pasaría si Juan decidiera llevarse a Raúl a Estados Unidos. Se trabajó sobre los factores que el Sr. Carlos y la Sra. Antonieta habían identificado en su hijo, que a ellos les hizo pensar que su hijo en esta ocasión si podría permanecer en México, ambos respondieron que aún y cuando su hijo había sido una persona de carácter fuerte, él los escuchaba, y el que Juan hubiese decidido regresarse por sí sólo y quedarse con su hijo, era algo que a ellos les dio la pauta para entender que Juan había decidido cambiar. El equipo le devolvió a los abuelos cuestionamientos como: ¿qué iba pasar si su hijo Juan volvía a beber? ¿Qué iban a hacer ellos? Quedó planteado que en caso de que su hijo volviera a beber y fuese un factor de riesgo para Raúl, qué sucedería, el Sr. Carlos respondió que retomarían la responsabilidad del

menor y que buscarían nuevamente ayuda, en caso de tener dificultades con su nieto o su hijo. Se trabajó el cierre del proceso, se dejó cita abierta y con la posibilidad de que ellos puedan regresar, aún y cuando la terapeuta que había llevado el caso ya no estaría en el centro.

**Hipótesis de trabajo:** los intentos de solución establecidos por los abuelos, los habían llevado a mantener el síntoma, asumiendo que el único que tenía que hacer algo diferente en Raúl y no ellos.

**Origen y mantenimiento del síntoma:** para los abuelos el motivo de que su nieto tuviese mal comportamiento era debido a la ausencia de los padres biológicos, lo cual lo convertía en un “pobrecito niño”.

**Objetivo:** que la familia identifique sus intentos de solución aplicados y que no les eran funcionales, para así, establecer nuevos intentos de solución ante las diferencias.

**Evolución del motivo de consulta:** aún y cuando se mantuvo presente la idea de los abuelos, sobre el mal comportamiento de su nieto, a lo largo del proceso, ambos abuelos identificaron que el comportamiento de este, tenía relación con reacciones, comportamientos y la falta de límites, derivando en la dificultad que tenían como abuelos del menor, como para poder establecer límites claros, firmes y persistentes, siendo influenciados por sus creencias y sus necesidades.

**Tipo de intervenciones establecidas en el caso, desde la Terapia Breve MRI, la Terapia centrada en Soluciones y el Modelo de Terapia Estructural:**

Desde el *MRI* se *evaluó* cómo era un problema para los abuelos, lo que estaba pasando en la familia, dada la sintomatología, se trabajó a manera de obtener una definición del problema y las soluciones intentadas, por medio de conductas concretas. Una vez realizado esto, se buscó aplicar *técnicas de intervención* como: **redefiniciones, tareas directas y paradójicas**. Al aplicar la **redefinición** se buscó eliminar la etiqueta de “pobre niño”, lo cual dificultaba el cambio, a la de “niño con otras posibilidades de interacción y apoyo afectivo”. La *intervención metafórica* buscó que la influencia que se diera en la familia fungiera de alguna manera como una definición

diferente del problema, y a su vez una solución. Las *intervenciones paradójicas* fueron una herramienta de trabajo en esta familia, ya que fue persistente su resistencia al cambio, sin embargo, dicho proceso surgió efecto, cuando los abuelos decidieron establecer un cambio, el cual consistió en asumir su no cambio de abuelos a padres, pero colocando a Juan, en el lugar y en relación directa a Raúl. Al aplicar *intervenciones directas*, se buscó en primer lugar, que los abuelos vieran que el comportamiento de Raúl se debía a que ellos no cumplían con los límites, identificando que éste sí sabía lo que era permitido y lo que no, reflexionando cómo su comportamiento estaba mediado por el hecho de que no había consecuencias, por medio de este tipo de *intervención*, se buscó establecer una *alianza* con los abuelos, para reforzar su postura de autoridad, así mismo, se buscó que los abuelos hicieran uso de sus recursos y de su experiencia de vida.

Desde el modelo de *terapia estructural*, se buscó aplicar *técnicas reestructurantes*, como la **fijación de límites**, con la finalidad de que los límites excesivamente rígidos se tornaran flexibles, así como, que la existencia de límites extremadamente flexibles, se fortalecieran. Al establecer el **desequilibrio**, se buscó modificar las jerarquías establecidas, esto fue por medio del establecimiento de la alianza con el abuelo, para desequilibrar la posición de la abuela, e inducirlos a un proceso de cuestionamiento; colocando al abuelo en una igualdad de jerarquías con la abuela y dejando así a Raúl por debajo de esta jerarquía, dado que la Sra. Antonieta tendía a descalificar en su esposo, es decir, por medio de la *alianza*, la terapeuta buscó fortalecer la posición del Sr. Carlos, para así establecer una organización a la par con su esposa y así pudiesen controlar a Raúl a un nivel abajo del parental. Se decidió hacer uso **del aprendizaje de la complementariedad**, con la finalidad de que la familia pudiera ver su problema desde una perspectiva más amplia, mostrando puntos de vista alternativos, esto desde el equipo de trabajo, para así lograr cuestionar la definición que estaba estableciendo la familia como problema y la causalidad lineal que lo generaba, es decir, cómo el que no tuviera a su padre generaba el mal comportamiento, llevado a como el reaccionar de los abuelos, ante el hecho de tener que poner límites, generaba el síntoma, más no la creencia de la ausencia del padre.

El modelo de terapia *centrada en soluciones* permitió trabajar con la exploración de *intentos de solución*, identificar si dichos intentos eran en ese momento parte del problema, se buscaron los *recursos* tanto de los abuelos como de Raúl, para poder encaminarlos a las *soluciones*, además de introducir la exploración de límites, y se trabajó con la *postura de los clientes* ante el problema. Es importante mencionar que las *intervenciones se basaban en las discusiones* establecidas entre el equipo terapéutico, la supervisora y la terapeuta. A lo largo del proceso terapéutico se planteó la validación de los abuelos, su experiencia de vida, el querer a una persona requiere de límites forzosamente, el exceso de amor no le permite entender que es lo permitido y que no, que era importante diferenciar entre amor y lástima. El *fatalizar* los eventos expuestos por los abuelos, tuvo la finalidad de modificar las conductas que mantenían el problema, ante la dificultad para el cambio, en ocasiones fue necesario establecer una *intervención paradójica*, proponiendo continuar presentando la conducta, por parte de los abuelos a lo largo del intervalo entre sesiones, fue necesario establecer este tipo de intervención, debido a los pocos cambios dados. Otra de las intervenciones realizadas fue la *connotación positiva “elogio”* y la *amplificación de los cambios*, esto cuando los abuelos y Raúl, establecían pequeños cambios, ya que se buscaba resaltar las capacidades mostradas, tanto dentro, como fuera de las sesiones, lo cual fungía como recurso para solucionar el problema.

**Limitaciones:** el grupo estableció que se detectaba cierta negación, por parte de la Sra. Antonieta a que su hijo Juan volviese a beber, situación que podría poner en riesgo a Raúl, justificando que su nieto no tendría mayor problema, ya que ella conocía a jóvenes con padres alcohólicos y que ellos no consumían alcohol. No evidenciar o hablar abiertamente de la necesidad de no tener la responsabilidad del menor.

**Un recurso:** el que el Sr. Carlos si contemplaba que su hijo podría presentar una recaída en su forma de beber, especificando que de ser así, quedaba abierta la posibilidad de encargarse nuevamente del menor.

**Otras opciones de trabajo terapéutico:** considero que en este caso se pudo trabajar la conducta de Raúl, por medio de otro factor influyente, la necesidad de los abuelos de no responsabilizarse del menor y la historia de pobre niño, como una demostración de no aceptación y carencia de

afecto, que probablemente llevaban a Raúl a mostrarse con mal comportamiento. Hubiese sido importante trabajar sobre las limitantes que se daban para la abuela, ante el hecho de tener que asumirse como madre o educadora del menor, trabajar sobre proyecto de vida en ambos abuelos, explorar qué cosas estaban dejando de hacer, al tener que asumirse como tutores del menor. También explorar cómo era la vivencia de Raúl, ante el ser visto como un “pobrecito niño”, identificar si realmente para él era importante tener a su padre, o era más la necesidad de lo abuelos.

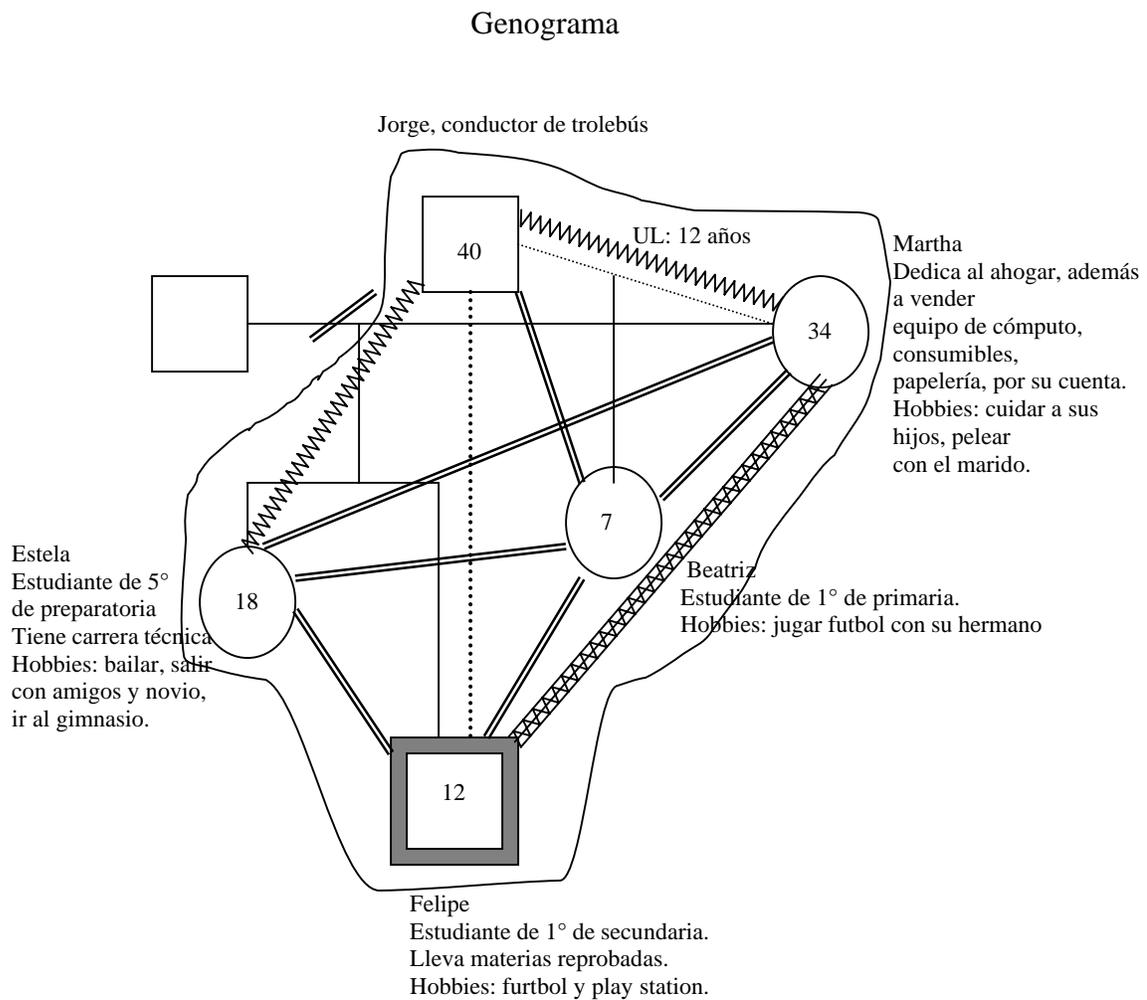
**Análisis del equipo de trabajo:** la efectividad del equipo, para los abuelos, fue vivida como los profesionales que les permitieron identificar que cosas estaban haciendo mal y que no les permitía tener el control del infante. Yo consideraría que, aún y cuando fue algo que no se habló abiertamente en el espacio terapéutico, la efectividad del equipo terapéutico, llevó a los abuelos a identificar lo que para ellos implicaba el continuar siendo tutores del menor, y que era una responsabilidad que no deseaban asumir abiertamente, disfrazándolo por medio de la descripción de “pobrecito niño”, que necesitaba de su padre. Como equipo terapéutico, se impactó en los abuelos de tal forma, que ellos lograron asumir que no deseaban responsabilizarse del nieto, llevándolos a actuar, es decir, hacer uso de su experiencia de vida, para contactarse e influir en el comportamiento de su hijo Juan, y derogar finalmente la responsabilidad de Raúl en él, a quien ellos consideraban debía responsabilizarse. Aún y cuando no fue un objetivo del equipo terapéutico, este tipo de movimiento a nivel familia, podría hablar, de que hay objetivos que la familia nunca habla, y que finalmente, ante el hecho de establecer pequeños cambios y evidenciar lo que ocasionan las dificultades en la familia, la familia misma genera sus recursos para encontrar la solución, que consideran es la más efectiva.

### CASO #. 3

**Modelo teórico aplicado:** Modelo de Terapia Breve MRI, el Modelo de Terapia Centrada en Soluciones, el Modelo de Terapia Estructural de Minuchin y el Modelo de Terapia Estratégico.

**Supervisora a cargo:** Dra. Mary Blanca Moctezuma Yano.

**Genograma:** la familia estaba integrada por Jorge 40 años (padrastro de Felipe y Estela), Martha 34 años (madre), Estela 18 años, Felipe 12 años y Beatriz 7 años (hija de Jorge y Martha).



**Motivo de consulta:** la madre solicitó terapia para su hijo de 12 años, por tener problemas en la escuela, por inseguridad, reprobado materias y desobediencia.

**Características del motivo de consulta:** la madre refirió que desde hacía 4 años su hijo se mostraba inseguro, que mentía para esconder sus errores, que era muy nervioso, aprensivo y que se espantaba fácilmente, que padecía colitis nerviosa, que había tomado dinero de una compañera de la escuela y a su esposo, que no hacía ninguna de las actividades que los profesores le solicitaban, que les hacía travesuras a sus compañeras, una de las características de la desobediencia era que Felipe se salía de casa, aún y cuando Martha no había dado permiso, o Jorge estaba en casa.

### **Breve Historia Familiar y desarrollo del proceso de terapia:**

Se trató de una familia reconstituida, ya que Jorge era la segunda pareja de Martha, ésta refirió que ella tenía problemas con su forma de beber, factor que la llevó a vivir una primera relación matrimonial destructiva, viviendo agresión física por parte de su pareja, de éste primer matrimonio procreó a Estela y Felipe, dadas sus dificultades con el alcohol, Martha explicó que asistía a un grupo de alcohólicos anónimos desde hacía 8 años, y a su parecer, era algo con lo que su familia no estaba de acuerdo y generaba dificultades. La relación con Jorge se da con un noviazgo de 7 meses, después de los cuales decidieron vivir juntos y procrearon a Beatriz. Martha explicó que antes de que naciera su última hija, Jorge se llevaba muy bien con sus hijos, sin embargo a lo largo de los 12 años de relación familiar, Martha decidió proteger mucho a sus hijos de su esposo, que era ella quien hablaba con ellos y la que ponía los castigos. Esta familia se caracterizó por la somatización de los hijos, Felipe se le aplicaron estudios para diagnosticarle neuritis nerviosa o hipoglucemia, a Estela se le tuvo que internar por presentar neuritis nerviosa, antecedentes de anorexia, presión baja y peso de 44 kilogramos. La madre negó que sus hijos necesitaran terapia individual, en especial Estela, dado que ya asistían a la terapia familiar. El equipo de trabajo y la terapeuta tenían claro que se trataba de una familia que, al menor intento de introducir un cambio, ésta dejaría de asistir al proceso terapéutico, ya que principalmente a la madre le implicaba tener mayores pérdidas, el dar un cambio. Se buscó establecer la alianza terapéutica, que permitiera introducir cambios, sin embargo, la familia fue muy inconstante y sabotó cualquier intento de cambio. La familia tuvo su última sesión antes de salir de vacaciones, al término de las mismas, se buscó reestablecer el contacto, lo cual fue imposible ya

que los teléfonos se reportaron fuera de servicio, y de acuerdo al reglamento del centro, se les dio de baja por inasistencia al proceso terapéutico.

Una vez iniciada la terapia, se llevaron a cabo 7 sesiones efectivas, el proceso de inició el 14 de Marzo de 2003 y se dio como culminado el 10 de septiembre de 2003. De acuerdo a su hoja de primer contacto, y a la discusión con el equipo, supervisora y terapeuta, se acordó que se trataba de una familia que presentaba multiproblemas, dado que cada uno de los integrantes mostraba la presencia de problemas de comportamiento y de salud, así como diferencias entre la pareja. Ante esto, la mayor parte de las sesiones se trabajó con los 5 integrantes de la familia, sin embargo, al retomar algunos aspectos relacionados únicamente con la pareja, los hijos fueron sacados del espacio terapéutico.

En la **primera** se buscó identificar cómo estaba cada uno de los integrantes de la familia relacionados con el origen y mantenimiento de las dificultades, observándose que las interacciones reflejaban un sobreinvolucramiento, no había una diferenciación de roles, Estela describió la relación filial, explicando que ella quería mucho a sus hermanos, ya que durante algunos años se encargó de cuidarlos, debido a que su mamá trabajaba. Por medio de Estela, Felipe fue descrito como un niño que se preocupaba mucho, que se tomaba muy a pecho las cosas que pasaban con sus papás, que cuando sus padres discutían, ella se llevaba a sus hermanos a su recámara y cerraba la puerta, que entre Felipe y Estela se protegían mucho, por lo que era Estela quien se hacía cargo de su hermano, ésta se asumía como la que lo escuchaba y lo consolaba, cuando era necesario. Al trabajar sobre el motivo de consulta, se logró observar cómo los hijos se encontraban sobreinvolucrados con la problemática de la pareja, en donde la madre constantemente se aliaba a ellos en contra del padre. Una característica que llamó mucho la atención al equipo de trabajo, fue la facilidad para llorar de todos los integrantes, ya que cuando comenzó a llorar Felipe, el resto de los asistentes soltaron en llanto, así mismo, Estela y Felipe se tomaban de la mano. Felipe describió que una característica de su familia, era que todos eran muy egoístas, cosa que a todos les generaba problemas.

En la **segunda** sesión, se trabajó sobre la forma de beber de Martha y el desacuerdo que se generaba en la familia ante el hecho de que asistiera a un grupo de alcohólicos anónimos, Estela refirió apoyar a su mamá para que asistiera a dicho grupo, situación que no era compartida por el resto de la familia. Martha se describió como demasiado condescendiente, situación que la había llevado a que su hijo presentaran las conductas de desobediencia, explicó que las dificultades no sólo se presentaba con Felipe, sino también con Beatriz. Jorge comentó que él esté o no, sus hijos hacían lo que querían, se trabajó sobre el enojo de Jorge, el cual se generó poco antes de ingresar al proceso de terapia. Dado que la pareja mostró enojo y dificultad para hablar de lo acontecido antes de ingresar a terapia, se decidió trabajar únicamente con ellos dos, por lo que se les pidió a los tres hijos que salieran del espacio terapéutico. Jorge describió que él se vivía como un cero a la izquierda, Martha comentó que la relación estaba siendo muy rasposa entre ellos. Para Jorge su esposa gritaba y reclamaba sobre el mismo tema, además de que no se detenía si estaban en la calle o no, cosa que a él le incomodaba; debido a que la gente los miraba. Jorge comentó que a veces se vivía como esposo de Martha y a veces como el hijo de la misma. Martha refirió que a ella ya le pesaba la relación, dado que aún y cuando ella esperó 4 años para tener a Beatriz, con la idea de que Jorge se acoplara con sus hijos mayores, éste presentó una actitud en la cual, depositó la resolución de las diferencias con ellos en Martha, por lo que se tornó padre de los mayores, a descripción de Martha desde el pensamiento y con Beatriz desde la emoción, y que para que no se prestara a malas interpretaciones la relación entre Estela y Jorge, éste decidió no mostrarse afectuoso con Estela. Martha describió que Jorge habla de ella y de sus hijos como personas pedantes, que la familia de Jorge había hecho comentarios como de que Estela y Felipe no eran hijos de Jorge, en una reunión familiar y enfrente de ellos, cosa que a Felipe le afectó. Martha comentó que buscó el bienestar de sus hijos ya que éstos son buenos, pero que ellos los volvían malos, por lo que ella prefería centrar el proceso de trabajo en sus hijos, y no en la relación de pareja, esto debido a que aún y cuando ya habían tenido algunos intentos de recibir ayuda, Jorge en una ocasión, fue muy claro y expresó que él no cambiaría, sin embargo, para ella era muy importante que sus hijos tuvieran la imagen paterna, por lo que ella estaba dispuesta a sobre llevar la situación. Al trabajar lo que cada uno de los integrantes esperaba del proceso de terapia Jorge mencionó que él esperaba recibir ayuda para Felipe, ya que la relación de pareja desde su vivir, tampoco funcionaba y no quería trabajarla. Para Felipe era importante comunicarse y tener mayor acercamiento a Jorge, Beatriz esperaba que sus papás se llevaran

mejor, Estela explicó que ella quería aprender a entender a su papá, ya que no lo entendía, por lo que buscaba evitarlo, pero que aún así, él no respetaba lo que ella decía y ella hacía lo mismo. Martha mencionó que ella quería recargarse en Jorge, pero que no se podía, dada su actitud cómoda. Jorge explicó que no se sentía padre de Estela y Felipe. En esta sesión también se trabajó sobre el sufrimiento que mostraba toda la familia, aún y cuando los hijos refirieron que Jorge no tenía sentimientos (Beatriz) y que sus sentimientos eran de piedra (Felipe).

En la **tercera** sesión, se trabajó la relación, rol e identidad de padre hacia los hijos, por lo cual, se buscó identificar cómo era que Jorge trataba a los hijastros, que los llevaba a ellos, a desear el acercamiento hacia él, tratarlo ante los demás como papá y lograr no evidenciar que no era el padre biológico de los hijos mayores. Martha identificó que Jorge se comportaba más cariñoso con Beatriz, que con Felipe y Estela, que era un reclamo que llegaron a hacer. Se identificó cómo el comportamiento de los hijos mayores, llevaba a Martha a ponerse del lado de ellos, en contra de Jorge. Se trabajó sobre cómo Jorge fue intentando tomar el rol de papá, ambos refirieron que la relación entre Jorge y Estela presentó dificultades, a partir de que Estela tuvo novio.

En la sesión **cuatro**, se trabajó sólo con Felipe dado que éste solicitó tener la sesión sin la presencia del resto de la familia. Relató que hacía 2 años, él vio a su mamá besándose con otro hombre, que hacía 6 meses, encontró una carta de despedida de su mamá, dirigida hacia el hombre con el cual la vio besándose. Comentó que a partir de dicho evento, él ya no tuvo mucha comunicación con su mamá, Felipe mencionó que para él no era fácil acercarse a su mamá. Se trabajó a manera de identificar la correlación existente entre el motivo de consulta y el que Felipe encontrara a su mamá besándose con otro hombre. Dicha persona es conocida de Martha, ya que también asistía al grupo de AA. Se exploró qué era lo que desea Felipe, a partir de la información que proporcionó, éste especificó que no desea hablar del tema enfrente del resto de la familia, ya que él sentía que su papá ya lo sabía, pero que no hacía nada al respecto. Felipe refirió que le causaba miedo el hecho tener que hablar con la familia de lo sucedido, por miedo a la reacción de la madre, creyendo que ésta se iría con la hermana menor, dejándolo a él y a su hermana. Se evaluó lo que como hijo podía hacer, que cosas estaban en sus manos o no, para que las cosas

fueran diferentes, aún y cuando el no hablara abiertamente de la aparente relación de la madre con su amigo, Felipe refirió que el hablar de lo que pasaba con su mamá, a él lo dejaría tranquilo.

En la sesión **cinco** después de un mes, se trabajó sólo con la pareja, ya que por el festival del día de madres y la firma de boletas, la familia no se presentó. Martha comentó que para ella, el tener dificultades con sus hijos la llevaban a sentirse mal, especificando que hasta perdía las ganas de bañarse. Martha habló que ella desde el tercer año de primaria de Felipe, lo había apoyado mucho, al grado de hacerle la tarea, cosa que se repitió cuando ingresó a la secundaria, esto le permitió a Felipe tener mejores calificaciones, pero al dejarlo solo, el rendimiento de éste bajó nuevamente, Martha comentó que su hijo le dijo “necesito que estén sobre de mí”. Martha comentó que Felipe traía una historial fuerte, que a los 8 años robó dinero a un familiar de Jorge \$ 1,500, pero ninguno de los padres castigó, sólo se habló con él. Posteriormente a descripción de Martha, su hijo tomó más dinero para comprarse pizzas, y posteriormente para comprar sillas pequeñas para su hermana, que su hijo mentía mucho, que de hecho la maestra de historia mandaba recados que nunca le llegaban. Se trabajó cómo los padres habían decidido tratar a su hijo, explicando que habían intentado desde hablar con él, gritarle, pero que se mostraba con altanería hacia ellos, además de que Felipe se mostraba déspota con sus hermanas en algunas ocasiones. Martha se centró en su hijo, refiriendo que a éste no le importaba el cuidarse, lavarse los dientes, su limpieza en general y que dormía mucho. La madre habló de su preocupación a que su hijo presentara TDA, habló de rasgos de depresión y niveles de ansiedad. Martha refirió que los problemas de su hijo se relacionaban con el hecho de que ella se fue a trabajar cuando éste estaba en quinto de primaria, que de hecho su hijo le llegó a decir que extrañaba que alguien no le recibiera con la comida caliente, Martha consideró que fue desde ahí, cuando ella notó más las diferentes en el comportamiento de su hijo. Intentaron llevar a Felipe con otro psicólogo, pero éste se dedicó a regañar al menor, por lo que sólo asistieron a dos sesiones. Martha describió que le había llegado a hablar a su hijo desde gritos y groserías, y tranquila, pero que no reaccionó. Que ella sentía que el conflicto era más con ella, que con su esposo, que eso venía desde hacía 3 años, que su hijo era muy celoso, que en muchas ocasiones las diferencias que tuvo con su esposo se vio involucrado Felipe, ya que ella al llegar a la casa, éste le decía que Jorge le había jaloneado, etc., reaccionando Martha agresivamente con su esposo, diciéndole que no se metiera con su hijo, que se largara de su casa, la reacción de Martha, llevó a Felipe, a su parecer, a

sentirse muy seguro. Al cierre de la sesión Martha explicó que a Felipe le había bajado el azúcar a 45, por lo que le harían estudios para descartar hipoglucemia y fiebre reumática, ya que éste era muy visceral y nervioso. Habló sobre la somatización de Felipe cada vez que tenía que presentar algún examen. También habló sobre la relación que tenía con su amigo, y cómo lo había vivido Felipe, especificando que su hijo engrandeció el evento de tal forma, que sino hubiese sido por su hija, las cosas se hubiesen puesto peor, que Felipe es muy celoso y que la trataba como su papá.

En la sesión **seis**, después de 2 meses de no realizarse la sesión, ya que Jorge fue operado y a Beatriz le dio varicela. Martha refirió que ella es la hermana mayor de todos, que ella se llevaba muy mal con todos, que Felipe le faltaba al respeto, que no le obedecía para nada. Se retomó el tema de la relación de Martha con su compañero, lo cual Felipe lo vivió como que se besó con éste, Martha comentó que nadie en la familia toleraba la relación con su amigo, y que a partir de lo que pasó, Estela se tornó más grosera, a lo cual, ésta niega haber visto algo, (cuando la madre habla de la relación con el amigo, Felipe y Estela se tomaron de la mano). Se habló de que Felipe peleaba mucho con Jorge, y que el comportamiento se debía más por celos. Jorge comentó que el no sabía nada de lo acontecido con esta persona, que para él, el no haberlo visto, no implicaba dificultades con su pareja, ya que él se sentía seguro, que no lo tomaba como infidelidad, Felipe refirió que él no cambiaba de pensamiento aún y escuchando la explicación de su mamá, éste lloró y Estela lo tomó del brazo, la reacción de Martha fue de enojo y le dio la orden a su hija de que lo soltara. La madre habló de su hijo como alguien deprimido, cosa que cambiaba cuando éste andaba en la calle. La madre se victimizó, describiendo que era trasgredida por todos. Se trabajó sobre cómo cada uno estaba dispuesto a modificar su rol en la familia, cómo Martha dejaría que Jorge asumiera el rol de papá, y cómo éste lo asumiría, así como el rol de los hijos, sin estar aliados a la madre. Martha insistió en que el permanecer juntos era porque Beatriz comentó que no quería una familia incompleta. Estela mencionó que la opción para su familia era hablar más claramente, por lo que se cuestionó si el seguir juntos como habían vivido a lo largo de los últimos meses, era algo que deseaban seguir viviendo, si estaban dispuestos como familia a seguir adelante, y se planteó que había diferentes formas de permanecer juntos.

En la sesión **siete**, Martha comentó que a Estela le diagnosticaron neuritis nerviosa, un padecimiento parecido a la anorexia. La madre se mostró negada totalmente, a aceptar que sus

hijos presentaban enfermedades físicas, por lo que requerían atención integral, y no sólo desde lo psicológico, Martha insistió que ella no creía que lo necesitaran. La familia se la pasó riendo, al estar hablando de las dificultades, y el estilo de querer de cada uno. Dado que fue muy notorio que en la familia ninguno tenía un rol definido, así como la dificultad de establecer cambios y asumir la posibilidad de cambio, además de la demanda de ser orientado para solucionar sus diferencias, se dejó de tarea que Jorge asumiera el rol de papá, con la finalidad de que cada uno pueda establecer un rol más definido e identificar más claramente que pasaría con ellos si cambiaran. Se acuerda que la sesión siguiente será después de las vacaciones, ya que el centro sería cerrado y por ende, la siguiente cita se establecería vía telefónica.

**Hipótesis de trabajo:** el mal comportamiento de los hijos así como la somatización existente, principalmente en Estela y Felipe, reflejan el establecimiento de los dobles vínculo, por parte de la madre.

**Origen y mantenimiento del síntoma:** el doble discurso de la madre, las diferencias entre Jorge y Martha, la victimización de Martha y el control que ésta establecía hacia cada uno de los integrantes de la familia, fueron factores que originaban y mantenían los síntomas.

**Objetivo:** trabajar principalmente la alianza terapéutica, para poder establecer los cambios en la comunicación, roles, límites y relaciones afectivas.

**Evolución del motivo de consulta:** se centró en las dificultades de Felipe, sin embargo, conforme se fueron dando las sesiones, la demanda se centro en todos los integrantes de la familia.

**Tipo de intervenciones establecidas en el caso, desde el modelo de terapia Breve MRI:**

A lo largo del proceso se trató de establecer y fortalecer la *alianza terapéutica*, dedicando el tiempo suficiente como para crear cierto nivel de empatía entre cada uno de los integrantes de la familia con la terapeuta. Se trató de *definir el motivo de consulta*, desde el marco teórico referencial de *terapia breve MRI*, en conductas concretas, los *intentos de solución* que la familia

realizó antes de llegar a terapia, con la finalidad *de identificar si los mismos intentos de solución* formaban parte del problema. Como parte de las *intervenciones* se trató de *distribuir el síntoma*, desviando el foco de atención que tenía Felipe y ubicándolo en cada uno de los integrantes de la familia, para así mantener a la familia en una perspectiva sistémica, al emplear la *redefinición*, para los estilos de afecto en la familia, se buscó evitar las “etiquetas” empleadas por la misma familia, y que la limitaban, para establecer cambios. La aplicación de *intervenciones directas*, tuvo la finalidad de modificar ciertas conductas que estaban manteniendo el problema, además de que en ocasiones fue necesario *validar* el sentimiento de enojo que se originaba en Felipe, además de buscar *recursos* para encontrar *soluciones alternativas*.

