



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

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

## TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE :

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

**GUADALUPE MENDOZA RODRÍGUEZ**

DIRECTOR: MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA

COMITÉ TUTORIAL: MTRA. CAROLINA MARINA DIAZ WALLS ROBLES

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO ESPINOSA SALCIDO

DRA. CARMEN MERINO GAMIÑO

MTRA. LUZ MARÍA ROCHA JIMÉNEZ

MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS

MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE

MÉXICO, D.F. 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.

Agradezco:

A cada una de las personas que han contribuido de manera directa e indirecta para la culminación de esta meta.....mil gracias.

Agradezco infinitamente a mis padres José y Juanita, por su amor, enseñanzas, apoyo, comprensión, confianza, motivación, y acompañamiento en cada uno de los caminos que he emprendido en diferentes áreas y momentos de mi vida.

A mis herman@s: Mely, Mar, Paty, Ross y Luis, por su amor, apoyo, confianza, solidaridad, amistad, con quienes he aprendido y compartido nuevas formas de ver y disfrutar la vida.

A mi sobrino Marco Antonio por ser un rallito de luz y esperanza.

A mis maestr@s y ahora querid@s amig@s: Alma X. Herrera, Samuel Ramírez, Alberto Solis, Antonio Guzman, María Esther, por su apoyo, influencia y guía en diferentes etapas de mi vida académica y personal.

A mis maestr@s y supervisores de la Maestría: Mtro. Arturo Martínez, Mtra. Carolina Díaz-Walls, Mtra. Patricia Moreno, Mtra. Piedad Aladro, Dra. Mary Blanca Moctezuma, Mtra. Jossette Benavides, Dr. Raymundo Macías, Mtra. Nora Renteria, Dra. Carmen Merino, Mtra. Luz María Rocha, Mtra. Dolores Mercado, Mtro. Jorge Orlando Molina, Dra. Julia Casa Madrid, Dra. Varinia Herrera y Dr. Javier Aguilar. Por compartir sus conocimientos, experiencia, estilo de hacer terapia, y por la orientación brindada durante mi proceso de formación como terapeuta familiar para descubrir mis pericias y vivir el mundo de la terapia familiar.

Al comité académico de titulación por el apoyo, tiempo, disposición y sugerencias siempre pertinentes en la realización de este reporte de competencias profesionales.

A cada una de las familias, que a través de sus historias me permitieron crecer y confirmar mi labor en la terapia, gracias a su confianza.

A mis compañer@s de la Residencia porque juntos compartimos experiencias profesionales en el mundo de la Terapia Familiar.

A mis amig@s y coleg@s en diferentes momentos de mi vida académica, Paula zamora, Paty Trujillo, Vicky Morales, Yanira Lopez, Betzabe Figueroa por su compañerismo, amistad y cariño, porque juntos descubrimos y compartimos experiencias académico-profesionales y aun más significativas las de nuestras propias vidas.

A la UNAM por ser mi alma Mater y a las entidades académicas Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y Facultad de Psicología por brindarme la posibilidad de crecimiento académico y profesional.

# ÍNDICE

## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1 ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y PROBLEMÁTICAS EN LAS QUE INCIDE EL TRABAJO DE LA TERAPIA FAMILIAR .....	1
--	---

### 1.2 CARACTERÍSTICAS DEL ESCENARIO

1.2.1 DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO (CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS“GUILLERMO DÁVILA”) .....	5
--	---

1.2.2 EXPLICACIÓN DEL TRABAJO Y SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN EL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS .....	8
---	---

## II. MARCO TEÓRICO (HABILIDADES TEÓRICO-CONCEPTUALES)

### 2.1 ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

#### 2.1.1 ANÁLISIS DE LOS FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS .....	11
TEORIA CIBERNÉTICA .....	16
TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA .....	22
CONSTRUCTIVISMO .....	28
CONSTRUCCIONISMO SOCIAL .....	33

#### 2.1.2 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

MODELO DE TERAPIA ESTRUCTURAL .....	37
MODELO DE TERAPIA ESTRATÉGICA .....	45

MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN EL PROBLEMA . . . . .	52
MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN LAS SOLUCIONES . . . . .	61
MODELO DEL EQUIPO DE MILÁN . . . . .	70
MODELO DE TERAPIA NARRATIVA . . . . .	77
ENFOQUE COLABORATIVO . . . . .	83