Desde el modelo teórico de la *terapia estructural*, se buscó aplicar *técnicas reestructurantes*, como la **fijación de límites**, con la finalidad de que los límites excesivamente rígidos se tornaran flexibles, así como, que la existencia de límites extremadamente flexibles, se fortalecieran, se trabajó el establecimiento de *límites* desde ambos padres. Se buscó la *despatologización*, ante la idea de Martha, de que su hijo presentara TDA o depresión crónica.

Desde el marco referencial teórico de terapia *estratégica*, se evaluó el *estado de ánimo* de cada uno de los clientes, además de qué tipo de *relaciones* se daban entre *padres e hijos* y *entre los padres*. Así mismo, desde este mismo marco referencial, se buscó *conocer qué pensaban* sobre el problema cada integrante de la familia, además se trabajó el planteamiento del problema explorando desde las personas que *parezcan* estar *más ligadas al problema*, hasta *la menos implicada*. Todo ello debido a que este modelo permite trabajar no sólo con el problema que se presenta en la primera sesión, sino ir incluyendo los problemas que se iban presentando a lo largo del proceso terapéutico.

A partir del modelo *centrado en soluciones*, y debido a que la familia se mostró muy renuente al cambio y mantuvo las pautas de interacción que mantenían el problema, se estableció *una intervención paradójica*, especificando que el grupo estaba dividido, donde una parte del grupo (50%) creía que no lograrían realizar la tarea, mientras que el otro 50% creía que si lo lograrían. Ello, con la finalidad de modificar *la manera se establecer las pautas de control*, por parte de Martha y poder evidenciar las ganancias secundarias que implicaban para ella, el que no se diera

una mejoría. Dicha intervención consistió en que Jorge debería asumir su rol de papá, por lo que todo lo que tuviera que ver con permisos y/o problemas con los hijos, sería éste quien los resolvería.

**Limitantes:** en un análisis con el equipo terapéutico, se observó que las ganancias secundarias de la madre, el mantenerse en un rol de una madre amorosa, ser la que si estaba dispuesta a cambiar por todos, derivaba en una posición de sacrificio ante toda la familia, siendo así una postura que Martha no estaba dispuesta a perder, y que a su vez le permitía mantener el control de la familia, establecer alianzas reiteradamente, triangulando a sus hijos, para así no establecer cambios, además de que los hijos no pudieran tener un acercamiento diferente con Jorge. Así mismo, para los hijos aliarse a la madre, les proveía ganancias, aún y cuando buscaban una relación diferente con el padre, pero el no hacerlo les beneficiaba más, por lo que no establecieron cambios. Para Jorge el mantenerse periférico, le permitía no sobreinvolucrarse en las dificultades, mantenerse a distancia y no asumir el rol de padre. Un factor que es importante mencionar, es las limitaciones generadas por la organización del centro de servicios psicológicos, ya que la suspensión de labores por vacaciones y el cambio de espacios por el fin de semestre, fueron constantes.

**¿Qué paso, porqué desertó la familia?** Dado que la última sesión en la cual se realizó la intervención paradójica coincidió con la salida de vacaciones, de Felipe, Beatriz y Estela, así como el cierre del centro, por la misma razón; no fue posible tener un manejo terapéutico más efectivo del proceso, ya que la familia se reorganizaría de tal forma, para no establecer cambios a lo largo de las vacaciones, y por ende, ante la resistencia al cambio, la decisión fue no regresar y no hacer el mínimo intento por establecer comunicación con la terapeuta. Es importante mencionar, que reiteradamente se les llamó por teléfono, para establecer una sesión, sin embargo, los teléfonos que se tenían estaban reportados como fuera de servicio.

**Otras opciones de tratamiento:** considero que en las sesiones se debió trabajar sobre las ganancias secundarias de no establecer el cambio para todos los integrantes de la familia, desvictimizar a la madre y evidenciar, que todos perdían las ganancias que adquirirían ante mantener sus dificultades si hacían algo diferente, esto desde una comunicación más clara y directa.

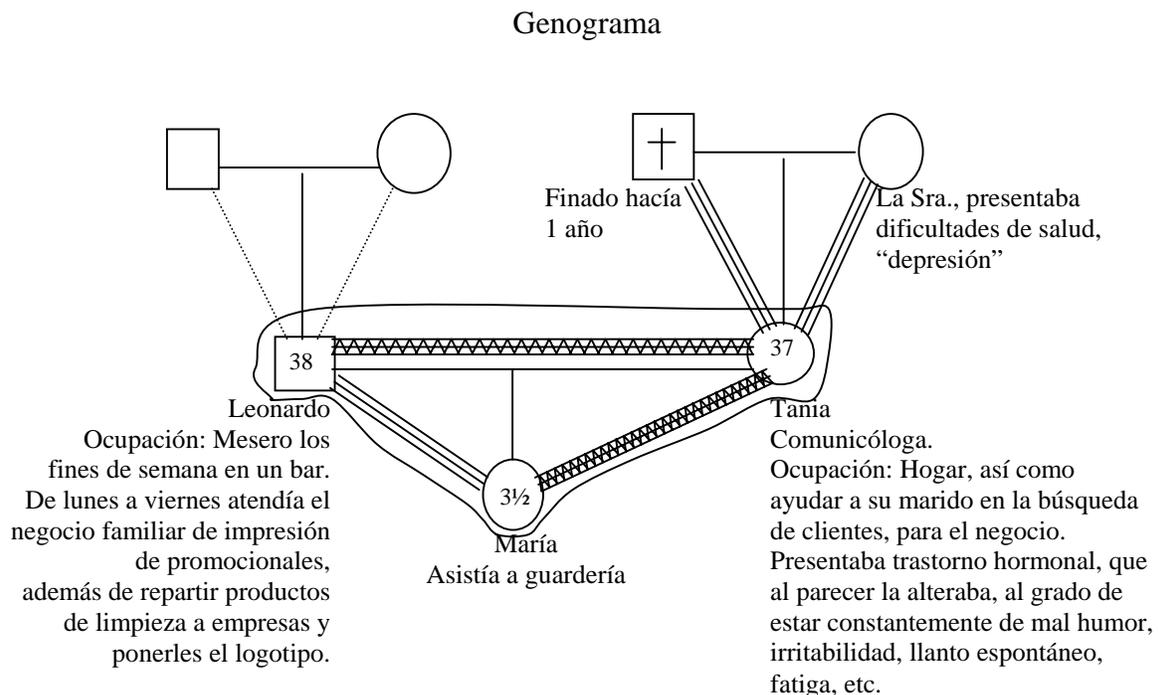
**Análisis del equipo de trabajo:** considero que la efectividad del equipo terapéutico se perdió, debido a la inconsistencia de la familia a presentarse a las sesiones, así mismo, se debió tomar en cuenta el trabajar interdisciplinariamente, ya que era evidente la somatización de los hijos y el riesgo que implicaba para ellos, la presencia de las enfermedades. Además, no puedo dejar aún lado, que de alguna forma la familia absorbió al sistema terapéutico, limitando la posibilidad de maniobra terapéutica, incrementando, a mi ver, la dificultad de establecer intervenciones que aportaran cambios en el sistema familiar.

#### CASO #. 4

**Modelo teórico aplicado:** Terapia Breve MRI, el Modelo de Terapia Centrada en Soluciones.

**Supervisora a cargo:** Dra. Mary Blanca Moctezuma Yano.

**Genograma:** la familia se conformaba por Tania (37 años), Leonardo (38 años) y María (3 años y medio).



**Motivo de consulta:** Tania solicitó la terapia por presentar dificultades con su esposo, lo cual generaba constantes riñas.

**Características del motivo de consulta:** la pareja explicó que sus dificultades consistían en discusiones constantes, las cuales se originaban por factores externos, que generaban tensión, lo cual los había llevado a tener constantes diferencias, especificaron que el tono en el que se decían las cosas y cómo se las decía, generaba que estuviesen a la defensiva uno con el otro, por lo que las reacciones habían llevado a la pareja a deteriorar su relación, principalmente en áreas como la sexual y la de padres.

### **Breve Historia Familiar y desarrollo del proceso de terapia:**

La pareja refiere que sus dificultades se habían incrementado en los últimos dos años, desde la manera en cómo lo describió Leonardo, tanto su esposa como su suegra no habían logrado superar la muerte de su suegro, además de que a partir de que su esposa se había embarazado, la situación se fue deteriorando más, que de hecho el embarazarse fue algo que les había costado mucho, que estuvieron en tratamiento para embarazarse dos años, por lo que vivieron 7 años sin hijos. Leonardo describió que él decidió quedarse callado y escuchar a su esposa, por sus constantes reclamos, y que ella era la que hablaba, situación que en lugar de llevarlos a solucionar sus diferencias, las estaba manteniendo. Intentaron resolver sus diferencias asistiendo a terapias alternativas como flores de Bach (hacía 2 años), en el Hospital López Mateos fueron con una psicóloga amiga de la familia (hacía 5 años), con la cual asistieron sólo a 4 sesiones como pareja, el resto de las sesiones fueron individuales, Tania no pudo definir a cuántas sesiones asistió, pero Leonardo comentó que él dejó de ir, porque la psicóloga le hacía comentarios sobre si Tania cambiaba y el no, él tendría que asumir las consecuencias de su decisión, situación que vivió como una amenaza.

Una vez iniciado el proceso de terapia, se llevaron a cabo 9 sesiones efectivas, la novena sesión tuvo la finalidad de establecer un seguimiento y el cierre. Se cancelaron dos sesiones, debido a cuestiones de trabajo, por parte de Tania. El proceso se inició el 03 de marzo de 2003 y se dio como culminado el 12 de septiembre de 2003. Una vez proporcionada la ficha de identificación de la pareja, se acordó con el equipo de trabajo y la supervisora, que dado que era poca la información que ésta aportaba, era necesario centrarse en delimitar y entender que llevaba a la pareja a solicitar terapia.

En la **primera** se trabajó a manera de explorar los motivos por los cuales la pareja consideró que necesitaban asistir a terapia, de lo cual se identificó a descripción de ellos, que factores externos los llevaban a tener dificultades, entre los cuales mencionaron elementos de dinero, la muerte del padre de Tania, la diferencia en el nivel económico, explicando Leonardo que su esposa vivió una situación económica mejor que la de él, mantenerse en una actitud a la defensiva entre ellos, que desde que Tania se embarazó, la situación se fue deteriorando más. Además se buscó reafirmar la

postura profesional y científica del proceso terapéutico. En esta sesión Tania hizo mención que ella estaba padeciendo alteraciones hormonales, que la mantenían muy alterada y sensible.

En la sesión **dos** se trabajó en función de la tarea aplicada en la sesión anterior, ésta consistió en que ambos miembros de la pareja pensaran y respondieran: “si en 6 meses se les preguntara ¿qué fue útil de asistir a terapia?”, además de hacer una lista de las áreas libres de conflicto, las áreas en las que tenían problemas, así como, que realizaran una lista de las áreas buenas en la relación de pareja y que especificaran qué situaciones de la relación tenían que cambiar y qué cosas debían mantenerse. Tania refirió que ella era muy obsesiva en sus pensamientos, ya que a lo largo del día se mantenía en un mismo pensamiento, que la agotaba y una vez que llegaba su esposo a casa, se daban los choques. Leonardo describe que, el que ella estuviera constantemente en un mismo punto a él lo desesperaba. Tania mencionó que las áreas que se habían afectado, eran la laboral, la sexual y el establecer cuerdos para educar a su hija. Leonardo describió que para él la vida sexual con su pareja se volvió una imposición y una obligación, que le llevaron a recibir constantes reclamos por parte de Tania, ésta describió que ella siempre había sido la que tomaba la iniciativa para tener relaciones sexuales, ya que su esposo le había mencionado que a él le costaba trabajo. En esta sesión la pareja identificó cómo los cambios evolutivos, como proceso normal en el ciclo vital, los habían llevado a tener ciertas diferencias y por ende mostrarse poco tolerantes ante el otro y generando resentimientos. Se les dejó de tarea que tanto Leonardo y Tania, tendrían iniciativa en el acto sexual, en dos ocasiones Leonardo y en dos ocasiones Tania, además se retroalimentó a la pareja en el cómo, el que una sola persona se mantuviera en la posición de iniciativa, limitaba al otro.

Para la sesión **tres** el trabajo fue breve, debido a que la pareja llegó tarde. Se exploró la tarea sobre la iniciativa en las relaciones sexuales, Tania refirió que ella tuvo dificultad en una ocasión para llevarla a cabo, que ella se sintió muy ansiosa, situación que llevó a Leonardo a sentirse presionado por tener que responder a una imposición de su esposa. Se identificó que ambos integrantes de la pareja, vivieron un mismo evento de formas muy diferentes. La comunicación se tornó entrecortada, se interrumpieron abruptamente, se observó la forma en la que Tania le reclamaba a su esposo, ésta explicó que él la tomaba constantemente como el pretexto para no hacer las cosas. Tania se mostró muy molesta y reclamando reiteradamente la posición de su

esposo. Al cuestionar qué era lo que la mantenía con su esposo, ésta menciona que lo quería, que aún y cuando ellos no se conocieron mucho antes de casarse, a ella le quedaba claro que él siempre se había comportado igual, pero que anteriormente no lo había hecho consciente. La molestia de Tania se originaba porque su esposo nunca había mostrado iniciativa en las relaciones sexuales y que él siempre esperaba, “que sino se podía, ni modo”. En común acuerdo, la pareja delimitó que las áreas de conflicto eran la sexual y la pasividad de Leonardo, por lo que se fue explorando la frecuencia y la dinámica sexual que habían vivido a lo largo de su vida matrimonial.

En la sesión **cuatro**, se cambió la dinámica de trabajo de acuerdo a la tarea que se les dejó la sesión anterior, es decir, cada uno de manera independiente y sin comentarlo entre ellos, tenían que reflexionar si se veían con su pareja en el futuro. Tania respondió que si veía a su esposo en su futuro, porque consideraba que no era un macho mexicano, que no la golpeaba, que no era un hombre flojo, que siempre la había apoyado, la respetaba tanto a ella como a su familia, trabajador, no borracho, un buen padre y responsable. Leonardo refirió que él si quería seguir con su pareja, que puso muchas cosas en la balanza y que estaba dispuesto a seguir tratando de sobrellevar o llevar mejor la relación. Se retomó el sentir de éste, desde la sesión anterior, refiriendo que se le veía cansado, agobiado, a lo cual comentó que había salido de la sesión anterior pensando en ya terminar la relación con la esposa, sin embargo, al reflexionar en la tarea, se dio cuenta que él no quería terminar la relación con Tania, principalmente por su hija, ya que María estaba muy acostumbrada a ella. Entre otros aspectos que Leonardo refirió que lo hacían quedarse con Tania, era porque la quería mucho, que no se veía sin ella, aún y cuando él estaba acostumbrado a vivir solo, que era algo que le gustaba mucho, que el estar solo era algo que extrañaba, pero que no se veía permanentemente solo. Reafirmó que la quería, que deseaba estar junto con ella, que deseaba que los tres permanecieran juntos, que para él las cosas que tendrían que ser diferentes, sería el dejar de sentirse agobiado y buscar estar más tiempo juntos. Explicó que anteriormente hablaban más, que se relajaban más fácilmente, que antes no le hacía caso cuando la veía alterada, pero que en esos momentos, aún y cuando él seguía haciendo lo mismo, ahora a él también lo alteraba, que de hecho él antes le decía que si a todo, independientemente de si le gustaba o no hacerlo, con la finalidad de no pelear. Leonardo dejó ver cómo a él le estaba afectando también la muerte de su suegro, especificando que él ya no se sentía a gusto estando en

la casa de su suegra, ya que habían cambiado las cosas de tal forma, que para él ya era molesto visitar a su suegra. Leonardo describió que muchas de las veces que él se encontraba hablando con Tania, él se daba cuenta que ella no lo escuchaba que de hecho a veces ella de pronto se soltaba a llorar, para él era molesto, porque eso significaba que no le estaba poniendo atención, que le estaba dando el avión, además de sus quejas constantes, que de hecho su suegro le comentaba que muchas de las cosas de las cuales se quejaba Tania, eran porque somatizaba. Leonardo explicó que Tania, cuando lo veía llegar y que él le ponía atención a su hija, era algo que ella le reclamaba, además aclaró que sexualmente siempre habían sido así, pero que en esos momentos para él se había incrementado el hecho de no tener relaciones sexuales coitales. Concretamente Leonardo refirió que él deseaba que la comunicación fuera en una escucha mutua y cambio en algunas de las actitudes de su esposa. Al trabajar junto con la pareja se planteó que ambos concordaban en permanecer juntos, que tendrían que haber ajustes, en los cuales Leonardo se mostrara con más iniciativa, mientras que Tania tendría que dar lugar a que su esposo asumiera ese rol.

En la sesión **cinco**, ésta fue breve debido a que llegaron tarde. Tania comentó que ella se sintió tensa durante los quince días, por mantenerse callada, ante las decisiones que tomaba su esposo. Posteriormente Tania se centró en hablar sobre la manera en que su esposo manejaba a su hija, ya que ella sentía que él le cumplía todos sus caprichos. Leonardo describió que para él la situación había sido tensa, ya que su esposa aún y cuando se quedaba callada, se quedaba con el enojo, situación que lo tensaba. Se especificó que la introducción del cambio generó tensión en la pareja, se planteó la dificultad para establecer acuerdos en la educación de su hija, a lo cual Tania comentó que su hija recibía dobles mensajes, ya que ellos reaccionaban de forma diferente ante un mismo evento con la niña, lo que le causaría daño. Leonardo describió la educación que él vivió, la cual la sintió como sometimiento, muy rígida y de tipo militar, considerando entonces, que era algo que no debía repetir con su hija. Se les hizo ver que ambos hacían cosas para generar tensión en la pareja, aunado al intento de cambios, por ende, se cuestionó que tanto estaban dispuestos a cambiar.

Hablaron de biorritmos diferentes y del efecto que tenía en la relación de pareja el trabajar juntos, además de los cambios que consideraban como factibles desde la visión de la pareja,

especificando Tania entrar a trabajar fuera de casa, para así no estar sobre su esposo. Se trabajó sobre el efecto que tenía en Leonardo los estados de ansiedad de su esposa y la reacción que tenía hacia ella, refiriendo éste, que a él también lo alteraba mucho. Que la forma en la que ella decía las cosas, era algo que en Leonardo le generaba molestia. Tania hizo referencia que ella no se daba cuenta de la forma en que le decía las cosas y descalificó la postura de su esposo, especificando que la forma en que las decía él, no era verdad, que él siempre entendía las cosas a su conveniencia, y que ella traía una escuela, en la que su mamá tendía a hablar muy fuerte. Se retroalimentó a la pareja, hablando del hecho de que el establecer cambios estaba generando tensión, que era un proceso que daría lugar a introducir más cambios, sin embargo, la ansiedad que se generaba era responsabilidad de cada uno, y era algo de lo cual, el otro, no podía estarse preocupando, por lo que, en ese momento la dinámica en intersesión sería mantenerse en el mismo proceso, sin hacer cosas diferentes y se les dejó de tarea que respondieran el cómo se veían a futuro con y sin su pareja, que plantearan proyectos personales.

En la sesión **seis**, se trabajó con Tania únicamente, ya que Leonardo no llegó, ésta se mostró alterada, refiriendo que se sentía mal, se trabajó cómo se relacionaba su malestar físico, con los cambios y las tareas aplicadas. Tania se describió como impaciente y a su esposo como muy paciente, lo que denominó como biorritmos diferentes. Dentro de las decisiones que Tania había delegado en su esposo, fue el manejo del negocio, refiriendo que era un compromiso que adquirió a la muerte de su padre, ya que éste le dijo que extendiera sus alas. Tania describió a su esposo como alguien rebelde, que de hecho éste se había ido de su casa porque no quiso seguir viviendo lo mismo, y para hacer lo que él quisiera. Se trabajó sobre los cambios que podría establecer Tania, identificando que ella podía dejar de estar incisivamente sobre su esposo y no tomarse las cosas tan a pecho. Se habló sobre el efecto que tenía en Tania la depresión de su mamá, después de la muerte de su papá, el que ella estuviera tratando de controlarse y el no poder explotar como estaba acostumbrada, especificando ésta que, sentía que iba a explotar, que no se podía desahogar con su mamá, dado su estado de depresión y, aún y cuando estaba siendo atendida por un psiquiatra, ya la tenía harta, porque se la pasa enferma. Tania refirió que desde el nacimiento de su bebé, su esposo también empezó a tensarse, debido al estado de ánimo que ella mostraba y a su discurso repetitivo, la sesión se centró en la vivencia de ésta con la enfermedad de su mamá, detectando los recursos que, a ella le permitirían aligerar la situación. En cuanto a los objetivos

de vida que tenía que pensar Tania comentó que, ella deseaba ejercer la locución, por lo que pensaba sacar la licencia de locutora, se trabajó sobre el efecto que tenía en Leonardo, el hecho de que Tania fuera muy “claridosa”, ya que esto, como lo describió Tania, era algo que su esposo lo tomaba como agresión. Al final de la sesión, se retroalimentó a Tania diciéndole que el hecho de que ella se estuviese guardando todo lo que sentía, la coloca en una posición de mucha presión, que la podía llevar a explotar y continuar haciéndose daño, por lo que se le especificó que considerara cómo podía relacionarse con dicha emotividad y poder sacarla de una manera que no le hiciera daño. Así mismo, que tomara en cuenta cómo le podía hacer para controlar su biorritmo y sus emociones, para que pudiera establecer relaciones más sanas, en las cuales ella no tuviera que perder. Se le dejó que pensara qué otras alternativas podría tener como para poder llevar mejor las cosas y no le implicaran tanto costo en cuanto a su salud.

En la sesión **siete** se presentaron a la sesión Tania y Leonardo, se inició explorando sobre cómo habían estado, si continuaban haciendo la tarea asignada dos sesiones anteriores y si ésta permanecía causando tensión en la relación, además, debido a que Leonardo no se había presentado la sesión anterior, se revisó con él cuales eran sus metas de vida a futuro, especificando él que: en primer lugar sacaría adelante el negocio familiar y ver crecer a su hija. También se exploró sobre las alternativas que Tania consideró convenientes como para poder manejar su ansiedad, así como el establecimiento de relaciones más satisfactorias para ella, que no implicaban tanto desgaste físico y emocional. El desarrollo de la sesión se centró en las dificultades que tenía la pareja como para poder establecer una interacción menos desgastante, ya que para Tania implicaba una gran dificultad dejar que Leonardo manejara el negocio como él consideraba conveniente, se observó a Tania y Leonardo muy enojados, y ante el hecho de que Leonardo considerara las actitudes de su esposa como imposiciones, se exploró cómo se originaban los roces, dado que Tania insistió en que estaba cansada de decir que lo que ella hacía no era por imponer, sino porque el ver que su esposo no hacía las cosas en el momento y como ella lo tenía pensado, le causa mucha ansiedad. Debido a esto, Tania solicitó que se le dieran sugerencias, pero tomando en cuenta que ella se consideraba una persona líder, se le hizo saber que era difícil darle una sugerencia, ya que ella debía de considerar sus recursos y optar por lo que a ella le había sido útil. También se le hizo referencia a que se le veía muy enojada, a la defensiva, que si ella se sentía comprendida tanto por el quipo como por la terapeuta.

La respuesta de Tania fue notoriamente enojada, ya que a su vivir era ella la única que estaba haciendo cambios, que su esposo seguía en su postura de no hacer nada y que no era justo que la única que tuviese que cambiar fuese ella. Leonardo se percibió también muy enojado y comentó que la manera en que ella hacía las cosas si era una imposición, ya que, sino hacía las cosas como ella decía y en el momento que ella lo decía, causaba dificultades y que, al comentar nuevamente un punto del trabajo relacionado con la entrega de unas botellas, era una diferencia que iba a durar toda la vida, es decir, mientras que él no hiciera lo que ella decía, estarían peleando, que en discusiones posteriores, así como lo había hecho en otros momentos, sería algo que ella le reclamaría, aunque no fuese el caso.

En esta sesión se estableció un cambio en el encuadre terapéutico, dado que el grupo, la supervisora y la terapeuta, buscaron realizar una intervención utilizando a otro portador del mensaje. Se decidió que un integrante del grupo entraría al espacio terapéutico junto con la terapeuta, éste trabajó lo siguiente: retroalimentó a la pareja diciéndoles que, Tania tenía dos opciones, una era la de asumir el rol de líder tomando en cuenta que ella debería decidir, asumir su responsabilidad, así como delegar. Además de que era difícil darle una sugerencia, poniendo así al grupo en un predicamento, ya que describiéndose ella como una persona líder, difícilmente ella podría tomar las sugerencias que se le hicieran, ya que un líder es el que decide, delega responsabilidades y asume. Posteriormente se le dijo que para darle otra opción, sólo se le podía dar, siempre y cuando los terapeutas tuvieran la seguridad de que ella se comprometería a hacer lo que se le dijera. Ante esto, Tania sumamente molesta respondió que si era a huevo, que no se podía comprometer a nada, sin antes meditarlo. Muy exaltada, en el momento comentó que había tomado una decisión, que delegaba toda la responsabilidad del negocio en su esposo y que ella se iba, para así no tener más dificultades. Rechazando la propuesta de los terapeutas, Tania reafirmó que ella dejaba la responsabilidad en su esposo, pero que ella necesitaba ayuda para dejar de angustiarse, Leonardo interrumpió y comentó que él desea hacer una pregunta, cuestionó que si era conveniente seguir asistiendo a terapia los dos juntos, ya que siempre al salir de la sesión, terminaban discutiendo y él así no le veía sentido. Se les dijo que era algo que ellos tenía que evaluar, si para ellos tenía sentido o no. Finalmente se le dijo a Tania que reflexionara si estaba dispuesta a hacer los cambios, tomando en cuenta lo que se le podía proponer. Se les invitó a que reflexionaran y tomaran en cuenta que asistir a terapia era para hablar de cosas que eran difíciles

y que a nadie le gustaba hacerlo, que era de esperarse que se generara angustia y muchos otros sentimientos.

En la sesión **ocho**, Tania refirió que ya estaba trabajando, que era algo que le estaba gustando y que le estaba dando apertura para tener contactos para su negocio. En relación a las dificultades que estaba viviendo la pareja, plantearon que se había presentado una diferencia, se le pidió a Leonardo que él comentara lo que había sucedido, éste refirió que estaba muy molesto, que ella le había reclamado, que él se presentaba a terapia a quejarse de cosas que no eran ciertas y que se quejaba de situaciones de la casa. Centrándose en el motivo de la diferencia, Leonardo describió que en la semana, un día Tania le dijo que le dejaba a la niña, que su esposa empezó a gritarle a su hija que ya se durmiera, y que ya dejara a su papá. Leonardo comentó que sí le había dado coraje ver cómo su esposa había tratado a la niña, además de que en la dificultad se había visto involucrada la familia de Tania, cosa que le molestó aún más. Para Tania, la diferencia se había dado porque ella quería que su hija dejara dormir a su esposo, ya que éste había estado trabajando muy duro, se había estado desvelando, y que el hecho de que él no se cuidara, era algo que le angustiaba. Tania insistió en que ella se sentía cansada de estar cuidándolo, cosa que él no quería hacer. La pareja se mostró muy alterada, se arrebataban la palabra y el tono de sus voces fue notoriamente elevado. Se planteó nuevamente el establecimiento de cambios desde la persona misma, ya que era observable, que ambos esperaban que el que debía de cambiar era el otro. Al comentarse que en ese momento no contaban con los recursos necesarios para resolver las diferencias, era conveniente que tomaran la propuesta que estaba planeando en el momento Tania, es decir, el separarse, ambos refirieron estar dispuestos, Leonardo mencionó que él no dejaría a su hija con personas como ella y como su mamá, que era algo que a él le preocupaba y que no se la dejaría, Tania le respondió que él llevaba la de perder porque tenía el apoyo de su familia y que ella tenía mayor ventaja que él económicamente, además de que ella no era una prostituta y que tenía una solvencia económica mejor que la de él. Se contempló que el proceso se podía dirigir a tener una separación que no afectara a su hija y a ellos. Leonardo mencionó que lo que pasaba con Tania y su hija, era más que nada celos, que el hecho de que él estuviera con la niña, generaba mucho enojo en su esposa, que él no permitiría que su hija viviera con ella, dadas sus depresiones constantes. Tania insistió en que ella no era prostituta ni drogadicta, que ella era importante para su hija, además especificó que no era una lucha de poderes, pero que ella tenía

las de ganar. Es importante mencionar que la pareja, una vez que salieron del espacio terapéutico, se les vio charlar en las instalaciones del centro por más de una hora, se veían tranquilos, con reacciones como las que habían presentado a lo largo de la sesión. La sesión **nueve**, no se realizó y se desconocieron los motivos de la inasistencia de la pareja. La sesión **diez**, no se realizó, por motivos laborales de Tania. Sin embargo, vía telefónica se exploró la situación de la pareja a partir de la última sesión, a lo cual la paciente refirió que se habían dado muchos cambios, que estaban muy tranquilos y que se estaban llevando mejor, que decidieron no separarse y que llegaban a acuerdos más fácilmente. Dados los cambios se acordó establecer una cita para dar seguimiento y cierre, debido a que ya no se contaría con el espacio terapéutico para continuar con el proceso.

En la sesión **once**, se presentó únicamente Tania, debido a que la cita se cambió de horario ya que no estaban disponibles las salas, de acuerdo a lo programado; además porque Leonardo estaba trabajando. Se hizo una evaluación de los cambios que se habían dado en la relación de pareja, así como la decisión de permanecerse juntos. Tania describió que el proceso de terapia para ella fungió como un desahogo, que la relación con su esposo mejoró aún teniendo diferentes opiniones. Comentó que parte de las cosas que le ayudaron a disminuir las diferencias, además del trabajo, fue que ella trataba de tomar las cosas con más calma, que ya no se enganchaba en discusiones con su esposo y que en el momento que se daban las diferencias, había mayor apertura a aclarar el mal entendido, además refirió que su capacidad como líder lo aplicaba en su trabajo y en la búsqueda de nuevos clientes para su negocio, ya que había acordado con su esposo encargarse de las relaciones públicas. En la evaluación de cómo se sentía Tania, se le preguntó que en una escala del 0 al 10, en qué número se ubicaba al iniciar el proceso de terapia, ésta refirió que estaban en el cero. Al especificar en qué número se ubicaba al momento del cierre, Tania planteó que estaban en un 7. Describió que el asistir a terapia, también le permitió tener una guía para tomar decisiones y reflexionar sobre lo que tenía que hacer. Se exploraron las posibles acciones en caso de una recaída y finalmente después de la evaluación del proceso terapéutico, se dio por concluido el tratamiento, con la apertura a recomendarles algún otro espacio para solicitar terapia, si así lo deseaban.

**Hipótesis de trabajo:** el estilo de comunicarse de la pareja, así como la interpretación de los mensajes y la descalificación constante de ambas partes, los llevaba a mantenerse en escaladas constantes.

**Origen y mantenimiento del síntoma:** el mantenimiento del síntoma se daba por las reacciones de Leonardo ante las demandas de su esposa, específicamente él descalificaba las demandas de su esposa, generando enojo en ella. Las reacciones de Leonardo mostraban una agresión pasiva, y las de Tania agresión activa, lo que reforzaba el origen de las constantes escaladas, ya que Tania, se mostraba igualmente descalificadora con su esposo.

**Objetivo:** que la pareja identificara las conductas que los llevaban a entrar en constantes escaladas, para así interrumpirlas y generar una interacción más funcional para ambos, sin necesidad de triangular a su hija.

**Evolución del motivo de consulta:** después de establecerse los cambios en la dinámica sexual de la pareja, la consulta se centró en las dificultades que se originaban en el negocio familiar, el manejo del enojo y la ansiedad.

**Tipo de intervenciones establecidas en el caso, desde el modelo teórico de la Terapia Breve MRI y el Modelo de Terapia Centrada en Soluciones:**

El marco teórico que sirvió para guiar las sesiones terapéuticas fue el modelo de terapia breve *MRI* y el de *Soluciones*, debido a que desde el modelo de MRI se considera la persistencia en una solución intentada ineficaz, al agravamiento y al mantenimiento del problema. En la *fase de evaluación* se pretendió obtener una definición del problema y de las soluciones intentadas en términos de conductas concretas, que en este caso fueron “las discusiones constantes en la pareja”. Posterior a esta definición se indagó sobre las soluciones intentadas, buscando que los pacientes fueran lo más concretos posible, en sus respuestas. Desde la *Teoría de la comunicación humana*, se identificó la *impenetrabilidad* en el sistema, al hablar sobre la muerte del padre de Tania, ya que ésta respondió especificando que su esposo no podía saber o sentir por lo que ella estaba pasando. Se trabajó a manera de *reencuadre* el enfrentamiento al duelo, en

comparación con la manera de elaborar la muerte desde el vivir de su esposo y establecer el *enganche* con Leonardo. Dado que especificaron que el área en la que deseaban establecer cambios era la laboral, se trabajó a manera de identificar las *excepciones al problema* de acuerdo a cada una de las conflictivas que la pareja expuso, tanto en el área laboral, de pareja y sexual, así como las *pautas de interacción de la pareja que mantenía el problema*. Desde un marco teórico *Estratégico* se trabajó con el *ciclo vital de la familia*, en donde la pareja estaba en un ciclo, en el cual requería de la integración de una niña pequeña y que como pareja se habían tenido que acoplar a estos eventos, en donde de repente la niña necesitaba de más tiempo y por ende disminuía el espacio que correspondía a la pareja, que se habían tenido que acoplar poco a poco y tal vez, esto se alargaría hasta los cinco años, y posteriormente en la adolescencia, en donde se volvía a requerir de los padres; por lo que, era algo a lo que tenían que ir acoplándose, que era algo esperado y que era algo que vivía cualquier pareja que tenía niños pequeños, además de ir considerando, lo que era sacar adelante un negocio y el compromiso que implicaba para Leonardo solventar la parte económica, lo cual implicaba cumplir tratos con él, ya que habían tenido que vivir muchas cosas que los metían en conflicto y por lo tanto, era parte del proceso para poder irse adaptando.

Al aplicar una *intervención directa, desde el modelo de terapia breve MRI* por medio de, dejarles tareas muy específicas, es decir, intervenciones a nivel conductual, se tuvo como objetivo cambiar la conducta de alguno de los integrantes de la pareja o de ambos, especialmente las que estaban relacionadas con el mantenimiento del síntoma, proponiendo directamente la realización de otra conducta alternativa. Dentro de las intervenciones que se trabajaron fueron la *redefinición* en cuanto a la pasividad de Leonardo, tratando de evitar el uso de la “etiqueta” que utilizaba Tania y que dificultaba el cambio. Dentro de las intervenciones realizadas en este caso, algunas se *focalizaron* de manera *directa*, ante la descripción de Tania, de ser una persona líder.

De acuerdo a lo discutido en el equipo, con la supervisora y la terapeuta, se observó que debido a la postura de Tania y los pocos cambios que se habían dado, era conveniente intervenir por medio de una *ordalía*, “*el pacto con el diablo*”, el cual consistió en que la terapeuta y el portavoz del equipo de trabajo, se asegurarían el tener en primera instancia, el compromiso de la paciente a

llevar a cabo las sugerencias que el equipo tenía para ella, para así, después asignarle una *tarea directa*, buscando establecer el rompimiento de las escaladas en la pareja e infiltrar cambios.

Al presentarse una recaída, se evaluó la posición de Tania y Leonardo, y desde el *modelo de terapia breve MRI*, se identificó que la pareja entraba en escaladas constantemente, por lo que, al aplicar una *intervención paradójica*, confirmando la idea de la separación en la pareja, el efecto que tuvo en ellos, fue la disminución de las dificultades, así como, el establecimiento de acuerdos y una comunicación más clara.

En este caso, **el equipo de terapeutas, la supervisora y la terapeuta**, nos vimos en constantes discusiones, desde el considerar y delimitar las áreas de conflicto y las libres de conflicto, la pasividad o no pasividad de los integrantes de la pareja, autorregulación ciclo de vida, actividad sexual, el trabajo conjunto en pareja, la toma de decisiones, el manejo de las emociones; como el enojo, que se generaba ante la descalificación del otro, y cómo repercutía y generaba las escaladas en la pareja. Para el equipo terapéutico fue marcado el interés del locus de control de Tania, el cual colocaba externamente y a su vez la llevaba a mostrarse invasiva hacia su esposo, sin asumirse como única responsable, para controlar sus estados de ánimo. Otro punto importante como equipo de trabajo, fue tomar en cuenta los factores subjetivos, ante el hecho de enfrentar y vivir de forma diferente la muerte de un ser querido, cómo los recursos de cada quien y la historia de vida de cada persona, en este caso la pareja, permitía enfrentar la misma situación, de diferente forma. Asimismo, se comentó el uso de la enfermedad, como una forma de justificación ante el actuar y respuesta agresiva con el otro, lo cual, no sólo colocaba al esposo en una posición pasiva, sino que también a la esposa.

Se trabajó constantemente con la idea de “darse cuenta o hacer consciente” por parte de Tania, el actuar del esposo ante la esposa; como un proceso muy particular, remarcando que las personas cambian cuando lo desean y no cuando es una necesidad del otro. En este sentido la **supervisora** hizo hincapié, ya que el que va cambiando, muchas veces es el que se va acoplando. En este caso, se consideró que era muy importante devolver constantemente la responsabilidad, en especial hacia la esposa, por los estados de ánimo alterados, ya que era observable que buscaba

constantemente responsabilizar al marido, del malestar generado, sin que ella, se asumiera como la generadora o controladora de los mismos.

**Limitantes:** en momentos se generaba en mí la idea de que Tania aún y cuando refería querer cambiar, era la que menos estaba dispuesta a hacerlo y por ende no se solucionarían las dificultades que planteaban como motivo de consulta. Por lo que, para ella podía ser más importante estar o tener un foco de conflicto, ya que le daba la pauta para continuar no responsabilizándose de su autocontrol, y asumiendo que sus estados de ánimo alterados se debían a su alteración hormonal, lo que a su vez, la colocaba en una posición de no liderazgo ante el esposo, y por ende, el locus del control lo derogaba en él, generando así las escaladas y la justificación a su enojo y/o alteración constante. Además, el que Tania se viviera victimizada le proporcionaba ganancias secundarias ante el esposo, ya que era ella la que se mostraba más interesada en mejorar la relación, sin embargo, era evidente que su búsqueda del cambio, tenía que ver principalmente con que su esposo fuese el que se comportara diferente (cambio para no cambiar).

**Otra opción de intervención:** considero que una intervención en la cual se debió tener más foco, era la manera en la estaban triangulando a su hija, cómo se estaba delimitando la interacción de Tania y su hija, y cómo Leonardo también triangulaba a la menor, aún refiriendo que era lo que más les importaba.

**Análisis del equipo de trabajo:** para mi este caso fue muy apasionante, ya que generaba estados de tensión tanto en el espacio terapéutico y en equipo atrás del espejo, movilizaba a todo el equipo, por lo que se buscaba establecer intervenciones que permitieran romper con las escaladas que presentaba la pareja. Se logró mantener la capacidad de maniobra terapéutica, para así, finalmente establecer intervenciones que llevaron a la pareja, a reorganizarse de tal forma, que las escaladas desaparecieran, decidieran quedarse juntos y darle solución al problema que los llevó a solicitar terapia. No puedo dejar aún lado, que reiteradamente, la pareja trató de introducirme en sus escaladas, sin embargo, el contar con la supervisión y el equipo, me dio un apoyo indispensable, para no ser absorbida por el sistema.

## **Capítulo VII: Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento.**

### **Intervención Comunitaria**

El **objetivo general** de esta intervención, es aplicar un modelo teórico a la comunidad y establecer un programa dirigido a la resolución de problemas; esto desde el Modelo de Terapia Centrado en Soluciones.

### **TALLER MISIÓN POSIBLE**

Betzabé A. Figueroa F., Guadalupe Mendoza R., y Virginia Morales N.

#### **RESUMEN**

El Taller tuvo como base teórica el “Modelo Centrado en Soluciones (ver pág. 62)”; cuyo objetivo principal fue que los participantes lograran una integración grupal, a partir de la identificación y desarrollo de sus habilidades, recursos, redes de apoyo, que les permitiera solucionar de manera eficaz las dificultades que se les presentaran a lo largo de la maestría. Derivándose a su vez objetivos particulares en tres categorías: académicos, grupales y personales. La muestra estuvo conformada por once alumnos de primer semestre de la Residencia en Terapia Familiar; los cuales tuvieron un rango de edad entre los 25 y 38 años, ocupación psicólogos, estado civil solteros, nacionalidad mexicana y alemana. El Taller fue impartido por tres entrenadoras pasantes de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar, en la Facultad de Psicología, con un total de 10 sesiones. El trabajo se basó en el “Taller Misión Posible” propuesto por Ben Furman, en el cual se realizaron 16 tareas tanto escritas como de acción. Obteniendo como resultados, completar los objetivos en las tres categorías antes mencionadas, lo cual a su vez tuvo incidencia en el cumplimiento del objetivo general del taller. Finalmente, se concluye que los aspectos teóricos se ven reforzados a través del desarrollo práctico, permitiendo delimitar nuevas metas.

#### **METODOLOGÍA**

**Objetivo General:** que los participantes logren una integración grupal, a partir de la identificación y desarrollo de sus habilidades, recursos, redes de apoyo; que les permitan solucionar de manera eficaz las dificultades que puedan presentarse a lo largo de la maestría.

**Objetivos Planteados Por Los Integrantes Del Taller:** de acuerdo a las necesidades de cada uno de los participantes se identificó la existencia de objetivos en tres categorías: académicos, grupales y personales.

Dentro de los **objetivos académicos** se encuentran:

- Desarrollar la habilidad de expresar mejor las ideas, proyectando una imagen de seguridad y dominio de cualquier escenario, en donde se desenvuelvan.
- Desarrollar mayores habilidades para integrar información y expresarla de manera verbal.
- Mejorar exposiciones en clase.
- Desarrollar hábitos de organización y de estudio.
- Mejorar formas de estudio, así como habilidades de lectura y exposición.
- Incrementar el nivel de comprensión de textos en inglés, así como empezar a hablarlo de manera más constante en la vida diaria.
- Adquirir un nivel más alto del castellano.
- Dedicar tiempo para aprender francés.
- Organizarse para trabajar como equipo de trabajo, en donde se puedan plantear dudas o interrogantes y analizar los temas revisados en clase.

Dentro de los **objetivos grupales** se identificaron:

- Alcanzar una integración grupal como compañeros de la Maestría, buscando crear un clima de tranquilidad, colaboración y compromiso.

Dentro de los **objetivos personales** se mencionaron:

- Fortalecer vínculos de amistad con los compañeros de la Maestría.
- Estar más integrada al grupo.
- Aprender a manejar un automóvil.
- Integración social (establecer relaciones íntimas con los otros, participar en un grupo de yoga y capoeira).
- Iniciar un proceso terapéutico.
- Hacer ejercicio (correr).
- Asistir a clases de baile.

- Hacer los arreglos y trámites pertinentes para vivir de manera independiente en un departamento.

***Población que participó en el Taller:*** la muestra se conformó por 11 alumnos de primer semestre de la Residencia en Terapia Familiar de la Facultad de Psicología, 3ª generación, con un rango de edad entre 23 a 38 años, nacionalidad mexicana y alemana, ocupación psicólogos, estado civil solteros y ninguno cuenta con apoyo terapéutico.

***Entrenadoras:*** dado que los procesos y necesidades de la residencia requirieron el trabajo en equipo constantemente, el taller fue impartido por tres entrenadoras pasantes de la Maestría en Terapia Familiar con Residencia; las cuales asumieron las funciones de orientar, dirigir y cuestionar, las alternativas y actividades a seguir en la taller.

***Escenario y Período de trabajo:*** El “Taller Misión Posible”, se impartió en las instalaciones de la Facultad de Psicología, aula 6 mezzanine, en el edificio de postgrado, los días miércoles de 9:00 a.m. a 11:00 a.m., del 27 de agosto al 29 de octubre del 2003, con un total de 10 sesiones.

***Materiales y recursos utilizados:***

1. Manual “Taller Misión Posible” de Ben Furman. <http://www.inkri.de/s5.htm>
2. Hojas blancas.
3. Plumones para pizarrón.
4. Bolígrafos.
5. Plumones.
6. Folders.
7. Hojas de cuestionario para evaluación inicial y final.

## ***PROCEDIMIENTO***

El taller se inicia con la presentación de las entrenadoras, así como de cada uno de los participantes, por medio de la dinámica “telaraña”, además de hacer una evaluación inicial, en relación a las expectativas que se tenían hacia éste, respondiendo así, a las siguientes preguntas:

1.- ¿Cuáles son tus expectativas que tienes respecto al taller?

2.- ¿Cómo sabrías que estas alcanzando o cumpliendo esas expectativas?

Al mismo tiempo se les pidieron algunos datos generales como: nombre completo, edad, estado civil, ocupación y si asisten o no a terapia.

Posteriormente se les explicó la finalidad del taller, así como la forma en que sería evaluado; especificando así la necesidad de entrega de un reporte final, el cual incluiría todo lo realizado a lo largo de éste. Se les entregó de manera individual, un manual de trabajo, el cual explicaba cada una de las actividades a realizar, especificándose así que la conformación del taller era a través de dieciséis tareas (tareas escritas y tareas de acción).

A continuación se explica en qué consistió cada una de las tareas y actividades asignadas para alcanzar los diferentes proyectos, planteados por los once participantes.

Primera tarea “**viaje en el tiempo**”, consistió en la realización de una carta orientada a un futuro positivo, dirigida a las entrenadoras o bien a alguna persona significativa para ellos.

Segunda tarea “**difusión del programa**”, los participantes tuvieron que leer sus cartas a las entrenadoras y a los otros participantes con la finalidad de recibir retroalimentación; con la cual pudieran crear una visión más detallada de su futuro, para posteriormente compartirla con quien ellos decidieran.

Tercera tarea “**el proyecto**”, se les pidió que identificaran y definieran un objetivo u objetivos de manera individual que los acercara a su futuro positivo.

Cuarta tarea “**el nombre**”, seleccionan una palabra, una frase o poema, etc; que les permitiera personalizar su proyecto.

Quinta tarea “**el ícono**”, se les indicó que eligieran un objeto simbólico, el cual tenían que traerlo consigo en todo momento; con la finalidad de que éste les recordara su objetivo.

Sexta tarea “**apoyadores**”, tuvieron que reclutar personas (compañeros, amigos, familiares, etc.) que fungieran como apoyos a lo largo de sus proyectos; haciéndoselos saber a éstas.

Séptima tarea “**beneficios**”, se les llevó a reflexionar sobre la manera en que les ayuda su proyecto a realizar su futuro positivo, en cómo va a influir éste en su vida y en la de los demás; así como a identificar las consecuencias positivas que les proporcionara el alcanzarlo.

Octava tarea “**optimismo**”, se les pidió pensar en tres posibles razones que los proveían de las posibilidades para lograr sus objetivos.

Novena tarea “**apoyo**”, tuvieron que pedirle a sus apoyadores que les dijeran o escribieran todo aquello que veían en ellos (habilidades, cualidades, destrezas, etc.) para alcanzar exitosamente su proyecto.

Décima tarea “**la escalera**”, se les indicó que dibujaran una escalera con cuatro escalones; en el primer escalón escribieron lo que habían realizado para promover su objetivo, en el segundo escalón; lo que identificaban como siguiente paso, en el tercero; lo que pensaban que ocurriría en las siguientes semanas, y en el cuarto describieron las señales que les indicarían que habían concluido satisfactoriamente su proyecto.

Décima primera tarea “**la acción**”, tuvieron que diseñar un plan de lo que necesitaban hacer para alcanzar su objetivo; planteado en pequeños pasos.

Décima segunda tarea “**el reporte**”, se les pidió que escribieran un breve reporte de las acciones realizadas y de los resultados obtenidos; así como comentarlos en el grupo de trabajo.

Décima tercera tarea **“la bitácora”**, consistió en que agregaran pequeños pasos; así como los signos de progreso en relación a su proyecto, además de comunicárselo a sus apoyadores.

Décima cuarta tarea **“la ceremonia”**, ésta queda programada a futuro dependiendo de la fecha estimada por cada uno de los participantes para alcanzar su objetivo, la cual consistirá en realizar una celebración organizada de manera individual, por el logro de las metas alcanzadas.

Décima quinta tarea **“la recaída”**, se les llevó a los participantes a reflexionar sobre las posibles recaídas que llegaran a presentarse, así como delimitar las posibles soluciones ante cada evento de recaída.

Décima sexta tarea **“el futuro”**, se realiza en función de los primeros resultados alcanzados por cada uno de los participantes respecto a su proyecto; también se les pide pensar en el hecho de plantearse futuras metas y concluir las ya planteadas.

Por último, se realizó una evaluación final del taller, solicitándoles que contestaran las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Se cubrieron tus expectativas respecto al taller?
- 2.- ¿Qué indicadores observas que te permiten saber que se han cubierto tus expectativas?
- 3.- ¿Qué necesitas seguir haciendo para renovar y mejorar tus proyectos o metas?
- 4.- Comentarios.

## RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos a lo largo de las 10 sesiones del taller, se pudo observar que los integrantes alcanzaron sus objetivos en tres categorías.

En lo que se refiere a los objetivos a **nivel académico** se encontró que los participantes lograron:

- ❖ Un mejor desempeño académico (exposiciones en clase, integración de lo leído incrementando su curiosidad por saber más de la terapia familiar).
- ❖ Mejoramiento en las formas de estudio.
- ❖ Habilidad para integrar información.
- ❖ Mejor expresión verbal.
- ❖ Aumento de las participaciones en clase.
- ❖ Mejoramiento en exposiciones.
- ❖ Aceptación de la retroalimentación.
- ❖ Actitud de participar y aceptar el trabajo con los demás.
- ❖ Concretizar una forma de organización y mantenerse.
- ❖ Reducción de la ansiedad en clase.

En lo que se refiere a los objetivos **grupales**, se observó:

- ❖ Integración grupal.
- ❖ Unión en el grupo.
- ❖ Fortalecimiento del grupo.
- ❖ Buena vibra.
- ❖ Comunicación grupal profunda, llevada al ámbito personal.
- ❖ Flujo de comunicación libre.

Entre los resultados obtenidos en el **ámbito personal**, se encuentran:

- ❖ Adquisición de mayor velocidad de lecturas en inglés, usando menos el diccionario.
- ❖ Mayor organización y tranquilidad.
- ❖ Mejoramiento en la salud (disminución el cefaleas, menor estrés, disminución de insomnio).

- ❖ Disposición de tiempos para distraerse.
- ❖ Mayor sensación de satisfacción.
- ❖ Ser más organizada a nivel personal y académico.
- ❖ Integrarse como individuo al grupo.
- ❖ Mejoramiento en el ámbito académico (exposiciones).
- ❖ Interés por conocer más el funcionamiento de su carro y salir con éste por algunas calles de su colonia de forma más constante.
- ❖ Aprender de los pequeños avances que va teniendo en lo que se propone y autodisciplinarse.
- ❖ Comunicarse de manera clara y sentirse más segura en cuanto a sus capacidades personales y académicas.
- ❖ El darse cuenta de lo importante de expresarle a los demás lo que siente de una manera más abierta.

## DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, cabe mencionar que se partió de *objetivos definidos en términos claros y concretos* (académicos, grupales y personales), y de igual forma, se realizó un trabajo *orientado a futuro*, en donde los participantes pudieron *identificar sus capacidades, recursos, habilidades y fortalezas*, para alcanzar las metas que se plantearon; lo cual sustenta el principio de utilización y el énfasis en la “*salud mental*” del *modelo centrado en soluciones*, en donde estas capacidades permiten resolver los problemas a los cuales se enfrentan durante el proceso de enseñanza e integración grupal, tomando así en consideración el *marco de referencia* de los participantes. Esto se apoya en las premisas planteadas por Erickson, quien habla de que los participantes cuentan con estos recursos, habilidades, destrezas y herramientas, como parte de sí mismos y de las cuales pueden disponer para alcanzar sus objetivos y solucionar sus dificultades de manera satisfactoria y duradera.

También se observa que a lo largo del taller se presenta la metáfora empleada por Erickson, de la “*bola de nieve*” o “*efecto mariposa*”, en algunos de los participantes; la cual se identifica a partir de presentar un cambio en el área académica y/o grupal lo cual lleva a crear repercusiones en el

ámbito personal, básicamente en el mejoramiento de la salud, disposición de tiempo libre, mayor organización y tranquilidad a nivel personal, esperando así que el cambio en un área contagie a otras.

Una vez que los participante identificaron sus objetivos, en relación con el objetivo general del grupo, crearon de manera personal un plan de acción, mediante la implementación de soluciones eficaces para lograr sus objetivos, a su vez hicieron uso del pasado únicamente con la finalidad de identificar todo aquello que han realizado y que en su momento les ha funcionado o no, para así, “hacer más de los mismo (todo aquello que funciona)”, trabajando en el aquí y en ahora. Partiendo así, de medios más simples y directos (pasos de bebé) para empezar a obtener resultados y progresos significativos, reafirmando así lo planteado como “*navaja de Ockham*”.

A la par del proceso descrito anteriormente, se hizo uso de técnicas como *tareas directas*, *connotación positiva “elogio”* y *preguntas presuposicionales*, las cuales permitieron encaminar a los participantes hacia respuestas que promovieran sus recursos, y que a su vez los llevaran a alcanzar sus metas.

Otro aspecto teórico, que se puede ver apoyados por los resultados obtenidos, son los que se relacionan con las “*recaídas*”, ya que por un lado se pudieron identificar las formas en que solucionarían los obstáculos y las dificultades que llegasen a presentarse en el futuro, partiendo del hecho de que nuevamente tendrán los recursos y las herramientas necesarias para enfrentar cualquier situación problemática y presuponiendo siempre que las cosas serán diferentes y que alcanzarán sus metas.

## ***CONCLUSIONES***

Podemos concluir que la efectividad del trabajo realizado se debió a que los participantes lograron identificar, desarrollar y reafirmar sus habilidades, capacidades, fortalezas, recursos y redes sociales de apoyo, con lo cual fueron capaces de alcanzar sus objetivos de manera eficaz, en las categorías que se plantearon, es decir a nivel personal, grupal y académico. Lo que a su vez les permitía solucionar satisfactoriamente las dificultades que se les presentaron a lo largo del taller, y obtener herramientas tanto para superar situaciones posteriores como para plantear nuevas metas.

Al mismo tiempo se pudo observar que al darse un cambio en el área académica, y/o grupal, esto contribuyó para que se generalizara a otros ámbitos, tales como el mejoramiento de la salud, disposición de tiempo libre, mayor organización y tranquilidad.

## **Bibliografía**

- 📖 Furman, B. y Ahola, T. (1996). *Conversaciones para encontrar soluciones*. En *Sistemas Familiares*. Diciembre, 1996.
- 📖 Kim Berg, I. y Miller, S. D. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol: orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. Gedisa: Barcelona.
- 📖 Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Herder: Barcelona.
- 📖 O'Hanlon, B. (2003). *Pequeños grandes cambios: Diez maneras sencillas de transformar tu vida*. Paidós: Barcelona.
- 📖 O'Hanlon, W. H. y Weiner, D. (1990). *En busca de soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Paidós: Barcelona.
- 📖 Shazer, S. de (1984). *The death of resistance*. *Family Process* 23, 11-17.
- 📖 Shazer, S. de (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Paidós: Barcelona.
- 📖 Shazer, S. de (1989). *Pautas de terapia familiar breve*. Paidós: Barcelona.
- 📖 Shazer, S. de (1992). *Claves en psicoterapia breve*. Gedisa: Barcelona.
- 📖 "Misión Posible" de Furman, B. ( s/a ). <http://www.inkri.de/s5.htm>

## Producto Tecnológico I

*Figuroa F. Betzabé A., González V. Julieta., Mendoza R. Guadalupe,  
Morales N. Virginia, Ruíz G. Miguel*

La finalidad este Producto Tecnológico no fue sólo proporcionar una breve biografía de Milton H. Erickson; sino brindar un marco bajo el cual el lector pudiera entender su obra y sus principales aportaciones, tanto en el área clínica como en los contextos terapéuticos. Pese a que existe una gran variedad de datos biográficos y anecdóticos que enriquecen la historia de este singular personaje, el producto sólo se limita a referir aquellos eventos de relevancia para su obra.

### 1. Antecedentes

*Biografía  
Generalidades sobre su Obra  
Supuestos a Evitar  
Características del Terapeuta  
Preguntas*

### 2. Método Naturalista

*Definición  
Premisas Básicas  
Aportaciones Clínicas  
Aportaciones Terapéuticas  
Preguntas*

### 3. Método de Hipnosis

*Definición  
Premisas Básicas  
Elementos de Introducción de Trance  
Aportaciones Clínicas  
Aportaciones Terapéuticas  
Preguntas*

### 4. Método de Utilización

*Aportaciones Clínicas  
Aportaciones Terapéuticas*

### 5. Referencias

## 1. Antecedentes

Milton H. Erickson nace el 5 de Diciembre de 1901 en el poblado de Aurum Nevada, dentro del seno de una comunidad agrícola del medio oeste estadounidense, fue el tercero de un total de nueve hijos (siete mujeres y dos varones), para el año de 1905 su familia se traslada a una pequeña granja en Wisconsin donde tres años más tarde asiste a la escuela elemental en Lowell. (Milton Erickson y la Hipnosis Ericksoniana, Erickson e Hipnosis, Internet). En 1919 termina sus estudios de bachillerato superior en Wishfield, sin embargo, un año antes sufre su primer ataque de poliomielitis cuando contaba con 17 años de edad; como consecuencia de dicha enfermedad los movimientos de su pierna y brazo derecho se vieron afectados, a pesar de que estuvo en coma durante quince días comenzó con su rehabilitación y al final del verano de ese mismo año, siendo capaz de moverse por sí solo, para después ingresar a la escuela de Medicina de la Universidad de Wisconsin. Para 1923 y 1924, Erickson asistió a sus primeros seminarios formales sobre el tema de hipnosis, un año más tarde contrae nupcias por primera vez procreando tres hijos: Albert, Lance y Carol. En 1928 termina sus estudios universitarios y recibe su título de Médico en el Hospital General de Colorado y paralelamente obtiene su título como Licenciado en Psicología; posteriormente, se especializa en el Hospital Psicopático de Colorado, para más tarde ingresar como psiquiatra en el Hospital Estatal de Rhode Island (Haley, 1973).



Para el año de 1930 Erickson ocupa una serie de puestos en el Hospital Estatal de Worcester, Massachussets y después de cuatro años es nombrado director del Departamento de Investigación hasta 1939 y de Formación Psiquiátrica en el Hospital General Eloise en Michigan hasta 1948, dirige trabajos de tesis en dos universidades, la de Wayne y Michigan; posteriormente, es nombrado profesor titular de Psicología Clínica en el Colegio Estatal de Michigan (Haley, 1973; Biografía de Milton H. Erickson, M.D., Biografía Erickson, Internet). En ese mismo año (1934) se casa por segunda ocasión y procrea cinco hijos más (Betty Alice, Allan, Robert, Roxanne y Kristina). Simultáneamente, es nombrado editor asociado de la revista “Enfermedades del Sistema Nervioso” hasta 1955. Durante este periodo Erickson es consultado por la antropóloga Margaret Mead (1940), con la finalidad de analizar películas sobre el trance espontáneo en los bailarines balineses, además de colaborar conjuntamente en investigaciones gubernamentales

durante la segunda guerra mundial, relacionados con la estructura del carácter japonés y los efectos de la propaganda nazi. Durante este tiempo trabajaba para el "Draft Board" (consejo militar de reclutamiento local) y publicó clandestinamente varias publicaciones bajo el seudónimo de "Eric the Badger" (el tejón Eric), muchas veces publicó artículos para clarificar la opinión pública en materia de hipnosis (La revista Life, en la radio etc.) (Milton Erickson y la Hipnosis Ericksoniana, Erickson e Hipnosis, Internet).

En 1947, le administran una vacuna antitetánica teniendo como resultado diversos shocks anafilácticos los cuales agravan su situación e incrementan su sensibilidad al polen y por prescripción médica se le aconseja trasladarse a otro clima (Haley, 1973; Milton Erickson y la Hipnosis Ericksoniana, Erickson e Hipnosis, Internet). Después de este periodo de intensa labor académica Erickson se muda a Phoenix Arizona (1948), para iniciar su práctica terapéutica privada, sin embargo, en ese mismo año acepta el puesto de Director Clínico en el hospital en la ciudad de Phoenix Arizona.

En los comienzos de la década de 1950 Erickson toma parte en los seminarios de hipnosis en Los Angeles con Leslie LeCron y otros, también entra en contacto con Aldous Huxley con quien realizó investigaciones en torno a los estados de conciencia (Hughes, El sanador Herido, Erickson biografía, Internet; Hipnosis Erocksoniana, Erickson Hipnosis, Internet). Más tarde trabajó con el Dr. Linn Cooper quien se interesaba por el tema de distorsión del tiempo, juntos diseñan experimentos para estudiar el fenómeno. El resultado de dichas investigaciones es la publicación conjunta del libro "La Distorsión del Tiempo en la Hipnosis" en 1954. En una segunda edición (1959) que incluyen trabajos hechos por Erickson y su mujer sobre "la expansión del tiempo" y "la condensación del tiempo". En 1952 Erickson sufre un segundo ataque de poliomielitis, a partir de ese momento su deterioro físico se hizo más evidente debido a los efectos de las torsiones y presiones anormales a las que se sometía su columna dorsal en un intento de mantener su cuerpo en una postura lo más normal posible.