### **III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES**

#### **3.1 HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS (DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO)**

3.1.1 INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES DE TRABAJO CLÍNICO POR FAMILIA EN LA QUE SE ATENDIÓ COMO TERAPEUTA . . . . .	87
---	----

3.1.2 ANÁLISIS TEÓRICO-METODOLÓGICO DE LAS INTERVENCIONES CLÍNICAS EN CASOS CLÍNICOS . . . . .	88
--	----

3.1.2.1 ANÁLISIS TEÓRICO-METODOLÓGICO DE LAS CONCORDANCIAS EN LAS FAMILIAS ATENDIDAS . . . . .	151
--	-----

#### **3.2 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN**

##### **3.2.1 PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

3.2.1.1 DETERMINANTES QUE CONSIDERAN LOS UNIVERSITARIOS DE LAS PAREJAS ESTABLES . . . . .	162
---	-----

3.2.1.2 ESTABILIDAD Y FIDELIDAD EN LAS RELACIONES DE PAREJA . . . . .	169
---	-----

#### **3.3 HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO, ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA**

3.3.1 ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE UN PRODUCTO TECNOLÓGICO (MONOGRAFÍA DE MILTON H. ERICKSON) . . . . .	180
--	-----

3.3.2 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA (TALLER “MISIÓN POSIBLE”)	209
3.3.3 APOYO A LA DOCENCIA	217
3.3.4 ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS	217

#### **IV. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL**

4.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL	219
---	-----

#### **V. CONSIDERACIONES FINALES**

5.1. HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS	222
5.2 INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL	225
5.3 ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL	227
5.4 REFLEXIÓN, ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONAL Y EN EL CAMPO DE TRABAJO)	231

#### **ANEXO 1**

CUESTIONARIO ESTABILIDAD Y FIDELIDAD EN LAS RELACIONES DE PAREJA	238
--	-----

<b>REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS GENERALES</b>	246
--	-----

## **I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN**

### **1.1 ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y PROBLEMÁTICAS EN LAS QUE INCIDE EL TRABAJO DE LA TERAPIA FAMILIAR**

El estudio de la familia presenta una gran riqueza para la observación y comprensión de los fenómenos sociales, culturales, demográficos y económicos (INEGI, 1998). En la familia se reproducen, en cierta medida y en pequeña escala, distintas normas y comportamientos sociales, se observan las pautas de producción y reproducción, se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas, conflictos, y se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, relaciones de poder y dominación entre generaciones y géneros, entre otros aspectos. De ahí la importancia estratégica de la familia en su composición, organización e integración como entidad biopsicosocial (Ackerman, 1978).

La sociedad está en continua transformación y a medida que el sistema social progresa exige cada vez más demandas específicas a los sujetos que la integran, y un nivel adaptativo mayor en relación con una estructura social viva que evoluciona inexorablemente y a la que los miembros de la familia deben adaptarse (Witkowski, Kahn y Laxenaire, 1988). La familia se adapta a las distintas exigencias, preservando la integridad de la estructura familiar y fomentando el desarrollo psicosocial de cada uno de sus elementos, para participar en los distintos procesos sociales y adquirir una flexibilidad que les permita adaptarse a las diferentes formulaciones cambiantes que pueden surgir con el tiempo dentro de una o varias generaciones. La familia mantiene un flujo bidireccional con la sociedad, y aunque la familia se modifica, persiste como una estructura estable que se adapta al entorno social en constante cambio.

Nuestro país enfrenta grandes problemas, concretamente aquellos relacionados con la pobreza, la salud, la educación, la marginación, la ignorancia en los que sobreviven cientos de miles de mexicanos que han tenido como saldo un mayor deterioro de sus condiciones de vida (UNAM, 2001). Los grandes problemas nacionales conllevan a otros más específicos, como son: drogadicción, alcoholismo, analfabetismo, reprobación y deserción escolar, accidentes en el trabajo, discriminación en el trabajo, delincuencia, desintegración familiar, violencia a la mujer, violencia intrafamiliar y otros.

Frente a las políticas de ajuste macroeconómico que han aplicado los gobiernos para contrarrestar situaciones de crisis, las familias han tenido que absorber distintos costos económicos y sociales, protagonizando nuevos roles que sobrepasan el hecho de garantizar la supervivencia de los componentes del sistema familiar, al ejercer un efecto protector y estabilizador frente a las dificultades (Bronfman, 2000).