Pese a que es bien sabido que durante mucho tiempo Erickson desarrolló un peculiar enfoque terapéutico, en 1953 establece un vínculo con quienes habrían de ser los principales introductores de su obra en el ámbito de la terapia familiar sistémica; Jay Haley, como colaborador de Gregory Bateson en su programa de investigación sobre la comunicación, asiste a un seminario de fin de

semana que dictó Erickson sobre la hipnosis. A partir de ese momento Haley y otros establecen un riguroso estudio sobre varios aspectos de los enfoques terapéuticos e hipnóticos del trabajo de Erickson aplicados a la terapia familiar principalmente. En 1957, junto con varios colegas (E. Aston, s. Hershman, W. Kroger, I. Sector, entre otros) funda la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica, siendo él su primer presidente (1957 - 1959). Asimismo, en 1959 inicia el American Journal of Clinical Hypnosis y ocupa el puesto de editor durante la primera década (1958 - 1968); durante esta época se encontraba en el momento de más ocupación de su vida, teniendo una familia de ocho hijos, varios perros y una fama en constante expansión como editor, consultor y profesor. Su trabajo era extremadamente variado, como el brindar asesoría al equipo estadounidense de tiro con rifle, a agencias gubernamentales que estudiaban los accidentes de aviación y a varios atletas olímpicos que querían optimizar su rendimiento a través de la hipnosis. En este mismo año (1959), desarrolló la técnica hipnótica del "pantomimo", la cual surgió de una invitación para hablar delante del Grupo de Estudio sobre Hipnosis Clínica y Experimental en la Ciudad México.

Para el año de 1960 siguió dando seminarios sobre su trabajo, así como escribiendo numerosos artículos; al paso de siete años se ve reflejado el fruto de su intenso trabajo con la publicación de "Técnicas Avanzadas de Hipnosis y Terapia" de Jay Haley (1967). Durante la década de 1970, Erickson enseñó a muchos profesionales en su casa en pequeños grupos de seminarios y en 1973 se publica el libro "Terapia no Convencional" de Jay Haley. Otros autores como Bandler y Grinder (1975) aplican el enfoque de "modelado" y publican dos libros, basados tanto en los patrones verbales como no verbales de Erickson (Volumen I y II). Finalmente, semanas antes de un congreso internacional dedicado a su trabajo, Erickson fallece el 25 de marzo de 1980 en Phoenix, Arizona a causa de una infección aguda y desde entonces se han escrito muchos libros sobre él y su trabajo, principalmente por Rossi y Haley (Milton Erickson y la Hipnosis Ericksoniana, Erickson e Hipnosis, Internet; Hughes, El sanador Herido, Erickson biografía, Internet; Hipnosis Ericksoniana, Erickson Hipnosis, Internet).

Tomando en cuenta lo anterior, es fácil suponer que la obra y las correspondientes aportaciones de Erickson hayan sido por demás bastas en diversas áreas como la clínica y la terapéutica; ejemplos claros de lo anterior lo constituyen su enorme influencia en la creación y desarrollo de la terapia estratégica como una derivación de las técnicas hipnóticas de Erickson; por otro lado,

gran parte de su vida la dedicó a la investigación y aplicación terapéutica de la hipnosis, desarrollando gran variedad de técnicas lo que le valió ser reconocido como el más importante especialista sobre dicho campo en el mundo. Por otro lado, sus aportaciones en el ámbito de la comunicación fueron por demás importantes al derivar ciertos aspectos de sus técnicas hipnóticas a otros niveles y formas de comunicación, de hecho se sabe que el trance hipnótico es un tipo especial de comunicación entre dos personas.

### **Generalidades Sobre Su Obra.**

Las aportaciones que de su trabajo se derivan van mucho más allá de la sistematización de la hipnosis en los procesos curativos, incluso puede afirmarse que más importante que la técnica en sí, es la filosofía que está detrás de los métodos y del abordaje táctico interpersonal del paciente. Gran parte de sus esfuerzos estaban destinados a descubrir, emplear y enseñar principios de psicoterapia eficaz (O'Hanlon, 1987). De tal forma que, si bien es cierto el enfoque Ericksoniano es ateórico, también lo es el hecho de que existen una serie de conceptualizaciones importantes para poder entender y aplicar adecuadamente dicho enfoque en el ámbito terapéutico.

Probablemente uno de los aspectos que resulta ser de los más distintivos dentro de la obra de Erickson es su concepción con relación al ser humano, concepción que ha permeado toda su obra. Erickson consideraba que todos los seres humanos cuentan con una serie de *capacidades y habilidades producto de su naturaleza y su experiencia*, las cuales con frecuencia se encontraban latentes al momento de enfrentar ciertas dificultades y problemas (Haley, 1973 y O'Hanlon, 1987). De ahí se desprende la firme convicción de Erickson en cuanto a que además, cada persona es diferente y enfrenta sus dificultades de forma distinta de acuerdo a su experiencia personal, veía a los seres humanos como capaces por naturaleza de conservar y sostener su salud si se les permite hacerlo (O'Hanlon, 1987), idea que influyó profundamente en los contextos terapéuticos ya que consideraba que el trabajo del terapeuta consistía en contribuir en la formación de un contexto que permitiera a cada paciente para alcanzar las capacidades y recursos naturales que no habían sido usados y para enfrentar con éxito sus adversidades, es decir, que las capacidades naturales emergieran, a esto se le llamó

### ***Orientación Naturalista.***

Bajo este mismo orden de ideas, Erickson entendía que, al poseer el ser humano una serie de capacidades y habilidades únicas, también era capaz de reaccionar de forma distinta a cada estímulo que se le presentara y no de forma rígida como si actuara bajo los lineamientos de una estructura de personalidad rígida, a esta versatilidad Erickson la denominó ***Responsividad***. Como parte de esta versatilidad de respuesta con que cada persona cuenta, Erickson sabía que también había una serie de exigencias, conductas, creencias y características rígidas que formaban parte de la experiencia de cada individuo; no obstante, pese a que en la tradición terapéutica son todas ellas consideradas como obstáculos para el trabajo que tanto paciente como terapeuta orientan hacia el cambio, la genialidad y singularidad de la perspectiva de Erickson radicaba precisamente en dichos obstáculos. Para él todas aquellas adversidades que el paciente presentaba no eran más que recursos que podían ser utilizados en favor del cambio. En otras palabras, encontraba la forma de usar a su favor lo que otros consideraban como elementos en contra del cambio, por tal motivo para Erickson cualquier persona era susceptible de alcanzar el cambio, independientemente de sus creencias, conducta o personalidad. De esta forma nació el concepto de ***Utilización*** que se refiere a cualquier aspecto que use el paciente para hacer su camino hacia el cambio más efectivo, este concepto puede ser utilizado por el terapeuta para hacer aún más eficiente el tratamiento.

Al igual que algunas otras posturas que se contraponían a aquellas con perspectivas analíticas y psicodinámicas en donde había una fuerte tendencia a ubicar la etiología de los problemas humanos en el pasado, la postura del pensamiento Ericksoniano insistía en que el orientar los esfuerzos de los pacientes en el presente resultaba más conveniente que buscar soluciones en el pasado, el cual a decir de Erickson es inexorablemente inmodificable. Sin embargo, si bien es cierto que lo anterior no representa ser primicia alguna, existe otro concepto que le ha dado forma a la obra de Erickson como una aportación única y genuinamente novedosa, que no solo era útil orientar a los pacientes en el presente sino también hacia el futuro. Este observó que las personas no solo intentan modificar algún aspecto insatisfactorio en el presente sino que además desean mejorar su futuro, lo que posteriormente llevó a Erickson a concentrar los esfuerzos terapéuticos hacia las soluciones, antes de orientarlos hacia los problemas (O'Hanlon, 1987).

## **Supuestos a Evitar**

A la par que Erickson desarrolló un conjunto de principios coherentes dentro del marco clínico terapéutico, también consideró que había que excluir ciertas ideas o supuestos que más que promover cambios importantes en la vida de los pacientes, obstaculizaban enormemente dicho proceso.

Con frecuencia Erickson señalaba que no era necesario que el terapeuta conociese las causas del comportamiento sintomático que cada paciente, pareja o familia presentaba, para poder modificar dicha conducta. En concordancia con esta idea de Erickson algunos autores (O'Hanlon y Wilk, 1987; Watzlawick, 1984 y Keeney, 1983 en: O'Hanlon, 1987) han sugerido que es prácticamente imposible conocer con certeza las causas precisas sobre el origen de cierto problema en particular y que por tanto puede resultar, en ocasiones infructuoso hacer una investigación exhaustiva sobre dicho acontecimiento.

Por otro lado, Erickson señaló otro aspecto, que a su parecer, con frecuencia obstaculizaba el proceso terapéutico y que de manera opuesta ha caracterizado desde hace muchos años a diversos estilos de hacer terapia. Para muchos de estos estilos de terapia un principio fundamental que rige su campo de acción hacia el cambio lo constituye el hecho de hacer consciente lo que ha permanecido inconsciente por largo tiempo. La terapia Ericksoniana se opone casi de manera radical a este tradicional principio terapéutico ya que se considera que no es necesario trabajar sobre la toma de conciencia o el insight para alcanzar cambios. Esta contraposición epistemológica y técnica se desprende de la concepción de inconsciente que en ambos casos diferían notablemente. Mientras que para las posturas tradicionales el inconsciente constituye la parte profunda de la personalidad donde residen las pulsiones y deseos más arcaicos y antisociales de forma latente, para Erickson el inconsciente constituía una parte central del funcionamiento psicológico del individuo ya que no existía para él una contradicción entre lo consciente e inconsciente.

Otra premisa que ha distinguido desde el principio la concepción terapéutica de Erickson es la idea que se refiere al cuestionamiento sobre el uso de un marco teórico referencial sobre la naturaleza humana y sus problemas. Con frecuencia Erickson afirmó que los conceptos derivados de un modelo teórico en particular constituían preconcepciones y presuposiciones a cerca del

individuo y su entorno; éstas a la postre resultaban ser un lastre para el terapeuta ya que inevitablemente limitaban su visión que se pudiera tener sobre una situación específica. Por tal razón, Erickson evitó sistemáticamente apoyarse en cualquier teoría en particular y si bien es cierto, su trabajo estaba guiado por ciertos conceptos generales, éstos carecían de la sistematización que le da su condición de teoría; por el contrario Erickson procuraba hacer un abordaje único para cada caso que trataba (O'Hanlon, 1987).

El marcado acento en lo novedoso, provocó un choque frontal con creencias muy arraigadas en el ámbito terapéutico como ya se ha podido observar. El estilo de Erickson se basaba en la idea de que la naturaleza de la personalidad es de carácter flexible y que por tal razón podía cambiar de forma notable, incluso sostenía la idea de que muchos de los cambios que se suscitaban dentro contextos terapéuticos se desprendían a partir de la existencia de aspectos alternativos de la personalidad, los cuales eran sacados a la luz con la finalidad de que el paciente los utilizara a su favor (O'Hanlon, 1987).

Erickson procuraba evitar al momento de hacer terapia referirse a la función de la sintomatología que caracterizaba un problema en particular, dicha idea de la funcionalidad de los problemas carecía de sentido ya que para él se trataba de la forma en como, a través del tiempo, los individuos pautan su comportamiento como una forma habitual. Es en este punto donde Erickson concentraba sus esfuerzos y no en los síntomas dado que no siempre constituían manifestaciones de problemáticas más profundas o de eventos del pasado sin resolver (O'Hanlon, 1987).

### **Características del Terapeuta.**

El terapeuta en su *flexibilidad*, debe mostrar la capacidad de adaptarse a las características singulares de cada uno de los pacientes, formulando explicaciones, significados y motivaciones alternativas para la conducta y experiencia humanas, evitando limitar su campo de acción con hipótesis y supuestos preestablecidos. Tan importante era este aspecto para Erickson que llegó a afirmar que si el terapeuta logra adaptar su comportamiento y estilo de comunicación, ello tendría inevitablemente efectos sobre las experiencias de los pacientes (O'Hanlon, 1987).

Otro aspecto que con frecuencia el mismo Erickson enfatizaba era el relacionado con la capacidad de *observación* con la que debía contar el terapeuta, partiendo del supuesto de que para

el terapeuta no existe seguridad en cuanto al significado de lo que observa y por tal motivo había que tomar en cuenta las sutilezas de la comunicación que con frecuencia son pasadas por alto por la mayoría de las personas. De ahí que Erickson prestara especial énfasis en las diversas modalidades sensoriales como medios por los cuales observar minuciosamente el comportamiento del paciente. Con frecuencia dichas sutilezas se reflejaban en aspectos aparentemente intrascendentes del comportamiento humano como el lenguaje del paciente, los cambios en la dinámica vocal, las sutiles alteraciones en el tono de voz, los cambios ocurridos en el tono muscular y la variedad de gestos que el individuo presentaba, etc. Lo anterior, según Erickson le permitiría al terapeuta desarrollar la sensibilidad adecuada para percibir el momento en que el comportamiento deseado se produce, (O'Hanlon, 1987).

Sería difícil comprender la obra de Erickson sin antes considerar los conceptos que en este apartado se han abordado de manera general puesto que constituyen los fundamentos bajo los cuales se desarrollan muchos de sus conceptos.

### **Preguntas.**

1. Según la biografía de Erickson expuesta en el presente capítulo, ¿cuáles son los aspectos más significativos de su vida que influyeron en su obra?
2. Haga un breve comentario sobre cada uno de los aspectos más significativos de la obra de Erickson.
3. Describa cada uno de los supuestos que Erickson solía evitar en terapia y exponga un breve comentario sobre cada uno de ellos.
4. Mencione cada una de las características del terapeuta que menciona Erickson y efectúe una reflexión sobre su propia práctica terapéutica con relación a ellos.

## **2. Método Naturalista**

**Definición:** Toda persona cuenta con los recursos necesarios en su interior y en sus sistemas sociales, para superar dificultades, resolver problemas, entrar y experimentar fenómenos de trance (O'Hanlon, 1997).

**Premias Básicas:** Erickson creía firmemente que todo estaba en el interior de la persona y que si en algún momento “los pacientes tenían problemas era precisamente porque no sabían cómo emplear todas sus capacidades” (Rossi, 1980, pág. Xix, en: O'Hanlon, 2001), los síntomas y las

patologías eran bloqueos para mantener una buena salud, las personas no tenían que añadir nada del exterior.

Al mismo tiempo rechazaba la idea de que las personas fueran fundamentalmente imperfectas o que les hiciera falta un arreglo, donde la psicoterapia fuera el medio para “arreglar” o “enseñar” a la persona, “como si realmente alguien pudiera realmente decirle a otra persona de qué manera tiene que pensar, sentir y actuar ante una situación determinada” (O’Hanlon, 1997), por lo que no tenía que añadir nada del exterior ya que todas las respuestas estaban en el interior. Considerando así que, la tarea del terapeuta consistía en crear un contexto que le permitiera a los clientes acceder a capacidades y recursos que ya poseía, pero que no había aplicado a su situación. Según Erickson, “en realidad es la propia persona quien lleva a cabo la terapia: nosotros como terapeutas nos limitamos a proporcionar un clima favorable” (Zeig, 1980, pág. 52, en: O’Halon, 2001). Se dice naturalista, porque las personas utilizan habitualmente en su vida cotidiana habilidades hipnóticas a la hora de afrontar las dificultades o desafíos vitales.

***Aportaciones Clínicas:*** Una de estas aportaciones se dice que es el enfoque de la comunicación mente-cuerpo de Rossi y que actualmente es conocido como psiconeuroinmunología (Zeig y Geary, 2000, en: Pacheco, 2001).

***Aportaciones Terapéuticas:*** Erickson aporta la idea de concebir a la terapia como un proceso natural y totalmente exento de ritual al igual que la hipnosis donde a través de la conversación se podía entrar en trance, donde el cliente no tenía por qué ser consciente de que la inducción había empezado o se estaba produciendo.

Para Steve de Shazer 1991(citado en Mario pacheco, 2000), la terapia Ericksoniana, es uno de los fundamentos de la terapia breve, donde se puede ver como un refinamiento de las técnicas y un desarrollo de los principios ericksonianos para la resolución de problemas clínicos, especialmente en lo que se refiere a la terapia orientada a las soluciones, en donde retoma la idea de despatologización, haciendo o enfatizando en los recursos de los clientes y no en su déficit; y en la visión a futuro. El que Erickson dirigiera al paciente hacia el futuro a través de la técnica de confusión, lo que les permitía alucinaran y poder ver los eventos que lo habían llevado a la resolución de los síntomas (“bola de cristal”). Al respecto, de Shazer y su equipo proponen la

“pregunta del milagro” la cual induce al paciente a una creación activa de comportamiento que resuelve el problema.

## **Preguntas**

1. ¿A qué se refiere Erickson con método naturalista?
2. Menciona dos premisas del método naturalista.
3. ¿Cuál es la tarea del terapeuta de acuerdo con Erickson?
4. Menciona la influencia que tiene el método naturalista en el enfoque centrado en soluciones.

### *3. Hipnosis Ericksoniana*

La hipnosis de Erickson era coherente con su orientación naturalista, en donde más que inducir desde afuera un estado alterado de conciencia, se trata de facilitar o aprovechar el trance que aparece en forma natural en las personas en diferentes momentos, esto con la finalidad de que la atención se centre en lo que es verdaderamente importante, y lo que es verdaderamente importante es lo que aparece de manera espontánea una vez que la persona está en trance (Robles y Abia, 1990).

**Definiciones De Hipnosis:** *Erickson (en Procter, 2001)*, define a la hipnosis como la división de los procesos mentales en procesos conscientes e inconscientes. Según Abia y Robles (1993), la hipnosis es una disciplina para inducir un estado diferente de conciencia que se llama trance hipnótico, el cual se refiere a cualquier estado en el que la atención se vuelca dentro de uno mismo, sin perder contacto con el mundo de afuera. Asimismo, se pueden distinguir dos tipos de hipnosis: la hipnosis formal, es aquella en la que se siguen ciertos procedimientos para la inducción de trance, en donde se utilizan los fenómenos hipnóticos clásicos o estrategias para alterar la pauta del problema presentado; y la hipnosis no formal, aunque en ella se usan los mismos principios básicos que en los trances hipnóticos formales, lo que especialmente se busca es la disposición del paciente para recibir metáforas y anécdotas terapéuticas.

## **Premisas o Conceptos Básicos**

Fases de la terapia Ericksoniana: En todo proceso terapéutico se siguen una serie de etapas, desde que este inicia hasta que llega a su término, esto se hace casi siempre con la finalidad de que se tenga una claridad y una coherencia respecto al trabajo que se realiza; en este sentido, la terapia ericksoniana no es la excepción. Primero, es necesario que el hipnoterapeuta desarrolle un sentimiento de confianza y comprensión con el paciente, con la finalidad de ganarse su cooperación, a esto se le conoce como logro de rapport/compromiso. En segundo término, se lleva a cabo la reunión de información, en esta se debe realizar un proceso de evaluación a lo largo de todo el curso de la terapia con la finalidad de descubrir las pautas y los estilos de responsividad de los pacientes, es decir, a qué responden éstos. Tercero, se debe eludir o interferir las limitaciones y creencias autoimpuestas, lo cual parte del supuesto de que los pacientes tienen problemas porque actúan y piensan siguiendo pautas rígidas, por lo que una de las metas de la terapia ericksoniana consiste en quebrantar dichas creencias rígidas ya que éstas llevan a las personas a autolimitaciones innecesarias. Para dicho fin se pueden emplear diversas herramientas, como la confusión, el reencuadre, así como la hipnosis, el método de shock y la sorpresa para eludir las creencias limitantes conscientes. En cuarto lugar, se realiza la evocación de aptitudes y/o motivación, su finalidad es lograr que las personas tengan acceso a, o desarrollen la aptitud, la competencia o la motivación que necesitan para resolver sus problemas. En quinto, una construcción de aptitudes que se basa en el enfoque naturalista, en donde se enfatiza el hecho de que los pacientes tienen todos los recursos y experiencias que necesitan para resolver los problemas que los llevan a terapia; sin embargo, en ocasiones es necesario evocar los potenciales para construir las aptitudes que los pacientes aún no han desarrollado por completo. En sexto, una vinculación de las aptitudes y habilidades con el contexto problema, lo cual consiste en que los pacientes trasladen lo antes posible sus logros terapéuticos a la vida cotidiana; para lograr esta meta se pueden emplear varios métodos, como la realización de tareas en donde los pacientes emprendan acciones relacionadas con el problema, otra forma para vincular las aptitudes y habilidades evocadas con el contexto problema es sugestión poshipnótica que sugiere que la próxima vez que se presente ese contexto o estímulo el paciente responderá de una manera particular, un tercer método es la vinculación de la situación problema con nuevas asociaciones mediante el empleo de relatos o sugerencias indirectas. Y por último, se llega la terminación de la

terapia y el seguimiento, en donde no se da por terminada una terapia, sino que se continúa viendo a los pacientes cuando lo necesiten, incluso a lo largo de los años; es importante señalar que el terapeuta no tiene por que abordar todos los problemas potenciales que son perceptibles en la terapia, ya que se trata de un enfoque más limitado y centrado en un problema.

**Elementos de las Inducciones de Trance:** El enfoque ericksoniano de la inducción puede diferenciarse de los enfoques tradicionales “autoritarios” o más directivos por el empleo de un lenguaje permisivo. Por lo tanto, el uso del lenguaje permisivo involucra el uso de palabras que expresan posibilidad, tales como “puede” o “podría”, así como la presentación de opciones múltiples para lo que la persona está o estará experimentando o haciendo. Asimismo los enfoques permisivos validan como apropiados cualquier experiencia o respuesta y enfatizan la individualización de la inducción para cada paciente en particular.

Dicho enfoque *no se basa en la sugestión sino en la evocación hipnótica*, esto en concordancia con su orientación naturalista en donde se da por sentado que los pacientes tienen en su historia y experiencia personales las aptitudes necesarias para desarrollar un trance y fenómenos de trance (como amnesia, anestesia, disociación, etc), y para resolver sus problemas. Por lo tanto, la tarea del hipnoterapeuta consiste en evocar esas capacidades, para lo cual se requiere crear un contexto en el que las aptitudes se manifiesten de modo natural o fácil.

Se considera necesario hacer una revisión de cuatro de los principales *elementos para evocar las aptitudes hipnóticas*: a) *la presuposición*, se refiere a una forma del lenguaje en el que ciertas ideas o experiencias se dan por sentadas sin que se les enuncie directamente, el tipo más conocido de presuposiciones utilizado por Erickson es la “*ilusión de alternativas*”, la cual es una técnica en la que se le presentan varias alternativas al sujeto, todas en última instancia orientadas en la dirección deseadas. Es importante señalar que el uso de oraciones presuposicionales no “hace” que un sujeto entre en trance. Se trata sólo de uno de los elementos involucrados en la creación del contexto conveniente; b) *las indicaciones contextuales*, hacen hincapié en las conductas, comunicaciones no verbales, escenarios, iluminación, que recuerdan experiencias de trances anteriores o sugieren contextos de trance; c) *la copia no verbal*, enfatiza el hecho de que el hipnoterapeuta haga que su conducta esté a la par con la conducta del sujeto, esto lo puede hacer

copiando en su conducta no verbal los ritmos, las posturas, las características de la voz, la velocidad de la respiración del sujeto o cualquier conducta observable en curso. Esto es denominado por Bandler y Grinder (1975) “reflejo cruzado”; y d) **la copia verbal**, la cual consta de varios elementos, el primero consiste en *copiar el vocabulario del sujeto* para asegurar la comprensión y el desarrollo del rapport, otro tipo de copia verbal se denomina “copia descriptiva” en donde el hipnoterapeuta básicamente describe la conducta que el paciente despliega, esto tiene por lo general el efecto de concentrar al sujeto sólo en ciertos aspectos de su experiencia, llevándolo a un nivel más interno de ésta lo cual puede ser un inductor de trance.

**Algunas técnicas para la Inducción de Trance:** Erickson tenía un gran repertorio de métodos y técnicas mediante los cuales llevaba a sus pacientes a experimentar un estado diferente de conciencia, por lo que las siguientes son sólo algunas de las muchas formas mediante las cuales se expresa su genialidad para la inducción de un trance: 1) **Confusión**, la cual consiste en la emisión de verbalizaciones tan complejas que al sujeto le resulta difícil seguirlas, cuya finalidad es eludir las creencias limitadoras que obstaculizan el desarrollo del trance. 2) **Separación**, se refiere a la distinción o división de dos cosas o conceptos. En la hipnosis el principal tipo de separación empleado es la que diferencia la “mente consciente” de la “mente inconsciente”. La división se puede caracterizar con diversos términos y expresiones, pero lo importante es que hay cosas separadas y dicha separación se le comunica al paciente de dos formas, la verbal (distinciones conceptuales) y no verbal (tonos o volúmenes de voz y conducta del hipnoterapeuta). Existen distintas técnicas para lograr la separación terapéutica, como a) *ilusión de alternativas o doble aferramiento*, b) *aposición de opuestos*, c) *oxímoron*, d) *disociación*, e) *separación en el tiempo*, f) *separación de roles*, g) *separación corporal/vocal e intercalación* y h) *rechazar una o la peor alternativa*. 3) **Vinculación**: Consiste en reunir dos o más elementos entre los que antes no existía una relación. Existe la vinculación verbal, en donde se emplean algunas palabras para asociar algunas experiencias con otras experiencias, otro tipo de vinculación es la yuxtaposición y asociación de dos experiencias o conductas y finalmente, la vinculación condicionada que involucra la implicación de que una experiencia depende de la otra. Hay diferentes técnicas para lograr la vinculación, como a) *transformación del síntoma*, b) *construcción de asociaciones nuevas*, c) *sugestiones condicionadas*, y *sugestiones temporales* acerca de la resolución de síntomas. 4) **Intercalación**, establece el hecho de poner un énfasis

especial en ciertas palabras o frases, básicamente el énfasis no verbal se utiliza para realizar una sugestión indirecta en donde tal vez el paciente no lo advierta de manera consciente, sin embargo, se parte de la idea de que lo percibirá en algún nivel subliminalmente y que de igual forma responderá a él. 5) **Palabras vacías**, se refiere al empleo abundante de palabras no específicas, las cuales carecen de un significado específico y están abiertas a múltiples interpretaciones. Es importante señalar que es necesario ser tan poco específico y no concreto para facilitar que el paciente encuentre sus propios significados a partir de las palabras del hipnoterapeuta. Otro efecto de las palabras vacías es que el oyente se centra más internamente para dar sentido a esas manifestaciones vagas y a veces desconcertantes. 6) **Refracción**, es una técnica de comunicación paralela que consiste en hablar con una persona para hacer entrar en trance indirectamente a otra, o emitir sugestiones dirigidas a esa segunda persona. 7) **Técnica “mi amigo Juan”**, Erickson le hablaba al paciente acerca de un amigo o de un paciente que había sido puesto en trance con anterioridad, al relatarle lo sucedido previamente, reproducía la inducción del trance y comenzaba a dirigir esa inducción al paciente presente.

**Aportaciones Clínicas:** Erickson coadyuvó a conseguir que la hipnosis fuera modernizada y reconocida como un instrumento legítimo para la práctica médica, odontológica y psicológica (O’Hanlon, 2001). Asimismo, el haber trabajado en hospitales psiquiátricos le permitió explorar la hipnosis tanto experimental como clínicamente. En 1954 mostró cómo podían utilizarse las compulsiones neuróticas del paciente, hacia la resolución de la sintomatología neurótica, a través de la “hipnoterapia con trance”.

**Intervenciones Terapéuticas:** Haley, en (1962 en: Pacheco, 2000), analizó la relación entre el hipnotizador y el sujeto para definir a la hipnosis como el producto de la interacción entre dos o más personas; es decir, no necesitó el concepto de “inconsciente” para explicar los fenómenos que allí ocurrían. Watzlawick retomó los procesos hipnóticos para analizarlos en su libro “lenguaje del cambio”, en donde utiliza la metáfora de la asimetría de la actividad hemisférica cerebral como la base explicativa de hacia dónde apuntaba el lenguaje indirecto de Erickson; no necesitó de la metáfora del “inconsciente” para explicar el fenómeno. El Instituto de Investigación Mental (MRI) recogió y sistematizó las técnicas de Erickson, sin embargo, dejó fuera de su modelo las intervenciones hipnóticas formales y el concepto de “inconsciente”.

## Preguntas

1. Define qué es hipnosis.
2. Menciona los tipos de hipnosis y a qué se refieren.
3. Explica cada una de las fases de la terapia ericksoniana.
4. ¿En qué consiste el lenguaje permisivo dentro de la inducción de un trance?
5. Explica a qué se refiere la evocación.
6. Menciona y explica los cuatro elementos para evocar las aptitudes hipnóticas.
7. Menciona y explica algunas de las técnicas utilizadas para la inducción de un trance.
8. Explica algunas de las principales aportaciones que la hipnosis hizo en la clínica y en la terapia.

### 4. Método Utilización

**Definición:** De acuerdo a diversos autores, se puede concluir que a la **utilización** se le define como una técnica que facilita el proceso de inducción al trance; haciendo una inversión del procedimiento usual de inducción a la hipnosis; aceptando todas las respuestas, conductas e ideas como válidas. La base en la **utilización** es hacer uso de la no aceptación y la no cooperación que los pacientes presenten hacia el conductor, tratándose así, de que el inductor acepte la conducta del sujeto o coopere con él por adversa que parezca su actitud. El método de utilización implica la *prontitud del terapeuta para responder estratégicamente a todos los aspectos del paciente o del ambiente, de cualquier género* (Zeig, 1985 en Paul Watzlawick y Giorgio Nardone, 2000).

En cuanto a la definición de utilización, Watzlawick y Nardone (2000) concluyen que Erickson (1965) define el “*método de la utilización*”: como el proceso en el cual, aquellos terapeutas que desean ayudar a los pacientes no deberían despreciar, condenar o rechazar jamás ninguna parte de la conducta del paciente simplemente por ser obstruccionista, irrazonable o incluso irracional, ya que el comportamiento del paciente forma parte del problema que lleva a la terapia, constituyendo el ambiente personal en el que la terapia debe actuar. Se puede constituir la fuerza dominante en la relacional global entre paciente y doctor, así pues, cualquier cosa que los pacientes lleven a la terapia es, en cierto modo, tanto una parte de ellos como una parte de su problema. El paciente debería ser considerado con ojos comprensivos, valorando la totalidad que hay ante el terapeuta, al hacerlo, los terapeutas no deberían limitarse a una valoración de lo que es bueno y razonable al ofrecer una posible base para los procedimientos terapéuticos. En efecto,

alguna vez, con mucha más frecuencia de lo que se cree, la terapia puede estar sólidamente fundada sobre una base válida sólo a través de la utilización de manifestaciones necias, absurdas, irracionales y contradictorias. Lo que está implicado no es la propia dignidad profesional, sino la propia competencia profesional (Erickson, 1980, vol. IV, pág. 213, en Paul Watzlawick y Giorgio Nardone, 2000).

Al referirnos al método de utilización, se puede hablar de que éste es empleado en aquellos pacientes que no aceptan ninguna sugestión hasta que se desmonta su resistencia, su conducta opuesta o contradictoria con respecto a la hipnosis. Por razones relacionadas con su condición física, estados de tensión o ansiedad, interés intenso o concentración en sus propias conductas, impiden que los sujetos cooperen activamente o pasivamente con lo que es imposible una efectiva alteración de su conducta.