Actualmente las *funciones que desempeña la familia* se han visto modificadas en mayor o menor medida en un periodo relativamente corto, lo cual está relacionado con la evolución demográfica, el avance científico y tecnológico, la difusión de los medios de comunicación, la organización de la sociedad, la urbanización y con las transformaciones en los procesos de reproducción (Leñero, 1971), lo que ha llevado a la institucionalización de una serie de actividades que se desempeñan al interior de la familia.

Estos cambios internos se refieren a protagonizar nuevos roles para reducir o mitigar el impacto económico, político y social a través de la adopción de estrategias que involucran tanto al grupo familiar como al reforzamiento de las redes extensas, los vínculos de parentesco que dan cuenta de la existencia de una red de comunicación y apoyo más allá de los muros de la vivienda. De hecho, se ha incrementado la participación de los miembros del hogar, de la mujer-esposa y los hijos, quienes, en algunos casos, contribuyen de manera importante a la obtención de ingresos para el sostenimiento del hogar (INEGI, 1998), modificándose el esquema de que el padre es el único proveedor.

Estas transformaciones se manifiestan hasta cierto punto, en la estructura, ciclo de vida y composición de las familias, en las relaciones de parentesco y en los distintos tipos de hogares familiares, y permiten apreciar la flexibilidad de la familia y su capacidad para actuar como un dispositivo que regula los procesos sociales.

Al mismo tiempo, cada vez hay más familias en condiciones vulnerables y las fuentes de tensión, desintegración y ruptura de los vínculos familiares ha tenido como consecuencia que muchos niños y jóvenes queden abandonados a sus propios medios, dejan de asistir a la escuela, viven en condiciones muy desfavorables y se exponen, cada vez más, a riesgos como: drogadicción, alcoholismo, explotación laboral, abuso sexual, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y violencia.

Los niños son considerados la población más vulnerable al estar expuestos a sufrir con mayor frecuencia maltrato físico y mental. La violencia ejercida sobre la mujer se da en gran parte en su entorno más cercano, el hogar, y proviene de su pareja conyugal. La violencia es una causa de muerte e incapacidad entre mujeres en edad reproductiva. Actualmente algunas mujeres ven como medida preventiva el divorcio.

La violencia intrafamiliar es un problema que debilita los valores de la convivencia, propicia la desunión, la falta de respeto entre la pareja, y entre la pareja y los hijos, una baja autoestima en las víctimas; además, repercute en otros ámbitos de la sociedad, como la escuela y el trabajo, donde se manifiesta a través de un bajo rendimiento escolar, el abandono de los estudios y en tiempo de trabajo perdido. Lo anterior constituye un obstáculo para el desarrollo de un país, ya que impide el disfrute pleno de los derechos humanos (UNAM, 2001).

El estado emocional de las personas está asociado a situaciones de conflicto cotidianas en el entorno social, incluyendo el ámbito familiar. Como resultados de estos trastornos se encuentran la anorexia, la bulimia, la violencia familiar, los intentos de suicidio y los suicidios consumados. Estos últimos pueden relacionarse con disgustos familiares y problemas amorosos entre otros.

La preocupación nacional e internacional por estas situaciones refleja implicaciones sociales y políticas que focalizan a la *institución familiar como un asunto de interés público*, lo que ha conducido en la última década, a diversas reformas en el marco legal y a proponer la elaboración de programas de desarrollo social en los que se resalta la necesidad de incluir la participación de profesionales especializados en la atención a la familia, en diferentes niveles de atención -prevención o intervención-, personal altamente capacitado que haga frente a las demandas y problemáticas de la población, en delimitar y detectar las variables asociadas a problemas psicológicos específicos y el proponer alternativas de solución efectivas.

Para la comprensión y explicación del ser humano, se han desarrollado diversas aproximaciones teórico-filosóficas, especialmente en el campo de la psicología clínica.