En lo referente al proceso de trabajo terapéutico y al empleo del método de utilización, se consideran **los principios que la utilización**, entre los cuales podemos encontrar **cuatro** y que a continuación se describen. En el **Principio número 1**: la inducción del terapeuta va en primer lugar “inducir” al terapeuta a “utilizar” es decir, el terapeuta empieza la terapia asumiendo una mentalidad de utilización, detectando dentro de sí la prontitud para responder constructivamente a las respuestas del paciente. El **Principio número 2**: cualquier cosa que presente el paciente puede ser utilizada, cualquier cosa que exista en la situación terapéutica puede ser utilizada, «cualquier cosa que presente el paciente» *no* es sólo agua para molino, es *combustible para avanzar hacia un nuevo espacio*, es decir, los valores, la situación, las resistencias y/o el síntoma del paciente pueden ser utilizados, también es cierto que el *mecanismo* a través del cual se mantiene el síntoma puede ser utilizado. En el **Principio número 3**: encontramos que cualquier técnica que emplee un paciente para constituirse como tal, puede ser aprovechado por el terapeuta. Por ejemplo, si el paciente cuenta determinadas historias para ser paciente, un terapeuta puede contar determinadas historias para ser terapeuta. Si un paciente es desordenado como paciente, el terapeuta puede ser desordenado constructivamente. Finalmente se plantea en el **Principio número 4**: cualquiera que sea la respuesta obtenida, hay que desarrollarlas. Una vez que el paciente responde, la tarea del terapeuta consiste en ampliar y aprovechar constructivamente la respuesta, es decir, el terapeuta hace uso de todos los fragmentos “importantes” que el paciente

proporciona, para después transformarlos en algo útil (Zeig, 1987, en Paul Watzlawick y Giorgio Nardone, 2000).

Como parte integrativa a éste método de utilización, podemos encontrar **los conceptos o premisas básicas**, en donde Erickson observó a menudo que la conducta y el pensamiento de las personas están pautados con rigidez, pero, en lugar de extraer la conclusión de que como consecuencia de esa rigidez el cambio es imposible (según lo consideran muchas terapias), él pensaba que las pautas son modificables. Su hipnosis y su terapia presentaban tres concepciones principales para intervenir en las pautas: *la utilización de las pautas corrientes al servicio del cambio, la alteración o la obstrucción de tales pautas corrientes y el establecimiento de pautas nuevas*.

De acuerdo al desarrollo del método de utilización se encuentran las **aportaciones realizadas a la práctica clínica**, de las cuales podemos identificar la existencia seis **técnicas**, tales como la **ratificación**; en la cual el proceso de inducción del trance implica a menudo dos pasos progresivos: **absorción y ratificación**. En primer lugar se actúa de forma que la atención del paciente quede absorbida por una sensación, percepción, fantasía, recuerdo, etc. Después se ratifica esta absorción: los cambios sucedidos cuando el paciente se encontraba en la condición de absorción se describen a través de simples frases declarativas. Por ejemplo: el terapeuta puede afirmar: «Mientras me escuchabas, tu frecuencia cardiaca ha cambiado, tu frecuencia respiratoria es distinta, tu cabeza no esta ya en la misma posición que antes». El método de utilización de la ratificación tiene un significado implícito que se puede aclarar así: «Estás respondiendo; estás mostrando cambios deseables». La **Atribución**, que es una forma indirecta de utilización ligada a la ratificación, se fijan significados suplementarios que se pueden utilizar para fines más generales. Es necesario considerar atentamente la explicación ofrecida al paciente hipnotizado que lentamente asiente con la cabeza: “Ahora estás inclinando la cabeza de forma diferente porque es la forma en la que tu mente inconsciente quiere decir *sí*. Aquí se atribuye un significado implícito al comportamiento mostrado por el paciente, en este caso: «Tu mente inconsciente está cooperando conmigo». De acuerdo a la **prescripción del síntoma**; el terapeuta anima el comportamiento sintomático y lo dirige imperceptiblemente hacia una dirección deseada. Para la **incorporación**; ésta es una variante de la técnica de la utilización, semejante a la

ratificación y a la atribución. Se pueden incorporar cosas variadas provenientes de la situación real en el esquema de inducción. Por ejemplo, si una puerta se abre de improviso durante una inducción, el terapeuta puede decir: «Puedes abrir constructivamente otras puertas a la capacidad de guiarte de tu mente interior». El terapeuta modela un estilo de respuesta que desearía que el paciente imitase, ya que el fin terapéutico, es ayudar al paciente a mostrar una respuesta constructiva a los acontecimientos externos y de hacer que desarrolle determinadas capacidades, lo que puede modelar el terapeuta utilizando la incorporación.

En la **redefinición hipnótica**; es este caso, si una persona describe un aspecto del problema como una experiencia de “presión”, en la inducción de la hipnosis el terapeuta puede comenzar orientando al paciente a la presión del asiento de la silla, del respaldo, del brazo, etc. De esta forma el concepto de presión es redefinido imperceptiblemente en términos más positivos y se usa una palabra síntoma como una palabra – solución. Finalmente encontramos la **inyunción simbólica**; que en términos ericksonianos, los terapeutas pueden aplicar el método de la utilización pensando: “Si un paciente comunica simbólicamente, entonces se debe adaptar la inteligencia del terapeuta para comunicar simbólicamente con el paciente. En lugar de *interpretar* el símbolo, puedo usar de forma constructiva los procesos simbólicos y crear símbolos terapéuticos. Por ejemplo, durante una inducción Erickson puso a una mujer hipnotizada la mano izquierda sobre el brazo derecho. Ella asumió una posición en la que parecía que se abrazaba a sí misma. El mensaje simbólico era: “Puedes protegerte a ti misma; puedes consolarte a ti misma” (Zeig, 1980 en Paul Watzlawick y Giorgio Nardone, 2000).

En el trabajo desarrollado en el método de utilización podemos hacer referencia a las **aportaciones** de las **técnicas utilizadas en terapia**; las cuales manejan la **definición del objetivo**, en donde el terapeuta comienza la terapia definiendo los objetivos y preguntándose: «¿qué quiero comunicar al paciente?». La definición de los objetivos debe tener en cuenta muchos detalles, para hacerlo, existen dos métodos: **transformar el problema en un proceso** y **dividir la solución en partes accesibles**. El **primer método**, consiste en ver al problema como un proceso secuencial, a menudo los caminos para la intervención resultan evidentes al instante. Un fin de la terapia sería el de ayudar al paciente a modificar la secuencia habitual de comportamiento que conduce al problema. Si la intervención es suficiente, genera un cambio sistémico. La premisa

subyacente es que los pacientes se sentirán atraídos por esquemas más saludables y eficaces, una vez que se modifique la secuencia habitual. **En el segundo método**, requiere que el terapeuta muestre de forma concreta *cómo* el paciente construye el problema. Cada uno de los elementos de la construcción puede tratarse como objetivo distinto al que hay que dirigirse y que se debe deducir. También se considera la **confección sugestiva**; en la que una vez definido el objetivo, el paso siguiente es encontrar una forma de presentarlo al paciente, a dicho proceso se le denomina «**confección sugestiva**»; en donde con el fin de proponer un elemento de la solución, el terapeuta necesita un método para presentar la estrategia al paciente, de forma que éste pueda recuperar la capacidad que se ha disociado anteriormente. Siendo así que, la solución puede ser *empaquetada* y presentada dentro de una técnica, mejor que directamente. Un modo de empaquetar una idea consiste en presentarla en una hipnosis. De hecho, los elementos de las soluciones pueden ser empaquetados utilizando hipnosis, símbolos, metáforas, prescripciones de síntomas, anécdotas, reestructuración, etc.

El proceso de asociar las soluciones al empacamiento puede ser considerado psicoterapia por asociación recíproca. La técnica del terapeuta asocia al paciente con un elemento de la solución suscitada a través del efecto ideodinámico. El empacamiento consiste en seleccionar una técnica con la cual se presenten las ideas. Otra técnica empleada en terapia es la **personalización**; en la cual se toma en cuenta que es importante y mejor individualizar la terapia, por lo que al procedimiento de dirigirse al estilo único de cada paciente se llama «*personalización*». Erickson subrayó este punto afirmando: La psicoterapia para el paciente “A” no es la psicoterapia para el paciente “B”. Para personalizar, el terapeuta se pregunta: ¿A qué da valor el paciente? ¿Qué posición asume? ¿Qué hace que se sienta orgullosos?, y por ende individualiza el planteamiento en concordancia con la respuesta. De esta forma, se personaliza la terapia en función de los valores del paciente y de su visión del mundo (véase Fisch y otros, 1982, en Paul Watzlawick y Giorgio Nardone, 2000). La terapia es introducida a través de la lente interior del paciente. A veces la oferta terapéutica personaliza, no tiene ningún sentido lógico, pero puede tener un significado emotivo para el paciente porque se “adapta” al modelo que tiene del mundo. Una técnica más es la **construcción de un proceso dinámico o elaboración**; en la cual una vez precisado una estrategia para personalizar la técnica, el terapeuta debe crear un método para presentar la oferta en el tiempo, en donde el terapeuta debe trabajar también la creación de un

*proceso*, una representación por medio de la cual se presenta el objetivo. Este proceso incluye ritmos o secuencias temporales precisa de la psicoterapia, dirigida a estimular y utilizar de forma óptima los dinamismos internos y sociales del paciente. El terapeuta empieza solicitando la motivación el paciente, que es “transformada” en disposición a responder sobre todo a estímulos imperceptibles. Ésta es una manera de preparar el terreno para hace las cosas más fáciles. Cabe también considerar la construcción de la disposición a responder como la dirección de una inducción (Zeig, 1992Paul Watzlawick y Biorgio Nardone, 2000).

**Intervención de la pauta en terapia:** La terapia de Erickson presentaba tres concepciones principales para intervenir en la pauta, una de ellas es la utilización de las pautas corrientes al servicio del cambio, la segunda concepción es la alteración de tales pautas corrientes y por último el establecimiento de pautas nuevas. Siendo así, una de las piedras angulares del enfoque ericksoniano es la aceptación y *utilización de las pautas presentes de conducta y experiencia del paciente* y también de las pautas de interacción social y familiar. Esto no sólo suponía aceptar sin abrir juicio lo que el paciente presentaba, sino también descubrir y usar activamente tales pautas al servicio del cambio. Erickson subrayó la utilización de:

***El lenguaje del paciente:*** Por lo general Erickson no tenía que ir tan lejos en el empleo del lenguaje, le hablaba a la gente utilizando las palabras de ella y *en el nivel que ella podía entender*.

***Intereses y motivaciones:*** En concordancia con su principio naturalista, Erickson trataba de descubrir y hacer uso de los intereses y la motivación de sus pacientes, en lugar de preocuparse por la falta de motivación, él descubriría en qué estaban interesados y qué estaban motivados para hacer, y entonces vinculaba la terapia con esa motivación.

***Creencias y marcos referenciales:*** Las creencias que el paciente lleva a la terapia tienen que utilizarse al servicio de los cambios que le gustaría realizar. No era frecuente que Erickson tratara de corregir de modo directo las creencias irracionales de los pacientes. En lugar de ello, utilizaba esas creencias para sacar a los pacientes de sus problemas. Un ejemplo de la utilización de las creencias y marcos referenciales del paciente fue el tratamiento por Erickson de un

campesino que se consideraba despreciable. Erickson estaba tratando de que Harold se cuidara mejor a sí mismo, que comiera más adecuadamente, que se mudara de su casa ruinoso a una vivienda mejor. Harold se mostró reacio a seguir estos consejos hasta que Erickson empezó a hablar de que un tractor era sólo una máquina destinada al trabajo en el campo. El paciente entendió esta analogía enseguida. Erickson señaló que una máquina agrícola había que cuidarla adecuadamente, o dejaba de ser útil. Le detalló a Harold minuciosamente lo que suponía el cuidado correcto de la maquinaria agrícola. Con este nuevo marco, Harold estuvo dispuesto a realizar cambios sugeridos por Erickson en su higiene y en sus condiciones de vida (Haley, 1973, pag. 128, en O´Hanlon, 1987).

**Conducta:** Por enfoque naturalista se entiende la aceptación y utilización de la situación que se encuentra, sin esforzarse por reestructurarla psicológicamente. Al hacerlo así, la conducta que se presenta se convierte en una ayuda definida y en una parte real de la inducción del trance, más que en un obstáculo posible.

**Síntoma o síntomas:** Con su perspectiva típicamente positiva, Erickson tendía a tener un gran respeto por los síntomas y por las aptitudes que ellos demostraban. Se podría decir que utilizaba al servicio del cambio todos los denominados mecanismos de defensa. Por ejemplo, las alucinaciones son usualmente consideradas hechos solamente negativos, pero Erickson a menudo indujo deliberadamente alucinaciones como parte del tratamiento hipnótico. A muchos terapeutas les preocupa el fenómeno de la sustitución del síntoma, pero Erickson en algunos casos alentó deliberadamente esa sustitución como medio para crear un problema de solución más fácil o que obstaculizará menos la vida del paciente.

**Resistencia:** Erickson afirma que uno siempre trata de usar todo lo que el paciente lleva al consultorio, si lo que ve es resistencia, agradezcamos esa resistencia. Las resistencias que constituyen una parte del problema pueden utilizarse realzándolas, con lo cual, y bajo guía, se permite al paciente descubrir nuevos modos de conducta favorables a la recuperación.

Así mismo, Erickson utilizaba de otro modo las pautas presentes, esto es, la *copia de las pautas presentes de conducta y lenguaje* que sus pacientes ponían de manifiesto. Una de sus habilidades

más notable consistía en la capacidad que tenía para obtener rápidamente *rapport* con personas no típicamente fáciles de tratar mediante psicoterapia. Era así mismo conocido por su aptitud para lograr que los pacientes siguieran directivas que, de provenir de otros terapeutas, suscitaban renuencia en muchos sujetos. Para conseguir ambos objetivos, uno de sus métodos era hacer una copia que reflejara las conductas físicas y el vocabulario del paciente. En el marco de la hipnosis, los efectos de la copia en el *rapport* son más obvios que en otros marcos comunicacionales. Por lo general, la persona en trance no se está moviendo ni habla tanto como en los escenarios naturales, de modo que las respuestas suelen ser más notables. Cuando un hipnotizador dice o hace algo que no concuerda con el paciente, lo usual es que la respuesta resulte muy rápidamente visible en la conducta de este último, pues su trance se interrumpe. Por lo tanto, cuando se empieza a copiar la conducta de los pacientes y por abordarlos en el marco referencial de ellos, el terapeuta o hipnotizador puede conducir a esos pacientes, de modo suave o sutil, en la dirección del resultado deseado.

Otra forma de copiar la conducta del paciente es a través del *bio-rapport* y este se da cuando existe sincronización de los ritmos biológicos entre terapeuta y paciente. Por ejemplo, cuando los psicoterapeutas y pacientes tienden a moverse al mismo tiempo, a hacer gestos similares, a asumir posturas análogas, etc. Erickson utilizaba deliberadamente esta asimilación rítmica para facilitar el desarrollo del *rapport* y para influir en los pacientes. Lo que con más frecuencia se menciona en este tipo de construcción del *rapport* es la copia de las pautas respiratorias. Básicamente, el terapeuta alinea el ritmo de voz, los movimientos o su propia respiración en concordancia con el ritmo respiratorio del paciente.

Algunas de las modalidades de la intervención en la pauta que habitualmente utilizaba Erickson para la *modificación de las pautas existentes* eran:

- ▲ *Cambiar la frecuencia / velocidad del síntoma o de la pauta-síntoma.* Un ejemplo para mostrar esta modalidad es cuando en uno de los casos de Erickson, un muchacho retardado de 17 años, poco tiempo antes de internado en una escuela, desarrolló un síntoma que consistía en agitar rápidamente el brazo derecho delante de sí, a una velocidad de 135 veces por minuto (Erickson había tomado el tiempo). Erickson consiguió que el muchacho aumentara

esa velocidad a 145 veces por minuto. Durante cierto lapso, y bajo la supervisión de Erickson, de nuevo se redujo la velocidad a 135; después se aumentó a 145, y a continuación fue reducida e incrementada, alternando un aumento de 5 veces por minuto y una reducción de 10 veces por minuto, hasta que el movimiento quedó eliminado ( Rossi, 1980 en O'Hanlon, 1987).

- ▲ ***Cambiar la duración del síntoma o de la pauta – síntoma.*** Un paciente de Erickson que experimentaba delusiones de viajes extracorpóreos aprendió a realizar esas “travesías” en un pequeño tiempo de reloj; por ejemplo, en tres minutos disfrutaba de un viaje alucinatorio de tres meses a su castillo en el fondo de mar. Desde luego, como consecuencia de esto perdía menos tiempo de trabajo y les parecía más “normal” a los otros ( Rossi, 1980 en O'Hanlon 1987).
  
- ▲ ***Cambiar el momento (del día, de la semana, del mes, del año) del síntoma o de la pauta-síntoma.*** Por ejemplo, una mujer que sufría asma sólo ciertas estaciones del año, se sorprendió cuando Erickson pudo inducir un episodio “fuera de temporada”, en el consultorio, mencionándole cartas que ella había recibido del padre (Rossi, 1980 en O'Hanlon 1987).
  
- ▲ ***Cambiar la ubicación (en el cuerpo o en el mundo) del síntoma o de la pauta – síntoma.*** Un caso que atendió Erickson y que ejemplifica el cambio de la ubicación en el mundo es, cuando una mujer que blasfemaba compulsivamente (síndrome de Tourette) lo hacía en voz alta cuando manejaba a solas su automóvil con la radio a todo volumen, y en ninguna otra ocasión. Otro ejemplo que muestra el cambio de la ubicación del cuerpo es el siguiente: Erickson atendió a un niño de seis años que se succionaba el pulgar -sólo el pulgar izquierdo-. Le dijo que estaba siendo injusto con los otros dedos, pues no le dedicaba el mismo tiempo. Le indicó que también se succionara el pulgar derecho, y, finalmente, cada uno de sus otros dedos. Erickson remarcó que en cuanto el niño dividió la succión entre los dos pulgares, el hábito se redujo en un 50 por ciento ( Rossi, Ryan y Shaarp, 1983, pág. 117 en O'Hanlon 1987).

- ▲ ***Cambiar la intensidad del síntoma o de la pauta – síntoma.*** A una mujer que padecía el síndrome de Tourette, de insultos y gesticulación violentos e involuntarios, se le dijo que practicara blasfemando en voz muy baja, de modo que sólo ella pudiera oírlo, y convirtiendo los gestos en movimientos más cotidianos, menos notables (Rossi, 1980 en O'Hanlon 1987).
  
- ▲ ***Cambiar alguna otra cualidad o circunstancia del síntoma.*** Un hombre que fue a ver a Erickson se quejó de que sólo podía orinar a través de un tubo de madera o hierro de 20 a 25 centímetros de largo. Erickson le dijo que usara una caña hueca de bambú un poco más larga, y que después de cierto tiempo empezara a cortarla gradualmente hasta que quedara de unos 12 centímetros. A continuación hizo que el paciente siguiera cortando la caña, hasta que dejó de necesitarla (Haley, 1985, en O'Hanlon 1987).
  
- ▲ ***Cambiar la secuencia (el orden) de los acontecimientos que rodean al síntoma.*** Un ejemplo, es cuando una pareja le solicitó a Erickson para atender dificultades matrimoniales. Juntos manejaban un pequeño restaurante, y tenían disputas continuas acerca de la mejor manera de hacerlo. La mujer insistía en que el esposo debía hacerse cargo, mientras ella se quedaba en el hogar, pero temía que, sin su supervisión, el hombre arruinara el negocio. De modo que seguía trabajando con el marido, y continuaban peleándose. Erickson les asignó la siguiente tarea: por la mañana, el esposo iría al restaurante media hora antes que la mujer. Así se hizo, y entonces, cuando la esposa llegaba, el hombre ya había cumplido con muchas de las irremplazables funciones de ella. La mujer empezó a llegar más tarde cada mañana, a retirarse antes de la hora de cierre, y terminó yendo muy pocas veces al negocio. Las disputas cesaron (Haley, 1973, en O'Hanlon 1987).
  
- ▲ ***Crear un corto circuito en la secuencia, por ejemplo, un salto del principio al final.*** Erickson atendió a un joven con miedo a viajar, ya que sólo podía manejar dentro de los límites de la ciudad. En caso contrario, vomitaba, y después se desvanecía. Erickson sugirió que hiciera el viaje a las tres de la madrugada, con su mejor ropa. Al llegar al límite, debía detener el automóvil y correr a la zanja de poca profundidad que había junto al camino. Allí tenía que detenerse hasta que desaparecieran la náusea y el desvanecimiento. Después se pondría de pie, manejaría hasta el siguiente poste telefónico y repetiría los gestos. El hombre

cumplió, pero a hacerlo se irritó tanto contra Erickson y contra la locura del procedimiento, que decidió limitarse a volver al auto y disfrutar manejando. Treinta años más tarde seguía exento de síntomas (Haley, 1973, Rossi, 1980, en O'Hanlon 1987).

- ▲ **Interrumpir o de alguna otra manera impedir que se produzca toda la secuencia, o parte de ella (descarrilamiento).** Por ejemplo, Erickson supervisó un caso de Zeig, en el cual el paciente con dermatitis se rascaba mientras estaba dormido, con lo cual se interrumpía el sueño del propio paciente y de su mujer. Erickson le aconsejó a Zeig que le dijera al hombre que se envolviera cada dedo con una cinta, antes de acostarse. Zeig protestó aduciendo que se trataba de un problema de larga data. Erickson le contestó: “Dígale que se consiga una buena cantidad de cintas”. Y la intervención tuvo éxito (O'Hanlon, 1987).
  
- ▲ **Agregar o suprimir por lo menos un elemento en la secuencia.** *Una mujer sufría de alucinaciones auditivas. Erickson hizo que escribiera todo lo que las voces le decían (O'Hanlon, 1987).*
  
- ▲ **Hacer que se presente la pauta – síntoma, excluyendo el síntoma.** Por ejemplo, cuando una enfermera solicitó la ayuda de Erickson, ya que la mujer presentaba severos dolores de cabeza y una pauta típica asociada con ellos. El dolor le sobrevinía después de una perturbación emocional que por lo general suponía que se había mostrado pendiencia con sus colegas. A continuación del dolor de cabeza aparecían movimientos espasmódicos, hablaba con su voz aguda y de modo sarcástico y desagradable a quienes estaban con ella. Por medio de la hipnosis, Erickson pudo sugerirle que experimentara los concomitantes emocionales y conductuales de los dolores de la cabeza, pero sin el dolor ( por ejemplo que después de la perturbación emocional siguiera el sueño ( Rossi, 1980 en O'Hanlon ).
  
- ▲ **Vincular la aparición de la pauta – síntoma con otra pauta** - habitualmente una experiencia indeseada, una actividad evitada, o una meta deseable pero difícil de obtener (“tarea condicionada por el síntoma”). Por ejemplo, un hombre que quería dejar de fumar, Erickson le dijo que cada vez que encendiera un cigarrillo tenía que depositar monedas por un valor equivalente en un tarro (Gordon y Meyers-Anderson, 1981, en O'Hanlon, 1987).

Otra concepción principal que utilizaba Erickson para intervenir en las pautas era el establecimiento de pautas nuevas. Por lo tanto a continuación se detallarán algunas técnicas típicas que ayudaban a establecer pautas nuevas: por ejemplo la técnica que Erickson empleaba comúnmente consistía en establecer un hábito o una tendencia al acuerdo en pacientes o auditorios, para hacerlos más receptivos a las ideas y a la cooperación. A esto le llamaba “*tendencia en sí*”, esto es, en una entrevista, podía formular una serie de preguntas que él sabía que con toda probabilidad tendrían una respuesta afirmativa. Por ejemplo: “¿usted procura mi ayuda para encarar un problema, no es así?”. Después de varias preguntas de este tipo, planteaba un interrogante cuya respuesta no era tan obvia, pero que tenía una gran importancia, y que Erickson quería que el sujeto contestara también de modo afirmativo: Y a usted le gustaría entrar en trance ¿no es así? Otra técnica era la *tendencia invertida* que radica en hacer que los sujetos o paciente nieguen con la cabeza cuando la respuesta es “no”. Por lo general, esto tenía varios efectos. El primero y principal era la confusión. Hay que pensar un poco para invertir la respuesta habitual de toda una vida. Cuanto más desconcertantes eran las preguntas, y mayor la rapidez con que se las presentaba, más probable resultaba que el sujeto quedara muy confundido. Esta era una de las metas de Erickson al inducir un trance: confundir y distraer la vigilancia consciente del sujeto y sus limitaciones autoimpuestas, de modo que pudieran emerger nuevas experiencias. Otro efecto era que la persona quebrara una pauta antigua y establecía una nueva, lo cual, como hemos visto, resultaba coherente con la metas de Erickson en la terapia. Ello podía verse como un mensaje indirecto o paralelo a la persona con respecto al síntoma: si una pauta habitual puede cambiar, también lo puede otra (la pauta- síntoma). Esta técnica establecía una fisura o una desconexión entre el pensamiento y la acción del sujeto. También a esto se lo puede ver como un mensaje paralelo: su pensamiento no tiene porque determinar su conducta en esta área ni en el área del síntoma. Por último, Erickson estableció otra técnica llamada “*tendencia al no*”, en virtud de la cual el cliente discutía todo lo que se le decía. Entonces Erickson se limitaba a ordenarle que hiciera lo opuesto de lo que Erickson quería.

## **Aportaciones de Erickson a modelos terapéuticos:**

En el trabajo de la *Terapia breve MRI* se hace uso de la “utilización”, por medio de la postura del paciente -su lenguaje, sistema de valores, actitud ante el problema, la terapia y el terapeuta- para persuadirle de que lleve a cabo la intervención sugerida por el equipo.

La *Terapia centrada en soluciones*, perfecciona le “utilización” empleando en el proceso terapéutico la postura del la familia para evitar posibles resistencias y postula que si el terapeuta conoce la forma en que ésta colabora, el trabajo terapéutico se optimiza.

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

## **Preguntas**

1. Explica cual es la diferencia entre la técnica de la tendencia al sí y la tendencia al no que utilizaba Erickson para el establecimiento de pautas nuevas.
2. ¿Cómo podrías explicar el término de utilización?, partiendo de la idea de que es un principio central en la terapia ericksoniana; así como una característica distintiva de su planteamiento.
3. A que se refiere Erickson cuando habla de bio- rapport.
4. Menciona y explica cada una de las seis técnicas de utilización.
5. Enuncia 5 pautas de conducta y experiencia que utilizaba Erickson para el cambio.
6. Describe o explica en qué consisten los cuatro principios de la utilización.
7. Explica que son las tareas condicionadas por el síntoma.
8. Explica a qué se refiere la definición del objetivo, personalización, confección sugestiva y construcción de un proceso dinámico, en el método de utilización; en el proceso de terapia.
9. Según Erickson ¿cuáles son las tres concepciones principales para intervenir en la pauta?
10. ¿A qué nos referimos cuando se habla de que en la utilización, el terapeuta participa activamente en el proceso de cocreación del cambio que se da en el paciente?
11. Enuncia tres modalidades de intervención para la alteración o la obstrucción de la pautas y explica en que consiste cada una de ellas.

## 5. Referencias

- Abia, J. y Robles, T. (1991). *Terapia cortada a la medida*. México: Instituto Milton H. Erickson.
- Biografía de Milton H. Erikson, Internet, [http://www.cenerick.com.ar/biol\\_dr\\_erickson.htm](http://www.cenerick.com.ar/biol_dr_erickson.htm).
- Haley, J. (1973) *Terapia no Convencional. Las técnicas Psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Amorrortu: Buenos Aires, p.p 1-6.
- Hipnosis Ericksoniana, Internet, <http://www.chcpsico.com/erickson/texto.html>.
- Hughes, J., *El Sanador Herido*, Internet, <http://www.institutoerickson-madrid.com/biografia.htm>.
- Milton Erickson y la Hipnosis Ericksoniana, Internet, <http://www.Sctsystemic.com/deshiperick.htm>.
- Milton, E. (1959). *Otras técnicas clínicas de hipnosis: las técnicas de utilización*. En Procter, H (comp.) (2001). *Escritos esenciales de Milton H. Erickson*, vol. 1. Hipnosis y Psicología. Paidós: España.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Herder: Barcelona.
- O' Hanlon, B (2001). *Desarrollo de posibilidades: un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. Paidós: Barcelona.
- O' Hanlon, W. H (1987). *Raíces profundas: Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Paidós: Barcelona.
- Pacheco, M. (2001). *Breve mapa de la jungla ericksoniana y enfoques afines*. En: *Hipnópolis*. No. 10, marzo.
- Pacheco, M. (2000). *La influencia de Erickson en la terapia breve actual y el terapeuta ericksoniano hoy*. En: *Hipnópolis*. No. 4, octubre.
- Robles, T. y Abia, J. (1990). *Concierto para cuatro cerebros en psicoterapia*. México: Instituto Milton H. Erickson.
- Zeig, J. (1992). *Las virtudes de nuestros errores: un concepto clave de la terapia Ericksoniana*. En Watzlawick, P y Nardone, G. (comps.) (2000). *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Paidós: España.

## **Producto Tecnológico II**

### ***PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE RAÍCES PROFUNDAS DE O'HANLON***

***Figuroa F. Betzabé A., González V. Julieta., Mendoza R. Guadalupe,  
Morales N. Virginia, Ruíz G. Miguel***

El objetivo del presente producto fue establecer un conocimiento amplio, sobre el modelo terapéutico de Erickson, por medio de un cuestionario que se enfocaba en temas como: introducción a la Obra de Erickson, intervención en la pausa, separación y vinculación, comunicación paralela, implicación, intervención en el Encuadre, ambigüedad, sistematizaciones de la terapia y la hipnosis de Erickson. A continuación se presenta un resumen de las preguntas diseñadas, con la finalidad de ejemplificar la generalidad del trabajo.

## **1. Introducción a la Obra de Erickson:**

### **1. ¿Cuáles son las bases de la concepción de Erickson?**

- a) Hipnosis, comunicación y terapia.
- b) Comunicación directa e indirecta.
- c) Orientación naturalista, orientaciones directa e indirecta, responsividad, orientación de utilización y orientaciones de presente y futuro.
- d) Hipnosis, observación y flexibilidad.

### **2. ¿A que se refería Erickson con Orientación Naturalista?**

- a) Como a todas aquellas capacidades naturales con las que todo ser humano cuenta para resolver sus dificultades.
- b) Específicamente a la habilidad natural de todo ser humano para experimentar estados de trance.
- c) A la naturalidad con que el terapeuta debe llevar una conversación en terapia.
- d) Al proceso natural de cambio que todo paciente experimenta al asistir a terapia.

## **2. Intervención en la Pauta:**

### **1. Erickson observó que la conducta y el pensamiento de las personas están pautados con rigidez, por lo tanto llegó a la conclusión de que:**

- a) El cambio requiere de un tiempo indefinido
- b) Las pautas son modificables
- c) El cambio es imposible
- d) Las pautas son difíciles de cambiar

### **2. Una de las tres concepciones principales para intervenir en las pautas es:**

- a) La sincronización de los ritmos biológicos
- b) La utilización del síntoma
- c) El mantenimiento de las pautas
- d) La alteración o la obstrucción de pautas

## **3. Separación y Vinculación:**

### **1. Es la propensión natural de las personas a trazar distinciones...en donde un universo se origina cuando un espacio es dividido o apartado...rastreado el modo en que representamos esa división, podemos empezar...a ver cómo las leyes generales de nuestra propia experiencia se desprenden inexorablemente del acto original de división, hablamos de:**

- a) Utilización
- b) Vinculación
- c) Separación

d) Distinciones

**2. Es una técnica para lograr la separación terapéutica, la cual consiste en presentar al paciente por lo menos dos opciones, que conducen por igual al resultado deseado:**

- a) Disociación
- b) Ilusión de alternativas
- c) Oxímoron
- d) Vinculación

#### **4. Comunicación Paralela:**

**1. ¿A qué se refiere el término de Comunicación Paralela?**

- a) A la tendencia del terapeuta de abordar simultáneamente dos niveles distintos de comunicación.
- b) A la técnica que se refiere a hablar de un tema para referirse a otro de manera indirecta.
- c) A la técnica que emplean un terapeuta y co-terapeuta al referirse a temas distintos simultáneamente.
- d) A la técnica del abordaje directo de los aspectos contradictorios relacionados con la comunicación de los pacientes.

**2. ¿Qué elementos se incluyen dentro del rubro de Comunicación Paralela?**

- a) Los chistes, los acertijos, los juegos de palabras, los relatos, las analogías y las metáforas.
- b) Las paradojas comunicacionales, los relatos, la comunicación digital y la analógica.
- c) Las habilidades comunicacionales del terapeuta y las del paciente.
- d) Los niveles de comunicación digital y analógica.

#### **5. Implicación:**

**1. Cuando Erickson hablaba de implicación se refería a:**

- a) A la comunicación terapéutica verbal y no verbal.
- b) A la comunicación terapéutica analógica
- c) A la comunicación terapéutica digital
- d) A las técnicas

**2. Erickson define a la presuposición como:**

- a) El empleo del lenguaje, las acciones del paciente que involucran el presente.
- b) El empleo del lenguaje, las acciones y situaciones que involucran antecedentes o consecuencias.
- c) Las preguntas que provocan en el paciente respuestas más amplias y completas, evitando que sean contestadas con un “sí” o “no.”
- d) Preguntas que se realizan durante la sesión, con la finalidad de intervenir.

## **6. Intervención en el Encuadre:**

**1. Técnica terapéutica en la cual se asocia un nuevo significado con hechos que antes tuvieron otro significado:**

- a) Reencuadre
- b) Desencuadre
- c) Encuadre
- d) Intervención

**2. Se refiere a cambiar el marco o el punto de vista conceptual y/o emocional en relación con el cual es experimentada una situación, y ubicarla en otro encuadre que se adecue igualmente a los “hechos” de la misma situación concreta, modificando su significado:**

- a) Reencuadrar
- b) Desencuadre
- c) Encuadre
- d) Intervención

## **7. Ambigüedad:**

**1. De acuerdo a Erickson el propósito de la ambigüedad es:**

- a) Conseguir que los pacientes dieran forma a sus propios significados, con lo cual se los sensibiliza a las intervenciones y comunicaciones terapéuticas.
- b) Que los pacientes encuentren sus propias soluciones
- c) Conseguir que los pacientes encuentren sus propios valores e ideas
- d) Que el paciente transmita información valiosa

**2. De acuerdo a Erickson la finalidad de la técnica de la confusión es:**

- a) Superar el pensamiento racional y consciente para imposibilitar la inducción
- b) Que los pacientes encuentren sus propias soluciones
- c) superar el pensamiento racional y consciente del sujeto, con la finalidad de facilitar la inducción
- d) Utilizar palabras y acciones ambiguas

## **8. Fases de la Terapia de Erickson:**

**1. Es la fase de la terapia Ericksoniana que consiste en ganarse rápidamente la confianza y la cooperación de los pacientes:**

- a) Desarrollo de la empatía
- b) Desarrollo de rapport
- c) Encuadre
- a) Evaluación y seguimiento

- 2. Consiste en un proceso de evaluación realizado a lo largo de todo el curso de la terapia Ericksoniana, cuya finalidad es descubrir las pautas y estilos de responsividad de los pacientes:**
  - a) Reunión de información
  - b) Evaluación y diagnóstico
  - c) Descubrimiento de aptitudes
  - d) Observación continua

## **9. Elementos de las Inducciones de Trance de Erickson:**

- 1. Son los enfoques de la inducción de trance en los que se intenta que el sujeto cumpla directivas o sugerencias específicas:**
  - a) Autoritarios
  - b) Inductivos
  - c) Permisivos
  - d) Directivos
  
- 2. Son aquellos enfoques que no requieren una respuesta o precondiciones particulares para llegar con éxito al trance, sino que consiente muchas respuestas posibles y de este modo se eluden numerosos problemas de resistencia y control:**
  - a) Atribucionales
  - b) Predictivos
  - c) Autoritarios
  - d) Permisivos

## **10. Sistematizaciones de la Terapia y la Hipnosis de Erickson:**

- 1. Haley (1963) enumeró diversos elementos del trabajo de Erickson que lo caracterizan por ser:**
  - a) Estratégico.
  - b) Directivo.
  - c) Lineal.
  - d) Estructural.
  
- 2. Cuando el terapeuta tiene que incorporar y modificar las técnicas para expresar su personalidad individual; así mismo, debe adaptar esas técnicas para el tratamiento de pacientes individuales y únicos, se habla de:**
  - a) La disposición terapéutica.
  - b) En énfasis en lo positivo.
  - c) La disposición a asumir la responsabilidad.
  - d) El bloqueo de la conducta sintomática.

## Capítulo VIII: *Habilidades y competencias profesionales adquiridas.*

El programa de Maestría y Doctorado, en la Facultad de Psicología, planteó que como Terapeuta Familiar en formación debía desarrollar *habilidades Teórico Conceptuales de la Terapia Familiar Sistémica, habilidades Clínicas, Detección, Evaluación Sistémica y Tratamiento, habilidades de Investigación, habilidades hacia la Prevención, habilidades Éticas y Compromiso Social*; las cuales debían verse alcanzadas una vez transcurridos los dos años de formación. De acuerdo a lo que se esperaba en dicho programa, puedo referir que en relación a las **habilidades teórico conceptuales**, conocí, entendí y asimilé conceptos básicos como: cambio de primer orden, cambio de segundo orden, ciclo vital de la familia, la circularidad durante la sesión terapéutica, hipótesis circular, diseño y aplicación de preguntas circulares, coalición en el sistema familiar, comunicación analógica o no verbal, comunicación digital o verbal, doble vínculo y su establecimiento, connotación positiva, contexto terapéutico, qué efecto tienen las crisis en el origen de la sintomatología, los diferentes tipos de familias; su definición, los tipos de estructura familiar. Establecer un diagnóstico, conocer y familiarizarme con el diseño del genograma familiar; así como su interpretación. Diseñar hipótesis sistémicas, entender a que nos referimos al hablar de la homeostasis, que es metacomunicación, identificar los mitos familiares, entender a que nos referimos con morfogénesis y morfostasis, asumir que la neutralidad es uno de los pilares; sobre los que se ha de asentar la sesión de terapia familiar, entender qué es un sistema abierto y un sistema cerrado.

Detectar el establecimiento de alianzas en el proceso de terapia, en los sistemas y subsistemas de la familia; derivadas del tipo de interacción que se establece, en el proceso de terapia como parte de la intervención establecida, así como, las interacciones y afectividad que liga a cada uno de los miembros de la familia para establecer dicha dinámica. Cómo se establece la triangulación en el sistema familiar, cómo se produce un triángulo perverso. Conocer el rol de la autoridad en la familia, lo cual implica una jerarquía. Así como, comprender que algunas líneas básicas de los modelos de la Terapia Familiar muestran como ejes: marcar límites, jerarquías, reestructurar (Terapia Estructural – Salvador Minuchin); la devolución de problemas para incitar a la familia a resolver sus problemas por sí mismos, identificar las secuencias patológicas que no deben repetirse porque son estériles (Terapia Estratégica – J. Haley); conseguir un juego limpio, marcar

un territorio propio, encauzar el uso del poder y utilizar la paradoja (Terapia de Milán – M. Selvini); aprender a comunicar (V. Satir); desarrollar soluciones para la situación sintomática que resultan infructíferas, se apoya en la utilización de la postura del paciente y de sus familiares ante el problema, la terapia y el terapeuta (Modelo Terapia Breve de Palo Alto-MRI); averiguar cuáles son las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los clientes, cuáles son las excepciones a la misma, dedicar el menor tiempo posible en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean (Modelo de Terapia Orientado a Soluciones); conseguir la construcción de “nuevas historias”, “nuevos relatos”, al lograr tener una nueva visión de la realidad que afecta a la familia (Terapia Posmoderna).

Lo cual me permitió entender el procedimiento para iniciar cada uno de los procesos terapéuticos, tomando en cuenta que el discutir, analizar y aplicar la epistemología y los modelos teóricos, me permitió depurar lo que al término de la formación sería aplicar los conocimientos y mi estilo de dar terapia, entender qué era lo que iniciaba y desarrollaba cada vez que ingresaba al espacio terapéutico, así mismo, el adquirirán lenguaje común, desde los diferentes modelos, que me llevó a identificar y establecer las diferencias características de los modelos terapéuticos, para así definir la depuración y mejoramiento de mis herramientas de trabajo. Asumir que mi pensamiento lineal terminaba y me introducía a un pensamiento sistémico, en donde cada uno de los integrantes de la familia, jugaba un rol tanto para mantener como para no mantener la sintomatología, por lo que, lo que en un principio se puede tomar como el adquirir nueva información, al término de mi formación, se volvió una herramienta básica para mi desempeño laboral.

A lo anterior le integro las **habilidades clínicas, detección, evaluación sistémica y el tratamiento**, a que me refiero con esto, fue necesario que a la par de la información, manejara con mayor habilidad el proceso de *entrevista*, tanto de manera individual, en pareja o familiar, **identificar** cuál era o eran las dificultades que la familia presentaba de manera clara, que a su vez me permitiera establecer una **evaluación sistémica**, que me llevaba a delimitar *objetivos* e *hipótesis* de trabajo, que requerían en ocasiones replanteamientos nuevos, para poder establecer estrategias de **intervención** o **tratamiento** funcionales para la familia; tomando en cuenta todo el contexto familiar, a cada uno de los integrantes de la misma, sus redes sociales, su forma de comunicarse y el establecimiento de soluciones poco eficaces. Un factor que en cada uno de los

procesos debía ser identificado, era el ciclo vital en el cual la familia se encontraba, así como los contextos que bloqueaban la resolución de sus diferencias. Algo que considero forma parte fundamental de mi formación en ésta área, es el haber aprendido a trabajar en equipo, escuchar la diversidad de opiniones, establecer acuerdos aún en las diferencias, experimentar el trabajo en coterapia, conocer cuáles eran mis debilidades, que limitaban mis capacidades, para así poder hacer algo diferente. Vivir la experiencia de tener como apoyo tanto a la supervisora como al equipo, fue algo que enriqueció la visión que tenía de las dificultades en las familiar, entenderlas con mayor apertura y por ende tener un abanico de posibilidades mayor. Toda esta experiencia, me permitió trabajar con los subsistemas y sistemas, delimitando mi preferencia a trabajar con parejas y la familia completa, rompiendo con el pensamiento de la familia, de que sólo el portador del síntoma era quien tenía que cambiar. Ser la terapeuta que llevaba el caso me permitió desarrollar e integrar estas habilidades, las cuales fueron depurándose al observar el trabajo de mis compañeros, siendo yo parte del equipo atrás del espejo.

En lo concerniente a las *habilidades de Investigación*, considero que fue un aspecto una tanto limitado, ya que no pude culminar mi proyecto de investigación, dada la dimensión del mismo, mi foco de interés fue al maltrato psicológico hacia los varones, para dicho proyecto fue necesario aprender a depurar elementos como: el título de la investigación, los objetivos a trabajar, la justificación de la misma, desarrollar un marco teórico que respaldara mi foco de interés y el método de investigación. Para lo cual, me adentré en el planteamiento del problema e hipótesis de trabajo, la identificación de mis variables, desarrollar tanto le definición conceptual y operacional de las variables, así como sus dimensiones, a todo esto le integré lo adquirido en los modelos de medición en las ciencias sociales, permitiéndome definir el tipo de muestreo a desarrollar, para lo cual definí la población, la muestra, la forma de selección, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, tipo de estudio, tipo de diseño, conocer los tipos de instrumento diseñados de acuerdo al tema trabajado, tipo de diseños, instrumentos y materiales a emplear, además de la escala que me permitiera evaluar el maltrato psicológico en los hombres. El desarrollar el proyecto, a lo largo de los dos primeros semestres me permitió llegar hasta las etapas de la elaboración de la escala, aprendiendo así, a diseñar los reactivos, establecer la validación interjueces y el análisis estadístico, obteniendo finalmente un instrumento final, el cual debe ser nuevamente trabajado y modificado, ya que se detectaron algunas deficiencias

importantes, que pueden no arrojar información verídica, de acuerdo al tema de interés (ver anexo # 4).

También en el área de investigación, tuve la oportunidad de aprender a manejar el “modelo observacional”, dicho modelo lo trabajé para detectar la “Dificultad de la pareja para comunicarse, durante la sesión de terapia”, esta experiencia me permitió rescatar elementos conductuales como: expresión corporal, expresión facial, el silencio, no mirarse, afirmación de la conducta verbal hacia la terapeuta, movimiento de cabeza negando, girar cabeza hacia terapeuta, la mirada de alguno de los integrantes de la pareja dirigida intencionalmente hacia el otro, movimiento de extremidades superiores, movimiento de extremidades inferiores, manos empalmadas, todo movimiento que implica a la cabeza en donde puede ser levantada, inclinada, moviéndola de un lado a otro, arriba hacia abajo, girar en dirección opuesta a la persona que le habla, movimiento en silla, señalarse, voz, involucrar en la comunicación, llanto, groserías, falta de movimiento y tensión general. Los cuales se relacionaron directamente con la interacción y la conflictiva de la pareja, y que en muchas ocasiones pueden pasar desapercibidas y por ende perder la importancia en el contexto terapéutico.

El poder detectar estos elementos que mantenían a la pareja en la circularidad del conflicto, el modelo observacional me brindó la opción de establecer procesos de evaluación, que me permitieran mejorar las técnicas de intervención terapéutica y por ende, intervenciones más efectivas, ya que como terapeuta podría identificar y centrarme en puntos más específicos. En dicho trabajo se planteó como **prospectiva** que en esta nueva experiencia, era muy importante afinar aún más el conocimiento teórico, a través de otras investigaciones y sus aplicaciones en el campo de la terapia familiar, ya que a veces los terapeutas podríamos dejar de ver los pequeños detalles que dan información basta. Considerando que el aspecto práctico del modelo podría permitirme afinar el proceso observacional y para lograr afinar mi desempeño en dicho modelo, queda como propuesta correr la segunda parte de la investigación, ya que a partir de ello, se aportarían nuevos elementos y corregir los errores cometidos a lo largo de todo el trabajo (ver anexo # 5).

En lo referente a las *habilidades hacia la Prevención*, participé en la elaboración y aplicación de un taller, para la comunidad universitaria (ver anexo intervención comunitaria), en dicho taller se pudo delimitar un objetivo de trabajo, establecer una metodología, la cual permitió establecer un procedimiento, para así aplicar un modelo teórico a la comunidad y concretar un programa dirigido a la resolución de problemas; esto desde el Modelo de Terapia Centrado en Soluciones, logrando así, darle una aplicabilidad a la formación del terapeuta en diversos campos.

En las *habilidades Éticas y el Compromiso Social*, logré adquirir una postura más crítica hacia mi desempeño, mayor compromiso para estar constantemente capacitándome, entender que ante todo, el trabajo de un terapeuta es directamente con seres humanos, los cuales te consultan porque por sí solos no están encontrando soluciones funcionales a lo que viven y que sufren su vivencia, por lo que, como terapeuta es básico respetar el sentir de cada uno, tener una escucha para todos y cada uno de los asistentes, además de que como terapeuta se debe tener un autoconocimiento, el cual permita identificar, dentro de los elementos que trae el cliente en su problemática, aquellos que pudieran ser factores no trabajados por el terapeuta; todo ello con la finalidad de diferenciar las dificultades en la vida del profesional, de las del cliente, para que no interfirieran en el desempeño de su trabajo, y poder llevar a las familias que le consultan a una cotidianidad más funcional, sin entrelazar las historias de vida, lo cual a mi ver, el que el terapeuta no identifique sus dificultades como persona, podrían disminuir el desempeño como profesional de la salud. Ríos (2003), refiere que “*el cliente debe ser nuestra primera obligación*”, pero para que esto sea viable habría que defender “*como primera obligación*” *la formación continua, profesional y ética del terapeuta*. De tal modo, que se consiga que el paciente nunca sufra menoscabo y no sea víctima de la mala práctica del profesional, por lo que, el terapeuta debe salvaguardar *su competencia y profesionalidad*.

Desde otro punto de vista ético, nuestro rol como terapeuta, debe cubrir la capacidad para ofrecer respuestas eficaces, con frecuencia inquietantes, en consonancia con los valores y normas que propugna la profesión (Urraca, 1997; en Ríos 2003), además de ser personas *técnicamente competentes*, obligándonos a considerar y asumir la evolución de la ciencia y la práctica en el ámbito en el cual nos decimos ser expertos. De hecho, considero que es trascendente que el terapeuta, y en general el profesional de la psicoterapia, desarrolle sus conocimientos desde una

postura científica, empleando la investigación, tal como es citado en los “*Principios éticos y Código de conducta de la Asociación de Psicología Americana*” (APA, 1992, cit., en Ríos, 2003).

Finalmente, retomo lo que menciona Guy (1995), él refiere que la decisión de llegar a ser y seguir siendo psicoterapeuta refleja un compromiso con algo más que un conjunto de suposiciones teóricas y técnicas profesionales, también implica algo más que la adopción de un rol claramente definido. Ya que, la vida del psicoterapeuta expresa una interrelación exclusiva entre “llegar a ser” y “ser”, en si, es comprometerse con una tarea vitalicia de desarrollo profesional y desenvolvimiento continuo de uno mismo y de los demás, por lo que, el esfuerzo por actualizarnos refleja tanto un sentido del deber, como una pasión interior, una vocación y un destino, aceptando la tarea, con una resolución y una dedicación que trasciende las limitaciones y las desventajas inherentes al nuestro rol como psicoterapeutas.

*¿Quiénes harán lo difícil?  
Los que puedan.  
¿Quiénes harán lo imposible?  
Los que quieran*

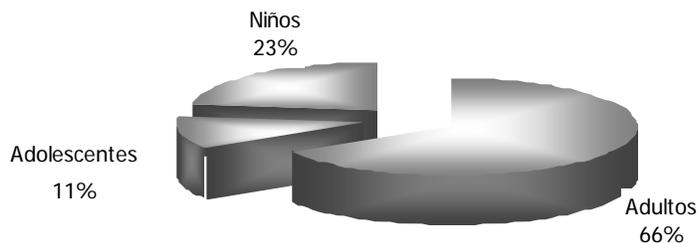
Proverbio japonés

## Capítulo IX: Consideraciones finales.

### *Incidencia en el campo psicosocial, a lo largo de la Formación del Terapeuta Familiar*

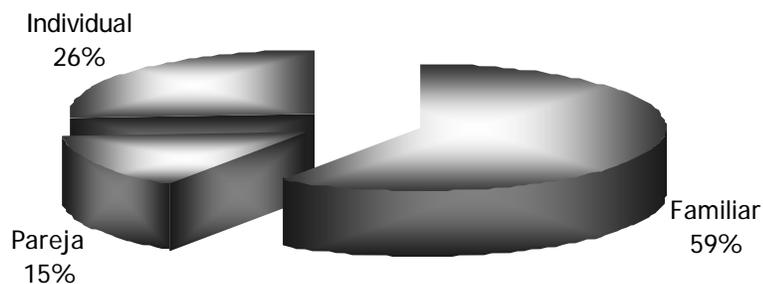
A continuación se muestra un resumen del tipo de población a la cual se le dio atención psicológica, a lo largo de la formación como Terapeuta Familiar, en el Centro de Servicios Psicológicos, Dr. Guillermo Dávila – Facultad de Psicología, UNAM.

#### *Total de Personas Atendidas en Psicoterapia*



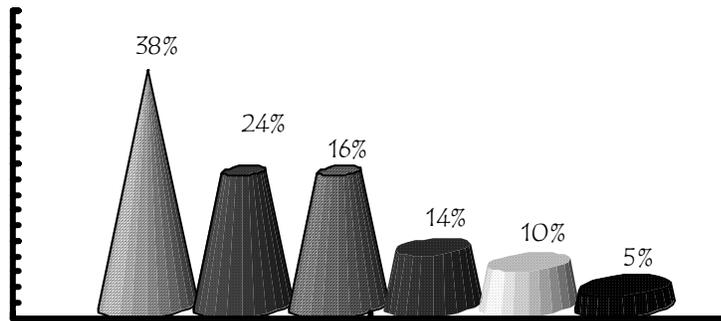
Como se puede observar, se atendieron a **286** personas, y se impartieron **603** sesiones de psicoterapia en total.

#### *Tipo de Tratamiento*



*Se realizaron 96 tratamientos psicoterapéuticos, los cuales incluyeron las tres diferentes modalidades.*

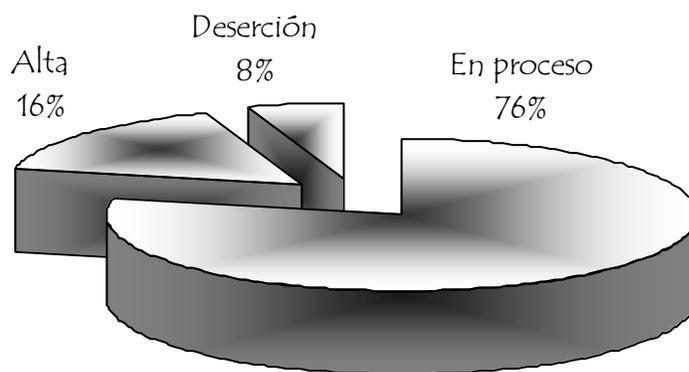
### *Motivos de consulta más frecuentes*



- Problemas de Pareja
- Problemas de comunicación familiar
- Bajo rendimiento escolar y problemas de conducta de niños y adolescentes
- Abuso sexual y violencia
- Alcoholismo y adicciones
- Depresión

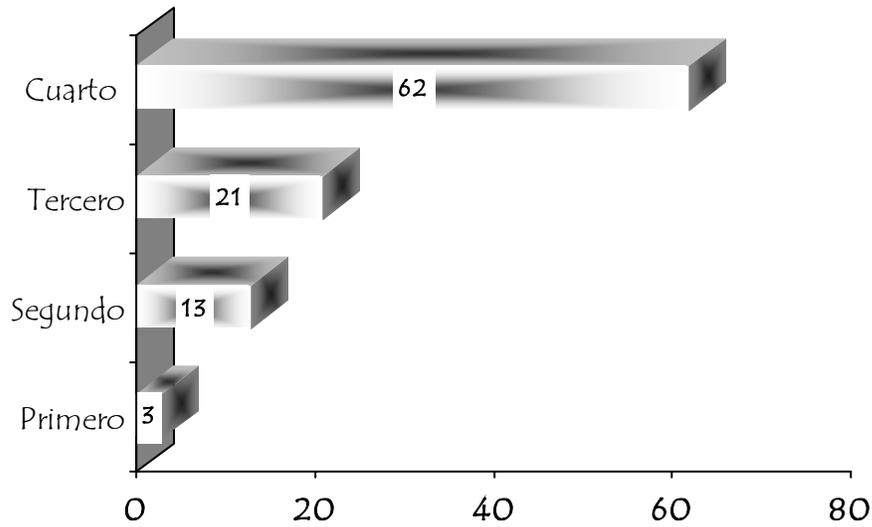
De acuerdo a los proceso, se calculó que cada solicitante de psicoterapia, recibió un promedio de 8 sesiones.

### *Fases de la Terapia*



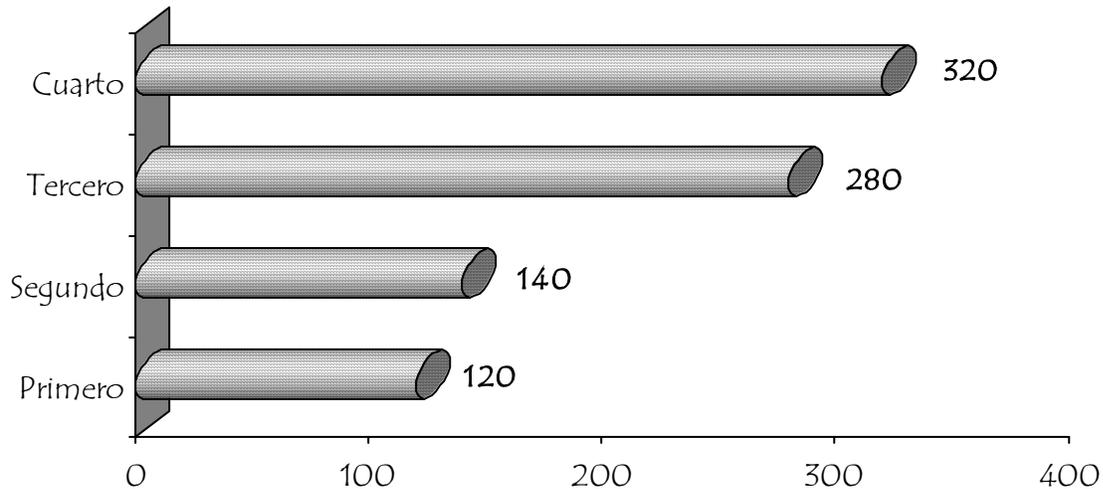
Para el cuarto semestre, de 99 solicitudes de psicoterapia solo 5 habían desertado, y 15 ya habían concluido el tratamiento.

### *Atención de familias por semestre*



La cantidad de familias atendidas por semestre fue aumentando, lo cual implicó que el Terapeuta en formación fue adquiriendo mayor experiencia, esto a su vez permitió identificar la oferta y la demanda del servicio, así como, la posibilidad de aplicar nuevos modelos de intervención.

### *Horas de supervisión en vivo*



Al culminar el proceso de formación como Terapeuta Familiar, se tuvieron un total de **860** horas de supervisión, bajo diferentes modelos de terapia y con 7 diferentes supervisores, integrando las supervisiones en vivo y las supervisiones narradas.

El *comportamiento de la población*, de acuerdo a la experiencia vivida, fue posible observar que la preocupación por recibir atención psicológica y la búsqueda de cambios, fue en la mayoría de los casos, por parte de la mujer (dificultades en la pareja, problemas en la comunicación, alcoholismo y adicciones). Los niños y los adolescentes, fueron llevados a terapia en su mayoría por ambos padres, por un problema específico (bajo rendimiento académico y problemas de conducta, abuso sexual y violencia), sin embargo, los hombres se mostraron ausentes en los procesos terapéuticos, aún en los casos de terapia de pareja, ya que fueron, nuevamente las mujeres, quienes mostraron mayor permanencia en los mismos.

Otros motivos de consulta que tuvieron menor incidencia, pero aún así tuvieron igual importancia, que los citados anteriormente, fueron la depresión, elaboración de duelo por la pérdida de un familiar, baja autoestima y violencia intrafamiliar, por lo que, se pudo concluir que las demandas de las familias no son unifactoriales, al contrario, las dificultades por las cuales pasaron las familias involucraron diversas conflictivas, las cuales se encontraron interrelacionadas, considerando a algunas de las familias, familias con múltiples problemas, por lo que fue importante considerar que el papel y las habilidades del Terapeuta en Formación, jugaron un papel importante en cada uno de los procesos realizados, ya que para poder establecer el alta de las familias, fue necesario un trabajo en conjunto, entre el terapeuta que encabezó el proceso terapéutico, el o la supervisora, el equipo atrás del espejo y la familia misma, factor primordial para llevar a cabo cada uno de los procesos y por ende, la posibilidad de establecer cierres en los procesos terapéuticos. La diferencia en la cantidad de familias atendidas, a lo largo de los semestres, requirió mayor número de horas de supervisión, así como horas de trabajo para cada uno de los terapeutas, ya que como fue de esperarse, se desarrolló mayor posibilidad y capacidad, para cubrir la demanda de las familias, es importante mencionar que, las bajas del servicio de terapia familiar, pudieron estar relacionadas con el hecho, de que algunas solicitudes llevaban entre seis y ocho meses en lista de espera.

La experiencia de haber estado en formación, me permitió entender que la función de un terapeuta no se limita al espacio terapéutico en un consultorio, sino que la aplicabilidad de los conocimientos adquiridos permite intervenir en procesos de prevención y apoyo a comunidades que no se integran a un proceso terapéutico como tal, es decir, también se pudieron desarrollar

programas aplicables a comunidades específicas (atención y prevención comunitaria), así como, plasmar la extensión del conocimiento (productos tecnológico), desde temas de interés muy particular, para así seguir reproduciendo y explotando un campo de trabajo, que va en crecimiento no sólo en lo teórico, sino también en la demanda.

### *Análisis y Conclusión de los Resultados Terapéuticos*

Se pudo observar que la población adulta fue quien asistió a terapia con mayor frecuencia, de las cuales, quienes se mantuvieron hasta el cierre de los procesos fueron las mujeres, mientras que los hombres asistieron de 1 a 3 sesiones, aún y cuando si se presentaron casos en los que éstos culminaron el proceso junto con su pareja. Se observó claramente que los infantes fueron los más sintomáticos en el sistema familiar, esto por encima de los adolescentes. Fue posible reconocer el proceso terapéutico como un sistema, donde el terapeuta formó parte del mismo. El 75% de la población atendida durante los dos años, al cierre del ciclo de formación, aún se encontraban en proceso terapéutico, por lo cual, requirió extender la prestación del servicio, hasta dar de alta todos los casos. Por lo que se puede considerar que para el término de los 2 años, el 16% de los casos habían concluido su tratamiento, y que el promedio de sesiones osciló entre 15 a 20, y el índice de deserción fue del 8 %.

El incremento en la atención a las familias fue notorio, tomando en cuenta el semestre en formación, es decir, de 1 familia que se atendió en el primer semestre, para el 4 semestre su aumento fue del 100 %, por lo que en el primer semestre se atendieron 3 familias y en el último semestre el servicio ascendió a 63. Dichos procesos se vieron acompañados por el proceso de supervisión, tanto en vivo como en supervisión narrada, por lo que, el incremento fue de 120 horas en el primer semestre, a 320 horas en el cuatro semestre. A su vez, el trabajo del terapeuta en formación se vio apoyado, también en función del número de modelos de intervención que se fueron revisando en este caso, fueron 2 modelos teóricos en el primer semestre y 4 modelos teóricos, para el último semestre.