Una de estas aproximaciones es el enfoque sistémico en el estudio y atención de los procesos humanos en función del contexto y las relaciones. Este enfoque trata, no con elementos aislados, sino con la totalidad, lo que significa que se incluye tanto al sujeto que presenta el problema como a las otras personas que interactúan con él en un momento y en un lugar preciso. Asimismo, el enfoque sistémico, como proceso terapéutico, se caracteriza por su brevedad y por la posibilidad de brindar atención a problemáticas psicológicas diversas que se presentan en individuos, parejas, familias y/o grupos. Dichas características han resaltado la viabilidad y efectividad de este enfoque en el trabajo clínico en instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

## 1.2 CARACTERÍSTICAS DEL ESCENARIO

### 1.2.1 DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO (CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “GUILLERMO DÁVILA”)

La Facultad de Psicología de la UNAM se creó el 27 de febrero de 1973, después de haber estado adscrita como escuela a la Facultad de Filosofía y Letras desde 1945. A partir de 1973 se modifican proyectos y se propone impulsar la estructura de un nuevo currículum académico que abarque y unifique los aspectos teóricos y prácticos en la formación del psicólogo, por lo que se crean e promueven diversos proyectos y centros de investigación, que abarcan tanto los departamentos de estudios profesionales como los de estudios superiores (Lorentzen, 1986).

Durante este periodo, cuando es director de la Facultad el Dr. Luis Lara Tapia, se nombra a la Dra. Bertha Blum como jefa del Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado, quien siguiendo las directrices generales del desarrollo de la Facultad, reestructura el Departamento de Psicología Clínica en los estudios superiores. En esta reestructuración contempla los siguientes aspectos:

1. Modificación del plan de estudios de la maestría y doctorado.
2. Reformulación de los requisitos de admisión para los estudiantes.
3. Organización de actividades académico-administrativas y de prestación de servicios.
4. Elaboración de un proyecto para la creación de un centro de docencia, investigación y asistencia psicológica.

En estos cuatro aspectos se *pretendía vincular la enseñanza de la psicología clínica con el trabajo de investigación y el servicio a la comunidad.*

El proyecto de crear un centro de docencia, investigación y asistencia comunitaria tuvo su origen en la necesidad de generar un nuevo programa de formación de psicólogos clínicos, a nivel de maestría y doctorado; pues se requería de un espacio en el que se *conjugaran los aspectos académicos, docentes y teóricos con la práctica clínica y que al mismo tiempo cumpliera una función social.* Así nacieron dos centros de servicio a la comunidad dependientes de la Facultad: el *Centro de Servicio Comunitario*, en el que el

estudiante podrían realizar su servicio social y la práctica de diversas materias y el *Centro de Servicios Psicológicos (CSP)*, en el que se ofreció servicio tanto a estudiantes como a su familia nuclear. Al mismo tiempo se considero como un centro para el desarrollo de la docencia y la investigación a nivel de estudios superiores. El centro se inauguró oficialmente el día 8 de mayo de 1981 y ofreció por primera vez servicio terapéutico a la comunidad el primero de agosto de 1981. Adquiere su autonomía en 1983 (Lorentzen, 1986).

El objetivo de estos centros era establecer un contacto más estrecho con la comunidad y prestar servicio en varias áreas: educativas, clínica, social, de trabajos y rehabilitación. En estos centros los estudiantes podían realizar su servicio social bajo la supervisión y dirección de los maestros de la Facultad o por los responsables del trabajo en las instituciones con las cuales se realizaron convenios.

### **Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” (CSPGD)**

El Centro represento la cristalización de viejos y nuevos proyectos al crear un centro de enseñanza, investigación y asistencia, dentro del periodo en que la Dra. Graciela Rodríguez de Arizmendi es directora de la Facultad y el Dr. Raymundo Macías Avilés es jefe de la División de Estudios Superiores.

Los principales objetivos que se establecieron como base de su creación:

1. Ofrecer a los estudiantes formación académica especializada a nivel de estudios superiores.
2. Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica directa y supervisada con el fin de superar la antigua escisión entre la teoría y la práctica.
3. Desarrollar programas de investigación.
4. Ofrecer servicios psicológicos a la comunidad.

El Centro “Guillermo Dávila” está ubicado en el sótano del nuevo Edificio “D”, de Estudios de Posgrado, de la Facultad de Psicología. Cuenta con siete cubículos destinados a entrevistas individuales y de diagnóstico, cuatro salas con cámaras de Gesell y cuatro salas más grandes para usos múltiples.

La primera coordinadora del Centro fue la Lic. Josette Benavides, posteriormente lo coordinarán la Dra. Marcia Morales, la Lic. Graziella Zierold, el Dr. Héctor Ayala, el Dr. Benjamín Domínguez, la Lic. Leticia Echeverría, la Lic. Ma. de la Luz Fernández y actualmente la Lic. Noemí Barragán.