En lo que se refiere al total de casos atendidos como terapeuta, se dio de alta al 83% (5 casos), mientras que el 16% (1 caso) se le dio de baja del proceso por inasistencia, sin embargo, se pueden

observar que al cierre de cada uno de los procesos, las familias no sólo habían resuelto la problemática que los llevó a solicitar el servicio, sino que, además, lograron identificar sus recursos y hacer un mejor uso de ellos, mayor entendimiento y claridad ante lo que vivieron como familia, se mostraron capaces de entender cómo cada uno tenía un rol específico que los llevó a mantener, previo el proceso terapéutico, sus dificultades. Una vez que las familias introdujeron los cambios, les fue posible tener una comprensión sistémica de sus problemáticas, establecer procesos de comunicación y comprensión entre sus miembros de tal forma, que lograron romper con los viejos patrones de conflicto, adquirir nuevas herramientas para resolver situaciones futuras, delimitar cada uno de los roles que les permitieron relacionarse funcionalmente. En sí, las familias en cada uno de los cierres refirieron que sus vidas habían tenido un cambio total, a partir de su ingreso al proceso terapéutico y que de hecho no sólo ellos, como integrantes de la familia lo notaban, es decir, su entorno social les marcaba los cambios, llevándolos a una calidad de vida diferente a la llevada. Un factor muy importante mencionado por las familias y que influyó en sus procesos, fue el saberse observados por un grupo de terapeutas, a través del espejo unidireccional, ya que a referencia de ellos, fue algo que les hizo sentir mayor apoyo, el escuchar la opinión de más de un terapeuta les permitió sentirse escuchados y entendidos, por lo que, el equipo fue un recurso más para las familias en la resolución de sus problemas.

Hay un punto que no se puede dejar aún lado, es decir, en las familias que desertaron de los procesos, se pudo identificar que no se puede delimitar o afirmar que la técnica o modelo teórico, o en sí el manejo del terapeuta fue lo que llevó a no culminar el proceso, ya que, hay factores externos como la salud del individuo, o el hecho de que consiguieran empleo, o el tomar una decisión fuera del espacio terapéutico, era algo que no queda en manos del equipo de trabajo y/o del terapeuta, por ende, la efectividad en los procesos, es algo variado, que se puede delimitar única y exclusivamente a mi ver, en función de las necesidades de la familia que tomó el servicio, por lo que siempre será necesario particularizar el empleo de un modelo terapéutico única y exclusivamente, de acuerdo a las características y necesidades de quien solicita el servicio.

Es importante considerar que el “éxito” o “fracaso” alcanzado en cada uno de los tratamientos, llevó una correlación directa con los cambios mismos que el proceso de formación como

terapeuta familiar se requirieron, es decir, no se puede dejar de mencionar que a cada término e inicio de semestre, se daba un cambio de modelo terapéutico a trabajar, lo cual conllevó un ajuste hacia las familias, en el equipo y en la supervisión. Además, es importante comentar que de acuerdo a los cuatro factores de Lambert (1992), un 40 % de la mejora del cliente y/o paciente se debe a factores que están totalmente relacionados con él y el ambiente social (*factores del cliente*), que las *características estáticas* del individuo como la edad, género, raza y orientación social, se asocian con el entorno del cliente y su tratamiento. Las características individuales de la pareja y las familias, son variables, así como el aprendizaje individual, el compromiso de la pareja, y la cohesión familiar, y que tienen una importancia potencial en la terapia, por lo que los resultados serán mejores si existe un alto compromiso en la pareja y una obligación emocional, finalmente menciona que las *características emocionales*, ya sean de manera individual, de pareja o familiar, deben estar comprometidas en el tratamiento, éstas dependen más del paciente que del psicoterapeuta y sus acciones (Lambert, 1992; Lambert et al., 1986). Por lo que, se estima que aproximadamente el 40% de los cambios en psicoterapia son atribuidos a la operación de factores extraterapéuticos (Lambert, 1992), en cuanto a la interrelación terapéutica se ha estimado un 30%, en un 15% la orientación técnica del terapeuta, también un 15% el efecto placebo (Miller, Scout D., et al., 1997)

### ***Análisis del Sistema Terapéutico total***

Puedo hablar de que, después de los dos años de formación, el colaborar en conjunto con el equipo terapéutico, llámese equipo, no sólo al resto de los terapeutas en formación, sino también a supervisores y al terapeuta mismo, creó un recurso viable, para mí, como terapeuta, en beneficio de cada uno de los solicitantes del servicio. A su vez, el poder contar con diversas formas de supervisión, permitió enriquecer las competencias como terapeuta, dando pie a desarrollar en función de mis propios recursos, un estilo propio. El adquirir el conocimiento de los diferentes modelos (estratégico, estructural, soluciones, milán, breve, colaborativo, narrativo, integrativo) para trabajar en terapia, dio apertura a la posibilidad de desarrollar junto con los clientes, alternativas de cambio relacionadas con su problemática. Observando así que, cada familia fue diferente, por lo tanto como terapeuta fue necesario centrarme en la relación con el cliente, dentro del marco del modelo específico de entrenamiento y considerar el proceso

terapéutico como un sistema, donde yo fui parte del mismo, y el trabajo con cada familia y sus diferentes subsistemas: conyugal, parental, fraternal e individual, me permitieron reconocer al sistema desde diferentes ópticas, reconocer las fortalezas que se fueron construyendo, con la intención de saber en donde se encontraban mis debilidades, y por ende, poder enriquecer y desarrollar, junto con el conocimiento adquirido, las capacidades necesarias para enfrentar la problemática junto con la familia. Así, cada nuevo modelo requirió de un reajuste y resignificación del conocimiento adquirido y una nueva forma de intervención, lo cual puso a prueba mi capacidad de adaptación como terapeuta y como parte del equipo.

### ***Reflexión y análisis de la experiencia***

El desarrollo de mis habilidades (ver páginas 177-182), de acuerdo a lo esperado, se incluyen factores como el haber obtenido conocimientos teóricos conceptuales de la terapia familiar, los cuales se complementan con las herramientas clínicas como la evaluación del sistema familiar y el tratamiento. Cada uno de estos factores permitieron comenzar con nuevos procesos que permitieron, como profesional, poder compaginarme con otras habilidades, las cuales se pueden englobar en el área de investigación, en mi caso un foco de interés fue el “maltrato psicológico en los varones”, en sí, mi inquietud fue desarrollar una prueba psicométrica que me permitiera detectar el maltrato psicológico en los hombres, y de acuerdo a su análisis, identificar qué factores se encontraban directamente relacionados con dicho maltrato, así como, identificar qué persona o personas perpetuaban este tipo de maltrato, esta investigación, quedó sólo como una propuesta para continuar desarrollándose, debido a que se detectaron factores faltantes a explorar, es decir, establecimiento de relaciones de poder, problemas y/o alteraciones sexuales, quedando así, un instrumento final a modificarse (ver anexo # 4). Partiendo de dichas habilidades, también fue posible establecer herramientas que permitieran emplear programas de prevención, teniendo contacto con problemáticas y población diferente, así como, un mayor conocimiento de la aplicabilidad de cada uno de los conocimientos adquiridos.

Para mí, una de las mejores habilidades desarrolladas, fue el haber aprendido a mirar al otro no como un objeto de estudio, sino como un ser humano que está más allá de la aplicación de un modelo teórico, es ver que la persona no disfruta lo que vive, que como espejos, constantemente

se vive en un especie de cámara de Gesell, ya que ante la existencia del otro, los actos que en algunos momentos se vuelven simetrías, generan conflictos, y que a su vez, son elementos de la convivencia humana, que ante la incapacidad del individuo mismo de establecer cambios por su rigidez y/o aprendizaje de no cambio, las respuestas del otro, con quien se relaciona, pueden ser vividas como una acción reiteradamente incorrecta. Es común escuchar en voz de los solicitantes de terapia, frases o reclamos constantes como: “lo que él hace”, “lo que él dice”, “yo no estoy acostumbrada(o) a eso”, etc. Por lo que, al adentrarme a mi formación como terapeuta familiar, logré entender que muchas de las crisis generadas en el individuo, en la pareja y/o en una familia, se llevan a cabo por el hecho de aplicar modelos de aprendizaje que se consideran son los correctos, inflexibles y perpetuadores de conflicto, entre los miembros de una misma familia.

Otra de las habilidades importantes adquiridas, fue poder lograr la introducción al cuestionamiento del sí mismo, en relación con el otro, a que me refiero con esto, que el individuo mismo, aún después del proceso de terapia, adquiriera la capacidad de autocuestionarse y saber si todo lo que dice o hace, no sólo repercute en él o es beneficioso para él, que en sí, el individuo entendiera que hay una diversidad en las necesidades de los demás, así como en sus necesidades, además de identificar que sus necesidades no serán las del otro, que en ocasiones concordarán y a veces no. Rompiendo por ende con lo bueno y lo malo, y creando alternativas funcionales, para cada uno de los integrantes de la familia, la cual solicita terapia.

En sí, considero que el proceso de cambio no se puede dar, si como terapeutas no somos capaces de introducir la semilla de la reflexión y el cuestionamiento, o de la reflexión y la acción, todo dependiendo de las capacidades y necesidades de quien solicita nuestro servicio. Se que aprendí fundamentos teóricos muy importantes, modelos teóricos interesantes, estructuras metodológicas que pueden; como investigadora corroborar estadísticamente, que lo que hacemos como terapeutas es verídico, considerando que no hay mejor puntaje, que indique que hacemos y aplicamos nuestra formación como terapeutas familiares, que cuando el que solicitó nuestro servicio, dio el cambio que necesitaba y decide, finalmente ya no necesitar más a un experto, porque logró entender, identificar y explota sus recursos, logró autocuestionarse y autorregular su cotidianidad, sin repetir patrones conflictivos, y que aún y cuando se presenten recaídas, éstas se

manejarán de tal forma, que generarán menos desgaste y mayor habilidad, para superar momentos de crisis.

El generar que el cliente aprenda a cuestionarse desde la reflexión, desde la acción, desde la inflexión, desde la flexibilidad, desde el otro, desde sí mismo; independientemente del modelo teórico, es trabajar la terapia aplicada a las interacciones dadas entre seres humanos, más no, con modelos y técnicas terapéuticas, establecidas para las características de las personas.

En lo personal, trabajar como Terapeuta es un reto diario, un cambio constante, una preparación de cada momento, pero principalmente un crecimiento personal y profesional, es muy enriquecedor que, a partir de adquirir todo un bagaje de conocimiento, se puede entrar y salir de un sistema y en colaboración con el cliente o paciente, como sistema terapéutico se rompe la homeostasis, se generan los cambios y lo más deseable, quien te consulta encuentra una opción de vivir diferente y mejorar su calidad de vida, rompiendo con lo que los ha hecho sentirse “mal”.

Todo este aprendizaje lleva una parte muy importante, en la que, como Terapeuta es básico entender que establecer el cambio lleva a que, como profesionales, debemos tener el cuidado de no asumir los problemas del otro como propios, mirar lo del otro y lo propio, pero no confundirlo. Entendiendo esto, como parte de un proceso de madurez, evolución y que a la par de la cotidianidad, mantiene etapas de cambio y mantenimiento, reforzando un compromiso social y constante aplicación de la ética profesional, recordando siempre, que nuestro trabajo es con y para seres humanos que requieren un apoyo temporal, pasar así establecer un proceso de transición, tanto individual como familiar; sin olvidar, que el compromiso nunca acaba.

### ***Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo***

Para mí, el haber formado parte de los terapeutas en formación, fue una experiencia que cambió radicalmente mi vida, llevándome a un proceso de autoanálisis y trabajo terapéutico constante durante y después de mi formación, el trabajar en primera instancia con mi persona, me enseñó a entender cada uno de los roles que he desempeñado a lo largo de toda mi vida, la importancia de los mismos, identificar mis propias necesidades de cambio, así como, entender que el establecer

cambios, ser paciente, escuchar e identificar claramente qué es lo que hacemos y que no nos funciona, es una tarea ardua, que trasciende más allá del espacio terapéutico y es una labor que a veces puede ser poco fácil. Todo estos dos años de experiencia finalmente me permitieron aprender a relacionarme tanto afectiva como intelectualmente con cada una de las personas que me rodearon con gran diferencia, reforzar mis redes socioafectivas, reestablecer algunas, terminar con otras y emprender la búsqueda de nuevas.

Fielmente creo que para que nuestro trabajo pueda tener un efecto profesional, basado en la ética y compromiso social real, primero se debe iniciar con uno mismo, claro queda en la protesta que hacemos, “de lo contrario que la sociedad nos lo demande”, antes de que ello suceda, yo como terapeuta debo demandarme un equilibrio, una estabilidad afectiva y una inserción en mi sociedad, la cual llene de satisfacción cada momento de mi vida, de no lograrlo, debo de tener la capacidad de identificar que algo no anda bien conmigo y saber decir “necesito ayuda”. Esta profesión se tornó parte de mis pasiones, tal vez no sabría elegir otra profesión en este momento, lo que si se, es que he adquirido un compromiso para el resto de mi vida conmigo misma, ya que esto nunca acaba...

### *Conclusiones*

Puedo concluir que, de acuerdo a lo planteado en la estructura y organización de la Residencia en Terapia Sistémica, se logró que adquiriera la capacitación especializada, para poder ejercer mi profesión con una alta calidad en el área de la salud, desde una visión interaccional entre los individuos y los sistemas sociales en los cuales se desenvuelven, ya sea en pareja, familia o sociedad, así como, desde el construccionismo social y la narrativa, permitiéndome tomar en cuenta los diferentes contextos en lo que el cliente se desarrolla, el lenguaje y la construcción de los significados. Todo ellos, por medio del conocimiento y aplicación de diversas modalidades de intervención, de los modelos de terapia sistémica; tomando en cuenta su evolución histórica, hasta llegar a los modelos posmodernos, teniendo como base los fundamentos teóricos y filosóficos que a largo plazo, sustentarían mi trabajo.

## Bibliografía

- ▲ Almagro, D. Francisco (1996). *Tendencias actuales y futuras de la terapia de familias*. Revista Cubana Medicina General Integral 1996;12(3). Dirección: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12\\_3\\_96/mgi15396.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_3_96/mgi15396.htm)
- ▲ Andersen, T. (1994). *El Equipo Reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Gedisa: Barcelona.
- ▲ Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). *Human systems and linguistic systems*. Family Process, 27 (1), 3-12.
- ▲ Becvar, D. y Becvar, R. (1996). *Family Therapy: A Systemic Integration*. Allyn and Bacon: U. S. 3<sup>rd</sup> ed.
- ▲ Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. Fondo de Cultura Económica: México.
- ▲ Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. Fondo de Cultura Económica: México.
- ▲ Betancourt, P. Alberto, Ibarra, G. Ana y William, D. Ann. (1999). *Historia Universal*. Fondo de Cultura Económica: México, D. F., 2ª Edición.
- ▲ Betancourt, P. Alberto, Ibarra, G. Ana y William, D. Ann. (1999). *Historia Universal*. Fondo de Cultura Económica: México, D. F., 2ª Edición.
- ▲ Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., y Penn, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán: diálogos sobre teoría y práctica*. Amorrortu: Buenos Aires.
- ▲ Botella, Luis y Vilaregut, Anna (2003). *La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución*. Dirección: <http://www.infomed.es/constructivism/documsweb/tfs.html>
- ▲ Botella, Luis y Vilaregut, Anna (2003). *La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución*. Dirección: <http://www.infomed.es/constructivism/documsweb/tfs.html>
- ▲ Eguiluz, R., Luz (2001). *La Teoría Sistémica. Alternativas para la investigar el sistema familiar*. Universidad Nacional Autónoma de México (Campus Iztacala), Universidad Autónoma de Tlaxcala: Tlaxcala México. 1ª Edición.
- ▲ Epstein, N., Bishop., D. y Baldwin., L. (1983). *McMASTER model of family functioning: a view of the normal family*. En Walsh, F. (Ed), *Conceptualizations of normal family*

functioning: a view of the normal family. New York, EEUU.: Family Process, Gardner Press.

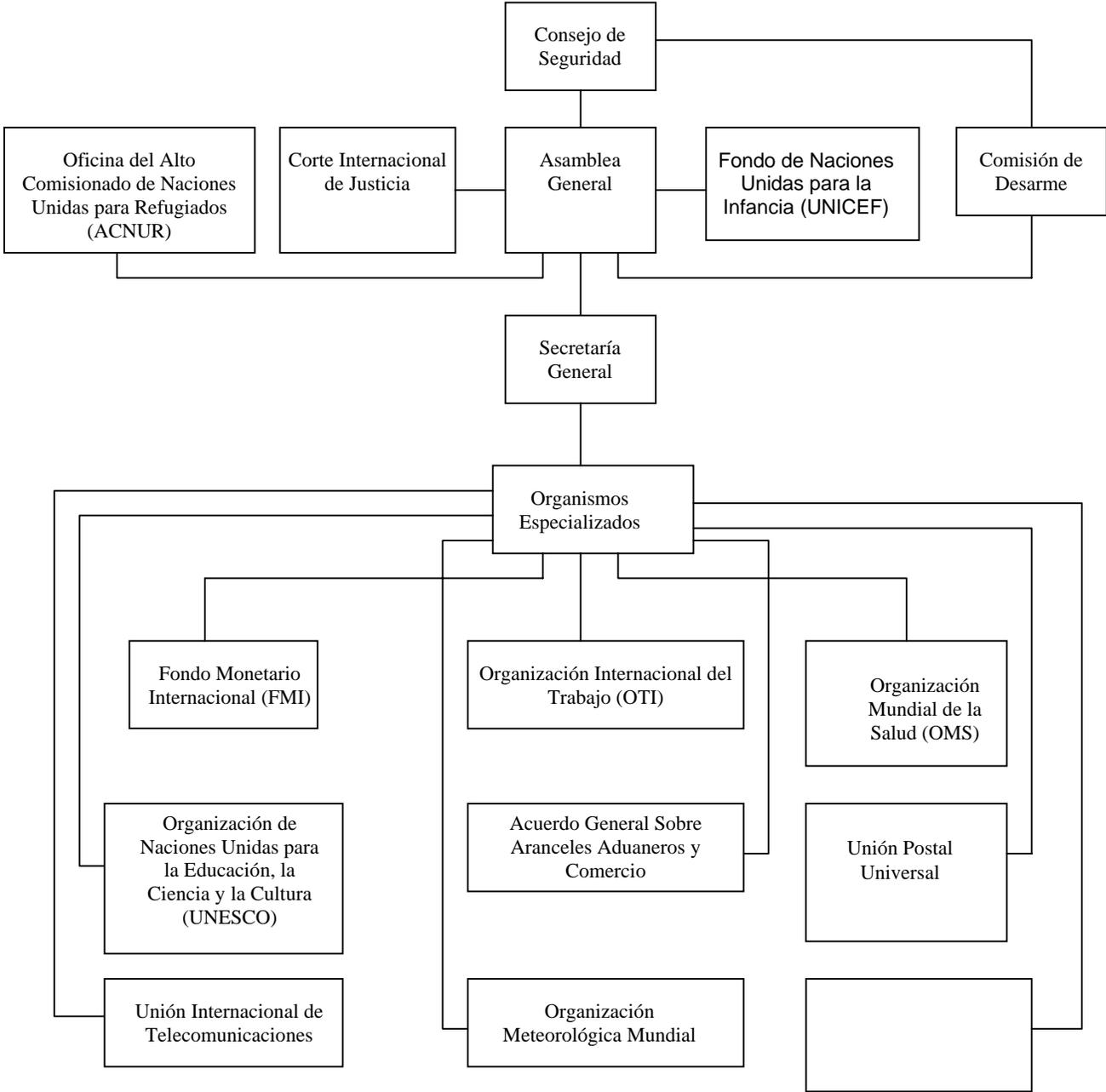
- ▲ Feixas, G. y Miró, M. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós: Barcelona.
- ▲ Fisch, R., Weakland, J. y Seagal, L. (1985). *La táctica del cambio*. Herder: Barcelona 1994.
- ▲ Fishman, H. Charles (1994). *Terapia Estructural Intensiva: Tratamiento de familias en su contexto social*. Amorrortu: Argentina.
- ▲ Furman, B. y Ahola, T. (1996). *Conversaciones para encontrar soluciones*. En sistemas familiares.
- ▲ Gergen, K., y McNamee, S. (1996). *La Terapia como construcción social*. Paidós: Barcelona.
- ▲ Guy, J.(1995). *La vida personal del psicoterapeuta: el impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Paidós: Barcelona.
- ▲ Haley, J. (1987). *Terapia de Ordalia: caminos inusuales para modificar la conducta*. Amorrortu: Argentina 1997.
- ▲ Haley, J. (1999). *Terapia No convencional*. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Amorrortu: Argentina.
- ▲ Haley, J. (1999). *Terapia para resolver problemas: nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Amorrortu: Buenos Aires.
- ▲ Hoffman, Lynn (1998). *Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. Fondo de Cultura Económica: México, 4ª reimpresión.
- ▲ INEGI (2005). *Mujeres y hombres en México 2005*. INEGI:México. 9ª Edición. [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
- ▲ Kim Berg, I. y Miller, S. D. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol: orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. Gedisa: Barcelona.
- ▲ Lambert, M. J. (1992). *Implications of outcome research for psychotherapy integration*. En J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York:Basic.
- ▲ Madanes, C. (1993). *Terapia familiar estratégica*. Amorrortu, Buenos Aires.

- ▲ Maldonado, M. (1998). Evaluación Crítica de la Corriente Narrativa y Conceptos Interaccionados en la Terapia Familiar.
- ▲ Maldonado, M. (1998). Evaluación Crítica de la Corriente Narrativa y Conceptos Interaccionados en la Terapia Familiar.
- ▲ Marsellack, U. Gloria, (2004 septiembre). *Artículo Sobre Terapia Familiar*. Dirección: <http://usuarios.lycos.es/puntodevista/Pr/tema43/tema43.html>
- ▲ Miller, Scout D., Duncan, Barry L, Hubble, Mark A. (1997). *Escape froma Babel. Toward a Unifying Lenguaje for Psychotherapy Practice*. Norton & Company:New York, capítulo 3.
- ▲ Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Granica: Barcelona.
- ▲ Minuchin, S. (1984). *Caleidoscopio familiar*. Paidós: Buenos Aires; Barcelona 1991.
- ▲ Minuchin, S., y Fishman, H. Ch. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós: Barcelona.
- ▲ Navarro, G. José y Beyebach, M. comp. (1995). *Avances en terapia familiar sistémica*. Paidós: España.
- ▲ O'Hanlon, B. (2003). *Pequeños grandes cambios: Diez maneras sencillas de transformar tu vida*. Paidós: Barcelona.
- ▲ O'Hanlon, W. H. y Weinner, D. (1990). *En busca de soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Paidós: Barcelona.
- ▲ Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Herder: Barcelona.
- ▲ Ríos, J. (2003). *Vocabulario básico de orientación y terapia familiar*. CCS, Alcalá: Madrid.
- ▲ Rolland, J. (2000). *Familias, Enfermedad y Discapacidad: Una propuesta desde la terapia sistémica*. Gedisa: España, 1ª edición.
- ▲ Santiago, S., Crider, A., Goethals, G., Kavanaugh, R., Solomon, P. (1989). *Psicología*. Estados Unidos de América: Scout, Foresman and Company.
- ▲ Selvini, M. (1990). Crónica de una investigación. Paidós: Barcelona.
- ▲ Selvini-Palazzoli, M. (1981). Towards a general model of psychotic family games, "Journal of Marital and Family Therapy" 12 (4), 339-349.
- ▲ Selvini-Palazzoli, M. y colaboradores (1990). Los juegos psicóticos en la familia. Paidós: Barcelona.

- ▲ Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesing-Circularity-Neutrality: three guidelines for the conductor of the session, "Family Process" 19 (1), 3-12.
- ▲ Shazer, S. de (1984). *The death of resistance*. Family Process 23, 11-17.
- ▲ Shazer, S. de (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Paidós: Barcelona.
- ▲ Shazer, S. de (1989). *Pautas de terapia familiar breve*. Paidós: Barcelona.
- ▲ Shazer, S. de (1992). *Claves en psicoterapia breve*. Gedisa: Barcelona.
- ▲ Theodore, Lidz., Stephen Fleck., Alice, R. (1965). *Schizophrenia and the Family*. New York: International Universities Press.
- ▲ Tomm, T. (1990). One perspective on the Milan systemic approach: Part I. Overview of development, theory and practice. "Journal of Marital and Family Therapy" 10 (2), 113-126.
- ▲ Von Bertalanffy, L. (1954). *Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. F.C.E.: México, 1976.
- ▲ Watzlawick, P. (1980). *El lenguaje del cambio*. Herder: Barcelona 1994.
- ▲ Watzlawick, P. y cols. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana*. Tiempo Contemporáneo. Herder: Barcelona 1995.
- ▲ Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana*. Interacciones, patologías y paradojas. Herder: Barcelona (undécima edición, 1997).
- ▲ Watzlawick, P., Weakland, P. y Fish, R. (1976). *Cambio: Formación y resolución de problemas humanos*. Herder: Barcelona 1994.
- ▲ White, M., y Epston, D. (1994). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós: Barcelona.
- ▲ Wiener, N. (1948). *Cybernetics*. New York: Wiley.

# Anexo A

**Organigrama de la  
Organización de las Naciones Unidas  
ONU**



## Anexo # 1

## Formato sesión # 1

Sesión # 1.

Fecha:

*Terapeuta:*

*Supervisor(a):*

*Familia:*

Encuadre:

Motivo de Consulta:

Genograma

Antecedentes Familiares

Quienes asistieron a la sesión:

Hipótesis:

Objetivos de la primera sesión:

Estrategias de intervención:

Tareas y/o mensajes de la intervención:

Observaciones generales de la sesión:

## Formato sesión # 2 y subsecuentes:

Sesión # 2

Fecha de la sesión:

*Terapeuta:*

*Supervisor(a):*

*Familia:*

Personas que se presentan a la sesión:

Resumen de la sesión:

Hipótesis:

Objetivos:

Evolución del motivo de consulta:

Red de recursos y limitaciones:

Tarea o mensaje final:

Observaciones generales:

Evaluación de la sesión:

## Anexo # 2



Bitácora de supervisión narrada

Reporte No.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Horario: \_\_\_\_\_

Nombre de la Supervisora: \_\_\_\_\_

Nombre de los Alumnos que Asistieron:

Objetivo de la Reunión:

Actividades Realizadas:

Resultados Obtenidos:

Tareas:

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
Vo. Bo.  
Supervisora

## Anexo # 3

## HOJA DE SEGUIMIENTO DE TUTORÍAS

**Nombre de la Alumna:**

**Tutora:**

**Fecha:**

**Número de sesión:**

**Objetivos (de la reunión):**

**Actividades realizadas:**

**Resultados obtenidos:**

**Análisis de resultados:**

**Tareas:**

**Duración:**

---

**Vo. Bo. Tutora.**

## Anexo # 4

## Instrumento a trabajarse



### ESCALA DE MALTRATO PSICOLÓGICO EN LOS VARONES

Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

¿Has tenido pareja?                      SI                      NO

#### INSTRUCCIONES:

Lee cuidadosamente las siguientes afirmaciones que se te presentan y pon una ( X ) en la opción que mejor refleje tu caso particular. Si estás Totalmente de acuerdo marca TA; Si estás de Acuerdo marca A; Si estás en desacuerdo marca D; y si estás Totalmente en Desacuerdo marca TD. Es muy importante que solo elijas una opción en cada afirmación, y que contestes todos los reactivos de manera sincera y verídica.

*Ejemplo:*

Mis amigos me rechazan	TA	<del>A</del>	D	TD
------------------------	----	--------------	---	----

En este ejemplo la respuesta significa que la mayoría de las veces tus amigos te rechazan. Continúa de la misma manera con las siguientes afirmaciones, según sea el caso.

1. Mi pareja registra mis pertenencias	TA	A	D	TD
2. Mi pareja se muestra aburrida cuando yo me acerco sexualmente	TA	A	D	TD
3. Mi pareja se queja constantemente de que dure poco cuando tenemos relaciones sexuales	TA	A	D	TD
4. Cuando estoy en desacuerdo con mi pareja, me rechaza	TA	A	D	TD
5. Mi pareja coquetea con otras personas delante de mí	TA	A	D	TD
6. Mi pareja dice que soy impotente sí no queda satisfecha en el acto sexual	TA	A	D	TD
7. Mi pareja bloquea mi independencia	TA	A	D	TD

8. Mi pareja me dice que la engaño con otra	TA	A	D	TD
9. Cuando me niego a tener relaciones sexuales con mi pareja ella dice que soy poco hombre	TA	A	D	TD
10. En mi familia no respetan mi intimidad	TA	A	D	TD
11. Mi pareja se inmiscuye en mis asuntos personales	TA	A	D	TD
12. En mi familia me amenazan	TA	A	D	TD
13. Los celos de mi pareja me impiden ir a donde yo quiero	TA	A	D	TD
14. Mi pareja me hace sentir mal cuando falla en sus objetivos	TA	A	D	TD
15. Me siento humillado cuando mis amigos me gritan	TA	A	D	TD
16. Mi familia me acusa de cosas malas que no hago	TA	A	D	TD
17. Mis amigos me gritan para humillarme	TA	A	D	TD
18. Mi familia me reprime	TA	A	D	TD
19. Mi familia me crítica	TA	A	D	TD
20. Mi jefe no acepta su responsabilidad cuando se equivoca y me culpa	TA	A	D	TD
21. Mi pareja me amenaza con destruir mis pertenencias	TA	A	D	TD
22. Mi jefe o profesor limita mis relaciones sociales	TA	A	D	TD
23. Mi familia interfiere en mis relaciones sociales o de pareja	TA	A	D	TD
24. Mi jefe o profesor me intimida con sus gritos	TA	A	D	TD
25. Mi pareja me amenaza con hacerse daño	TA	A	D	TD
26. Mi jefe o profesor me manipula	TA	A	D	TD
27. Mi familia me tacha de raro sí me buscan más hombres que mujeres	TA	A	D	TD
28. Mi pareja dice que yo le causo problemas de salud	TA	A	D	TD
29. Mi pareja evita todo contacto sexual	TA	A	D	TD
30. Mi jefe o profesor condicionan mi estancia laboral o escolar	TA	A	D	TD
31. Mi pareja mantiene una relación íntima simultánea a la nuestra	TA	A	D	TD
32. Mi pareja me acusa del mal funcionamiento de la relación	TA	A	D	TD
33. Mi pareja me condiciona el contacto sexual	TA	A	D	TD
34. Mi pareja me culpa de no tener amigos	TA	A	D	TD
35. Mi pareja me culpa de su insatisfacción sexual	TA	A	D	TD
36. Cuando el dinero que apporto es insuficiente, mi pareja se niega a tener relaciones sexuales conmigo	TA	A	D	TD
37. Mi pareja dice gozar más con juguetes sexuales que conmigo	TA	A	D	TD
38. Cuando mis amigos me ven llorar me califican de maricón	TA	A	D	TD
39. Mi pareja me dice que me va a abandonar	TA	A	D	TD
40. En mi familia se burlan de mí	TA	A	D	TD
41. Mi familia me condiciona su apoyo, si no hago lo que ellos quieren	TA	A	D	TD

42. Mi pareja es sarcástica al dirigirse a mí	TA	A	D	TD
43. Mi jefe o profesor hace comentarios en público de mi vida personal	TA	A	D	TD
44. Mi pareja dice que tengo un pene muy chico y no puedo satisfacerla	TA	A	D	TD
45. Mi pareja me echa en cara que pueda tener más de un orgasmo y yo solo uno	TA	A	D	TD
46. Mi pareja me compara con otras parejas	TA	A	D	TD
47. Mi pareja me dice que si llego tarde se negará a salir conmigo	TA	A	D	TD
48. Mi pareja me dice que si no obtengo un buen empleo, abandonará la relación	TA	A	D	TD
49. Mi pareja me hace sentir que fallo con mis obligaciones económicas	TA	A	D	TD
50. Mi pareja pone en duda mi capacidad para satisfacerla	TA	A	D	TD
51. Mi pareja me reclama cuando otra mujer se acerca a mí	TA	A	D	TD
52. Mi pareja me reclama que reciba llamadas telefónicas de otras mujeres	TA	A	D	TD
53. Mi pareja me responsabiliza de los problemas económicos	TA	A	D	TD
54. Mi pareja me responsabiliza de su mala suerte	TA	A	D	TD
55. Mi pareja se muestra indiferente durante la relación sexual	TA	A	D	TD
56. Mi pareja resalta mis defectos	TA	A	D	TD
57. Mi pareja se niega a complacerme sexualmente	TA	A	D	TD
58. Mi pareja se dirige a mí con insultos	TA	A	D	TD
59. Mi pareja se molesta cuando hablo con mi familia	TA	A	D	TD
60. Mi pareja se opone a que participe en actividades que me permitan desarrollarme	TA	A	D	TD
61. Mis padres insisten en escoger a mis amigos	TA	A	D	TD
62. Mis amigos se burlan del tamaño de mi pene	TA	A	D	TD
63. Mi pareja me hace sentir mal si no gano suficiente dinero	TA	A	D	TD
64. Mis amigos dicen que soy un regañado si me preocupo por mi mujer	TA	A	D	TD
65. Si llegó tarde mi pareja me rechaza sexualmente	TA	A	D	TD
66. Si llego con aliento alcohólico, mi pareja me condiciona el acercamiento sexual	TA	A	D	TD
67. Si no tengo novia, en mi familia dudan de que soy hombre	TA	A	D	TD
68. Si ocurre algún evento desagradable, mi familia me hace sentir culpable	TA	A	D	TD
69. Si salgo con mis amigos, mi pareja amenaza con dejarme	TA	A	D	TD
70. Mi pareja me dice las cosas a medias para provocarme celos	TA	A	D	TD

## Anexo # 5

### *Dificultad de la pareja para comunicarse, durante la sesión terapéutica.*

**Objetivo:** conocer las pautas de conducta que impiden a la pareja, el establecimiento de la comunicación fluida; durante una sesión terapéutica. Con la finalidad de redirigir las pautas de comunicación en la relación de pareja; modificándolas y estableciendo diferentes patrones que les permitan lograr una comunicación fluida y por ende la resolución de la problemática conyugal.

#### **Marco Teórico:**

Se ha observado que la comunicación en la pareja, juega un papel determinante en el origen de los conflictos relacionales; ya que, cuando existe la dificultad de entender el mensaje del otro se gesta el conflicto, atrapándolos en un “estira y afloja constante” en el cual la pareja tiende a deshacer el vínculo comunicacional. De acuerdo con Peggy Papp (1988), la interacción se califica como el sistema social, al que debe adaptarse en el cual las acciones son establecidas por las características del sistema que incluyen los defectos de sus acciones pasadas. De esta forma la comunicación en la pareja se define en función de las fronteras y organización jerárquica del proceso de cambio discontinuo que evoluciona hasta alcanzar niveles de organización nuevos e impredecibles.

Minuchin (1978), define la interacción comunicacional como las pautas establecidas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse. En tanto que para Juri (1979), esta consiste en una acción de mutua influencia y como indica la palabra “inter”, es decir, “entre”; lo cual significa la acción que tiene lugar entre los integrantes de la pareja, materializándose a través de la comunicación.

Sager (1976), menciona que cuando dos personas comienzan a interactuar y establecer una relación continua, se comunican entre sí en forma verbal y no verbal en un proceso gradual; pero interrumpido que va convirtiéndose en un sistema.

De acuerdo a lo anterior, la comunicación es el factor más importante que determina el tipo de relación que la pareja pueda tener en su interacción. Abarcando una amplia gama de formas en que las personas intercambian información, la manera en que la proporcionan, la reciben y cómo la utilizan. De acuerdo con Satir V. (1970), la comunicación varía con el tiempo y con la edad, funciona en el aquí y en el ahora, en el presente, en el momento en el que se está frente al otro, cuando los sentidos captan la apariencia del otro, la voz y el contacto físico.

Satir (1990), menciona que en la comunicación existen trampas que resultan de la suposición de que muchas personas creen saber todo acerca de ellos; otros suponen que no importa como digan las cosas, todo el mundo tiene la obligación de entender lo que dicen, y algunos simplemente hacen conjeturas de lo que quiso decir su compañero. Incluso hay personas que creen que son tan transparentes para los demás como lo son para ellas mismas, su premisa es “tú siempre sabes lo que quiero decir”. Las adivinanzas de uno y otro modo tienen bastantes fallas y producen enajenación al tomarlas como hechos.

De acuerdo a ésta autora, los mensajes de doble nivel en la pareja se dan cuando:

- 1) La pareja se subestima.
- 2) Teme herir los sentimientos del cónyuge.
- 3) Se preocupa por las represalias que pueda tomar el otro.
- 4) Teme a la ruptura de su relación.
- 5) No desea imponerse.
- 6) No da ninguna importancia a la persona o a la interacción.

De igual forma Satir, indica que la pareja resuelve el problema de la comunicación, en base a cuatro modelos de comunicación: *Aplacador*: en este tipo de interacción se trata de aplacar de tal manera a la otra persona para que no se enoje. De manera suplicante nunca está en desacuerdo en ninguna forma; habla como sino pudiera hacer nada por sí mismo; necesita tener la aprobación de otros. *Culpa*: se culpa al otro para que el culpador se le crea fuerte (si se aleja será su culpa y no la suya). El acusador siempre encuentra fallas, es un dictador, el que manda. Se siente superior y parece decir “si no fuera por ti todo andaría bien”. *Super razonar*: con el mensaje resultante que trata de enfrentarse a las amenazas como si fuera inofensivo; establece además su propio valor

empleando palabras altisonantes. Es exageradamente correcto y no demuestra ningún sentimiento. Es calmado, frío e imperturbable. Físicamente se siente incómodo, seco y distante. La voz es monótona, seca y las palabras tienden a ser abstractas. *Distraer*: para ignorar la amenaza comportándose como si no existiera (probablemente si se hace durante suficiente tiempo desaparezca verdaderamente). El hará o dirá cosas que tengan poca relación con lo que hagan los demás. Nunca da sensación interna, la sensación interior es de confusión. La voz es como un sonsonete frecuentemente en desacuerdo con las palabras y puede subir o bajar de tono sin motivo; porque no se dirige a nadie en particular. De esta forma inferimos que es importante, el establecimiento de las pautas que interfieren en la comunicación fluida, por lo que se hace necesario el uso del Modelo Observacional; lo cual nos permitirá confirmar que estas pautas inadecuadas, son parte del conflicto en la relación de pareja y por tanto, interfiere en el desarrollo de la sesión terapéutica.

### **Análisis y crítica del modelo observacional de interacción marital (Gottman, et al. 1979).**

Dentro del análisis encontramos a: Haley (1964), quien estudió patrones de comunicación en un grupo familiar integrado por tres personas, (los padres e hijo), en familias “normales” y “disfuncionales”. En el grupo de “disfuncionales se incluyeron 40 familias en las que había un miembro diagnosticado como esquizofrénico, que hubiera cometido conductas delincuentes, o hubiesen reportado conductas escolares, e incluso se consideraron familias con un miembro con rasgos “neuróticos”. El grupo “normal” fue seleccionado mediante un directorio escolar de secundaria, se consideraron “normales” porque no reportaban problema alguno, ni a nivel escolar y tampoco en la comunidad. El rango de edad comprendió de 10 a 20 años y todos debían vivir con sus padres naturales.

Haley puso especial atención en la manera como interaccionaban en el momento de tomar decisiones a nivel familiar, después de haberlo hecho individualmente, en situaciones tan sencillas como elegir la comida o los lugares que habrían de visitar. Haley encontró que por ejemplo cuando el padre hablaba ningún otro miembro de la familia lo hacía hasta que la madre tomaba la palabra (FM), creando seis categorías (PH), (MH), (PM) (MP) (HM) (HP). Haley encontró que analizando las secuencias individuales de tres, cuatro, cinco, seis, diálogos, crean

una desviación  $R$ , entre los dos grupos seleccionados, estos resultados fueron consistentes con lo reportado por Gottman y Notarius (1978).

En este tipo de investigaciones el diálogo-silencio, pueden ser considerado en términos de un continuo de activo-pasivo, en donde el activo se ubica al inicio del continuo y el pasivo al final. Las categorías de diálogo-silencio son el primer escalón en la investigación de la interacción más compleja, que son necesarias para describir la interacción marital, en la cual la comunicación verbal y no verbal totalizan un cúmulo importante de información para el análisis de la misma. Un elemento importante para poder llevar a cabo este tipo de análisis, es el uso de códigos, el primero en utilizar este tipo de análisis fue Bales, sin embargo hay otros investigadores que lo han usado también.

Investigaciones iniciales. Asumen que el sistema de categoría versátil desarrollado por Bales (1950), llamado Proceso de Análisis de la Interacción, podría adaptarse al estudio de la familia. No obstante se ha cuestionado seriamente la introducción de prejuicios en la codificación que se lleva a cabo, lo cual distorsiona la objetividad que busca en este tipo de investigaciones.

Por otra parte existe evidencia de que la interacción social varía con el contexto en el cual se realiza dicha interacción. Existen dos dificultades para operar los patrones positivos de interacción. Por una parte el mensaje es enviado de un miembro de la familia a otro, en donde siempre se encuentran extraños participando indirectamente, la otra dificultad es la conducta verbal y no verbal. Sin embargo existe evidencia de que las familias son capaces de distinguir entre la comunicación verbal y no verbal negativa y positiva, además también, de hacer caso únicamente de los elementos positivos de la comunicación, esto es discriminan el agrado-desagrado.

En cuanto a la comunicación no verbal, la investigación se ha limitado a observaciones hechas entre extraños y no entre familias; lo cual no enfrenta con un campo poco investigado para la terapia familiar. Mehrabian's (1972), descubrió una dimensión en la conducta no verbal llamada "acercamiento", con la cual se incrementa el acercamiento físico de los participantes y desarrollo sensorial, como por ejemplo: el contacto físico, contacto visual, ver a la cara, la orientación del

torso hacia la persona con quien se habla. A continuación se describen algunos aspectos de la conducta no verbal *la cara*: Aún cuando no todos los movimientos faciales son considerados, es importante hacerlo, con los tics nerviosos, la expresión tensa de los músculos faciales, etc. También los estereotipo culturales tienen gran influencia, la *voz*, el tono emocional, si es alto, bajo, enojado, si se quiebra, si se presenta el llanto, entrecortado, suplicante, demandante. De esta forma dentro de la clasificación de las emociones, existen tres subgrupos en cuanto a la expresión facial se refiere siendo las siguientes: la forma de las cejas, la expresión de los ojos y la expresión de la boca. La expresión de estos ante preguntas sorpresas, preguntas neutrales; así mismo aspectos como el disgusto, enojo, la felicidad, etc. De igual forma se considera el cuerpo, como un canal de expresión, influenciado por la cultura. La postura corporal nos manifestara de alguna manera la forma en que la persona se siente en determinado momento, el hecho de que tenga los brazos cruzados, puede ser leído como un ejemplo de una persona que no se abre a la comunicación, que se retrae del mundo. Otro aspecto importante que ha sido considerado por los teóricos es el poder, en la teoría de la crisis familiar. La función de este término es ambiguo, en el sentido de que genera “diferencias” en la pareja. Algunas investigaciones sugieren que se ha encontrado igualdad en familias “normales”, lo que implica que tienen claridad en cuanto al manejo del poder.

En el área de la interacción marital, la visión sociológica predominante es que el buen funcionamiento de los matrimonios es producto de la igualdad, en lugar de dominación por alguna de las dos partes. Lo cual es congruente con la teoría del aprendizaje, la cual dice que el poder es un ejemplo coercitivo de control, que la reciprocidad sugiere simetría en la interacción de pareja. Aunque es importante mencionar que en este momento no ha sido comprobada esta la teoría mediante el método observacional.

Esta teoría de la Interacción de la pareja, parte de la idea de que cada mensaje está formado de varios componentes: del mensaje literal, de la conducta no verbal, del código que se le adjudique, de tal forma que sea comprensible a los otros. Para desarrollar los modelos observacionales, los autores siguen los siguientes pasos: cuando se observa en un video, se llevan a cabo dos transcripciones por separado de cada uno de los conceptos que aquí se mencionaron, esto con la idea de tener una secuencia de la conversación de la pareja, una vez que se lleva a cabo este

registro se codifican cada una de las conductas, se codifica la cinta con un compañero, se codifican secciones de la citas de video, se discute cada parte con el compañero, se codifica con el criterio unificado, que resultó de la discusión. De lo cual ellos derivan 5 tipos: **Acuerdo (A)**, se esta totalmente de acuerdo en la acción llevada a cabo, no hay diferencia en los juicios de criterio. **Aceptación de responsabilidad (AR)**, en este apartado pudo existir diferencia o desacuerdo en algún momento y hay un reconocimiento y aceptación de ese desacuerdo. **Aceptación de la modificación, (AM)** es el cambio de opinión como resultado de la influencia de una tercera persona. **Instrucción (I)**, es una oración que implica el cumplimiento de una instrucción. **Asentir (AS)**, con respuestas verbales como mmmm..... aja...

**En cuanto al desacuerdo (D), consideran también 5 tipos: Directamente en desacuerdo**, no hay punto de acuerdo, simple y sencillamente no hay coincidencia. **Si, pero**, Hay desacuerdo simple por una suposición respecto a algo. **Desacuerdo razonable**, el desacuerdo se explica por medio de razones, **Orden**, es una oración a través de la cual se da una instrucción, **Desacato**, simplemente se ignora la regla. En cuanto a la **Comunicación, hay 4 tipos de comunicación:**

1. Una forma es la de darle dirección a la información, es decir, ir tras el tema en el cual la pareja se ha instalado.
2. Es la dirección que la pareja da a la discusión para solucionar el problema.
3. La metacomunicación, es decir, hablar a cerca de la comunicación que la pareja ha establecido. Esto es, hacer una crítica, una evaluación y un examen de la conversación.
4. La clarificación es una cuestión de aclarar, repasar una oración previamente expresada, que no fue escuchada o entendida por el compañero.

Por otra parte, los sentimientos, la actitud y la opinión, son oraciones que atribuyen sentimientos a esas actitudes, opiniones o motivos que hace suponer a la pareja ideas que no fueron realmente expresadas. Por ejemplo: cuando se dice “odias ir a casa de mis padres”, “tú no sabes cómo me siento”. Hay otro tipo de oraciones o conductas que se atribuyen a conductas pasadas, presentes o futuras, o realidades de otras personas.

**Crítica al modelo:** Un aspecto importante que se debe retomar, es que el modelo diseñado por los autores antes mencionado, es que pueden cometer juicios de valor, es decir, el observador incluye aspectos personales en sus observaciones, por lo que, es necesario establecer una clara frontera entre los aspectos personales y lo que en verdad se observa.

La investigación en cuanto a interacción marital es limitada, además de que no se cuenta con investigaciones recientes, las cuales seguramente incluirían aspectos diferentes y enfocados solamente a la pareja o a la familia, dejando de lado la experiencia que se tiene con animales. Esto nos hace reconsiderar la importancia de contar y realizar estudios con seres humanos.

Dada las diferencias culturales que existen entre los trabajos de Gottman, et al., nos llevan a no poder retomar literalmente sus hallazgos y estructura de categorías, ya que en nuestra cultura la expresión de afecto; por mencionar un factor, ocuparía un lugar preponderante en nuestras investigaciones, a diferencia de las culturas anglosajonas, en las cuales este aspecto es secundario luego entonces, el abordaje es diferente. Además de considerar las diferencias en la estructura e interpretación del idioma. Finalmente, estas investigaciones sirven como antecedentes para futuros proyectos.

Experiencia de categorización: esto incluye el registro narrativo de la sesión terapéutica y las categorías provisionales en relación a las conductas no verbales, obteniéndose un total de 64 categorías: (ec) expresión corporal, (ef) expresión facial, (s) silencio, (nm) no mirarse, (lh) levantar hombros, (acvt) afirmación de la conducta verbal hacia la terapeuta, (mat) mandíbula tensa, (fc) frunce ceño, (tm) tomarse de las manos, (mcn) movimiento de cabeza negando, (gct) gira cabeza hacia terapeuta, (gcv) Ella gira cabeza hacia él, (mv) mirada Carlos hacia Mariana, (mp) mirada Mariana hacia Carlos, (co) cierra ojos, (mes) movimiento de extremidades superiores, (mei) movimiento de extremidades inferiores, (em) manos empalmadas, (cb) cruzar brazos, (cbae) cruzar brazos encorbándose, (dcb) descruza brazos, (ia) incorporarse, (cip) cabeza inclinada hacia el piso, (ac) arquea ceja, (lr) levanta rostro, (ci) cabeza inclinada, (psc) pies sin cruzar, (ae) arquea espalda, (sc) sonrisa sarcástica, (r) reclinarse, (ra) resvala, (sñ) señalarse, (psd) piernas semidobladas, (bv) baja voz, (vf) voz firme, (ev) eleva voz, (v) se le quiebra la voz, (vsc) voz sarcástica, (inv) involucrar comunicación, (vsu) voz suave, (tl) tensa labios, (mt) mira techo,

(ap) empuña mano, (gcs) gira cabeza en sentido contrario a él (ella), (ll) llanto, (clc) comisura de labios caída, (mf) movimiento facial, (g) groserías, (fm) falta de movimiento, (nmf) no movimiento facial, (tg) tensión general, (hca) hecha cabeza atrás, (ne) no emociones, (vi) voz irónica, (enc) encorbarse, (eh) encoge hombros, (mesn) extremidades superiores negando, (ls) levantarse de la silla, (mvp) ve el piso, (dma) descansadas manos abdomen, (mtr) movimiento del tronco, (mis) mirada a extremidades superiores, (mfs) mirada fija suelo, (lr) levanta cara.

#### 4.- Categorías Modificadas:

1. (ec) Expresión corporal: Es todo movimiento que implique cambio en la posición de alguno de los integrantes de la pareja, girar tronco.
2. (ef) expresión facial: Todo movimiento que implique la cara tanto al hablar como al permanecer callados, movimiento de los ojos, arquear la comisura de los labios, tensar los labios, tensar mandíbula, movimiento que lleva a esbozar una sonrisa sarcástica.
3. (s) Silencio: es todo momento en donde ninguno de los integrantes de la pareja emite palabra o sonido alguno.
4. (nm) no mirarse: es cuando ninguno de los integrantes de la pareja dirige la mirada al otro, llevándola hacia cualquier punto del entorno, ya sea el piso, el techo o las paredes.
5. (acvt) afirmación de la conducta verbal hacia la terapeuta: es cuando alguno de los integrantes de la pareja mueve la cabeza de arriba hacia abajo, cuando ésta habla.
6. (mcn) movimiento de cabeza negando: es cuando alguno de los integrantes de la pareja mueve la cabeza de izquierda a derecha.
7. (gct) gira cabeza hacia terapeuta: Mover la cabeza en dirección al terapeuta.
8. (mvp) Mirada de alguno de los integrantes de la pareja dirigida intencionalmente hacia el otro.
9. (mes) movimiento de extremidades superiores: es todo movimiento realizado por alguno o los dos integrantes de la pareja, ya sea subir y/o bajar las manos, colocar las manos en el pecho, jugar con los dedos, agarrarse el rostro, agitar brazos hacia arriba o hacia abajo, estirar o replegar los brazos, mostrar las palmas de las manos al realizar cualquier movimiento, unir una mano con la otra, encoger hombros cruzar brazos, descruza brazos, movimiento de las manos negando lo que el otro comunica.
10. (mei) Movimiento de extremidades inferiores: es todo movimiento realizado por alguno o los dos integrantes de la pareja, ya sea extender o replegar las piernas, mover para cualquier lado los pies, abrir o cerrar las piernas., mantener piernas separadas, o dobladas.
11. (em) Manos empalmadas: es cuando algún miembro de la pareja o ambos une los dedos de la mano derecha con los de la mano izquierda, entremezclando los dedos de ambas manos, colocar la mano derecha sobre la izquierda o viceversa.
12. (mc) Todo movimiento que implica a la cabeza en donde puede ser levantada, inclinada, moviéndola de un lado a otro, arriba hacia abajo, girar en dirección opuesta a la persona que le habla.
13. (ms) Movimiento en silla, Todo aquel movimiento de acomodación como arquear espalda, incorporarse, reclinarse, resbalar, encorbarse, descansar los brazos en la silla.

14. (sñ) señalarse: Dirigir un dedo o la mano hacia una persona en específico.
15. (v) voz: Cualquier sonido emitido en sus diferentes niveles ya sea: baja voz, manteniendo el tono poco perceptible de la persona que habla, hablar de manera fluida, con tono suficientemente perceptible voz firme, aumentar el tono de voz, bruscamente. eleva voz, cambio en el tono de la voz con la imposibilidad de articular palabra, disminuir el tono de voz, a un nivel en el cual es audible.
16. (inv) involucrar en la comunicación: Hacer participe a una o más personas en un diálogo a través de mover la cabeza constantemente, de un lado a otro al momento que se habla.
17. (ll) llanto: Derramamiento de lágrimas.
18. (g) groserías: Articular palabras altisonantes.
19. (fm) falta de movimiento: ya sea facial o corporal, permanecer inmóvil en cualquiera de las extremidades.
20. (tg) tensión general: Apretar cualquiera de las extremidades.

### **3.- Prueba de las categorías provisionales y su definición:**

1. (ec) expresión corporal: es todo movimiento que implique cambio en la posición de alguno de los integrantes de la pareja.
2. (ef) expresión facial: todo movimiento que implique la cara tanto al hablar como al permanecer callados
3. (s) silencio: es todo momento en donde ninguno de los integrantes de la pareja emite palabra o sonido alguno.
4. (nm) no mirarse: es cuando ninguno de los integrantes de la pareja dirige la mirada al otro.
5. (lh) levantar hombros: realizar movimiento de las extremidades superiores (hombros) hacia arriba en dirección a la cabeza.
6. (acvt) Afirmación de la conducta verbal hacia la terapeuta: es cuando alguno de los integrantes de la pareja mueve la cabeza de arriba hacia abajo, cuando ésta habla.
7. (mat) mandíbula tensa: Implicar contraer los músculos de la parte baja del rostro, zona de la boca que incluye las mejillas.
8. (fc) Frunce ceño: contraer los músculos de la frente.
9. (tm) Tomarse de las manos: unir las manos una sobre otra.
10. (mcn) movimiento de cabeza negando: es cuando alguno de los integrantes de la pareja mueve la cabeza de izquierda a derecha.
11. (gct) Gira cabeza hacia terapeuta: Mover la cabeza en dirección al terapeuta
12. (gcv) Ella gira cabeza hacia él: Movimiento de la paciente femenina en dirección hacia su esposo.
13. (mv) Mirada Carlos hacia Mariana: Mirada del paciente masculino hacia su esposa.
14. (mp) Mirada Mariana hacia Carlos: Mirada del paciente masculino hacia su esposa
15. (co) Cierra ojos: unión del párpado superior con el inferior, bloqueando la visión.
16. (mes) movimiento de extremidades superiores: es todo movimiento realizado por alguno o los dos integrantes de la pareja, ya sea subir y/o bajar las manos, colocar las manos en el pecho, jugar con los dedos, agarrarse el rostro, agitar brazos hacia arriba o hacia abajo, estirar o replegar los brazos, mostrar las palmas de las manos al realizar cualquier movimiento, unir una mano con la otra.

17. (mei) Movimiento de extremidades inferiores: es todo movimiento realizado por alguno o los dos integrantes de la pareja, ya sea extender o replegar las piernas, mover para cualquier lado los pies, abrir o cerrar las piernas.
18. (em) Manos empalmadas: es cuando algún miembro de la pareja o ambos une los dedos de la mano derecha con los de la mano izquierda, entremezclando los dedos de ambas manos, colocar la mano derecha sobre la izquierda o viceversa.
19. (cb) Cruzar brazos: es cuando las personas unen sus brazos, colocando uno sobre el otro.
20. (cbae) Cruzar brazos encorbándose: es cuando las personas unen sus brazos, colocando uno sobre el otro, arqueando la columna.
21. (dcb) Descruza brazos: Es cuando alguno de los miembros de la pareja separa los brazos.
22. (ia) Incorporarse: es separar la espalda del asiento, inclinando levemente el cuerpo hacia delante; sin llegar a levantarse de su lugar.
23. (cip) Cabeza inclinada hacia el piso: movimiento de la cabeza, en donde la barbilla casi toca el pecho, y los ojos dirigen la mirada al suelo.
24. (ac) arquea ceja: movimiento en el cual levanta una parte de la ceja hacia arriba.
25. (lr) levanta rostro: movimiento en donde la persona al tener la cabeza inclinada hacia abajo, lo dirige hacia arriba.
26. (ci) cabeza inclinada: Movimiento ligero de la cabeza, en dirección hacia alguno de los hombros.
27. (psc) pies sincruzar: Mantener los pies separados uno de otro, sin importar la distancia.
28. (ae) arquea espalda: Postura en la cual la columna vertebral no mantiene una postura recta.
29. (sc) sonrisa sarcástica: Movimiento de los labios, mostrando los dientes ligeramente, llevando la postura de la cara hacia un solo lado.
30. (r) reclinarsse: Hacer movimiento en donde la espalda es apoyada en el respaldo de la silla.
31. (ra) resbala: Deslizar el cuerpo hacia abajo, sobre la silla, dejando la espalda baja sin apoyo.
32. (sñ) señalarse: Dirigir un dedo o la mano hacia una persona en específico.
33. (psd) piernas semidobladas: Replegar extremidades inferiores formando un ángulo de 90 grados.
34. (psd) y las piernas semidobladas.
35. (bv) baja voz: Mantener un tono poco perceptible de la persona que habla.
36. (vf) voz firme: Hablar de manera fluida, con tono suficientemente perceptible.
37. (ev) eleva voz: Aumentar el tono de voz, bruscamente.
38. (v) se le quiebra la voz: Cambio en el tono de la voz con la imposibilidad de articular palabra.
39. (vsc) voz sarcástica: Entonación de palabras con tono de burla.
40. (inv) involucrar en la comunicación: Hacer participe a una o más personas en un diálogo a través de mover la cabeza constantemente, de un lado a otro al momento que se habla.
41. (vsu) voz suave: Disminuir el tono de voz, a un nivel en el cual es audible.
42. (tl) tensa labios: Presionar el labio superior con el inferior ejerciendo fuerza.
43. (mt) mirar techo: Poner la vista hacia la parte superior del consultorio, es decir el techo.
44. (ap) empuña mano: Contraer los dedos fuertemente y manteniendo los dedos unidos.
45. (gcs) gira cabeza en sentido contrario a él (ella): Mover la cabeza en dirección opuesta a la persona que le habla.
46. (ll) llanto: Derramamiento de lágrimas.
47. (clc) comisura de labios caída: Formar un arco hacia abajo con los labios.

48. (mf) movimiento facial: movimiento de los músculos de la cara, en respuesta a los comentarios del otro.
49. (g) groserías: Articular palabras altisonantes.
50. (fm) falta de movimiento: Permanecer inmóvil en cualquiera de las extremidades.
51. (nmf) no movimiento facial: No mover los músculos de la cara.
52. (tg) tensión general: Apretar cualquiera de las extremidades.
53. (hca) hecha cabeza atrás: Movimiento de la cabeza hacia el respaldo de la silla.
54. (ne) no emociones: Falta de reacción ante una reacción emotiva por parte del otro.
55. (vi) voz irónica: Hablar con tono de burla al otro.
56. (enc) encorbarse: Mantener la columna arqueada.
57. (eh) encoge hombros: Elevar los hombros hacia la cabeza.
58. (mesn) movimiento Extremidades superiores negando: Movimiento de alguna de las manos constantemente de derecha a izquierda.
59. (ls) levantarse de la silla: Separar el cuerpo de la silla, para reacomodarse.
60. (mvp) ve el piso: Dirigir la vista hacia el piso.
61. (dma) descansadas manos abdomen: Unir las manos relajadamente y colocarlas sobre el abdomen.
62. (mtr) movimiento del tronco: Girar el tronco hacia quien esta hablando, o en sentido contrario.
63. (mis) mirada a extremidades superiores. Dirigir la mirada hacia las manos o los dedos.
64. (mfs) mirada fija suelo: Dirigir la vista al suelo durante un período mayor a 5 seg.

### **c) Conclusiones:**

La experiencia de trabajar con el modelo observacional en las sesiones terapéuticas, nos permitió rescatar muchos elementos conductuales que se relacionan directamente con la interacción y la conflictiva de la pareja; y que en muchas ocasiones pueden pasar desapercibidas y por ende perder la importancia en el contexto terapéutico.

Al poder detectar estos elementos que mantienen a la pareja en la circularidad del conflicto, el modelo observacional nos brinda la opción de establecer procesos de evaluación, que permitan mejorar las técnicas de intervención terapéutica y por ende, intervenciones más efectivas; ya que el terapeuta se podrá centrar en puntos más específicos.

### **d) Autocrítica de la evaluación en la experiencia de observación:**

Consideramos que nos faltan más elementos; para poder hacer un registro práctico y objetivo para cada una de las conductas a registrar, por lo que, en ocasiones se nos dificultó coincidir en los criterios a evaluar y su definición.

Consideramos que la experiencia es un factor de suma importancia, en lo que se refiere al método observacional; en este sentido carecemos de ella. Resultó interesante al final del trabajo, ya que nos percatamos, del cambio que hubo en nosotras respecto al iniciar la categorización y al culminarla, viendo que empezábamos de una forma muy general, posteriormente nos explayamos, hasta afinar nuestras observaciones y lograr así un consenso e integración de todo lo que observamos.

Otro aspecto que hay que tomar en cuenta, es que este tipo de trabajo es completamente nuevo para nosotras, ya que es aprender a ver la sesión terapéutica de otra forma, en la cual, los aspectos que vistos desde otro ángulo, pudieran resultar intrascendentes. Mientras que desde este método, arrojan información muy valiosa.

**e) Prospectiva:**

Nos parece que en esta nueva experiencia, es muy importante afinar aún más nuestro conocimiento teórico, a través de otras investigaciones y sus aplicaciones en el campo de la terapia familiar. Ya que a veces los terapeutas dejamos de ver los pequeños detalles que dan información basta a cerca del comportamiento humano. Además hay que considerar el aspecto práctico, que nos permitirá afinar el proceso observacional.

Para lograr afinar nuestro desempeño en el modelo observacional, consideramos importante correr la segunda parte de la investigación, ya que a partir de esto, conoceremos más elementos y los errores cometidos a lo largo de todo el trabajo.

Registro final de Categorías

Frecuencias						
Tiempo (segs.)	0 - 10	10 - 20	20 - 30	30 - 40	40 - 50	50 - 60
Conducta						
1. (ec)						
2. (ef)						
3. (nm)						
4. (mcn)						
5. (gct)						
6. (mvp)						
7. (mes)						
8. (mei)						
9. (inv)						
10. (ll)						
11. (fm)						