Los **objetivos del centro son** (Barragán, Morales y Gonzáles, 2003):

- Apoya y fortalece 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.
- Proporciona servicio, apoyo a la docencia; permite realizar; investigación y difusión.
- Proporciona servicio psicológico de calidad a estudiantes, administrativos, académicos, familiares y público en general.
- Apoya a la docencia a través del fortalecimiento de la formación teórico- práctica de los alumnos, con base en el entrenamiento práctico bajo supervisión.
- Fortalece la producción científica y la investigación aplicada con problemas sociales reales que requieren la atención del psicólogo.
- Difunde los productos del quehacer psicológico en foros científicos y en la comunidad.

Actualmente **el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” constituye el escenario de diversas Residencias del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM:** *Residencia en Medicina Conductual, Residencia en Terapia Familiar Sistémica, Residencia en Psicología Infantil, Residencia en Psicología de las Adicciones.*

Proporciona al estudiante entrenamiento y sesiones de supervisión de casos, como:

1. Aprendizaje, enriquecimiento y crecimiento de la labor profesional.
2. Compartimiento y planeación de alcances y límites en el quehacer psicológico.
3. Compresión del material clínico desde enfoques distintos.
4. Adquisición de habilidades profesionales.

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.

Se ofrecen varios programas, entre los que se encuentran:

- Programa de Terapia Conductual Infantil.
- Programa de Apoyo Psicosocial para Niños con Cáncer y sus Familias.
- Estudio de Variables Familiares y del Contexto Comunitario en el desarrollo de problemas de conducta infantil a través de estrategias longitudinales.
- Programa de Movilización y Empoderamiento Comunitario para la Prevención Universal de Comportamientos Adictivos en zona urbana.
- Programa de Tratamiento Psicológico de Alteraciones Fisiológicas.

### **1.2.2 EXPLICACIÓN DEL TRABAJO Y SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN EL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS**

La Residencia en Terapia Familiar, a través de la *actividad de práctica supervisada (entrenamiento)* presto apoyo a la comunidad universitaria y a la población de la zona aledaña en el centro de servicios psicológicos “Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, a través de la realización de trabajo clínico con individuos, pareja y familia, bajo la modalidad de *supervisión en vivo y supervisión narrada* desde diferentes modelos de terapia familiar sistémica. Los supervisores se mostraron atentos, respetuosos tanto al sistema terapéutico (sistema familiar y terapeuta) como al equipo de supervisados, brindando retroalimentación en cada caso clínico atendido y compartiendo su experiencia.

En cada uno de los semestres era mayor la participación como terapeutas, debido a que ya contábamos con un bagaje teórico más amplio de los diferentes modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica, que enriquecía el trabajo clínico. A continuación se especifican las actividades realizadas en cada semestre y la participación que se tuvo.

En el **primer semestre**, dentro de la práctica supervisada I. Participe como observadora del trabajo clínico de las supervisoras, primeramente de la Dra. Mary Blanca Moctezuma

desde los modelos de Terapia Breve y posteriormente de la maestra Carolina Díaz-Walls, aplicando el modelo Estructural en el tratamiento de familias, parejas e individuos, al mismo tiempo participé como parte del equipo terapéutico detrás del espejo.

**Segundo semestre.** En la práctica supervisada II. Participación como terapeuta principal en la atención a familias e individuos, bajo la supervisión y dirección en vivo de la maestra Patricia Moreno detrás del espejo, desde el Modelo Estructural y el Modelo Centrado en las Soluciones. Al mismo tiempo participé como parte del equipo terapéutico, observé y forme parte del equipo de supervisión en el trabajo clínico con individuos, parejas y familias realizado por la supervisora, la Dra. Mary Blanca Moctezuma y algunos compañeros del grupo. La supervisión fue desde el modelo desarrollado en el Mental Research Institute (MRI).

**Tercer semestre.** Práctica supervisada III. Trabajo clínica en coterapia y como terapeuta principal en la atención a familias, parejas e individuos, bajo la dirección y supervisión en vivo detrás del espejo, de las maestras Piedad Aladro y Patricia Moreno, a si mismo participé como parte del equipo terapéutico. Forme parte del equipo de supervisión al observar el trabajo clínico realizado por compañeros del grupo, bajo la supervisión de la maestra Jossette Benavides y de la Dra. Mary Blanca Moctezuma. Las supervisoras tomaron los lineamientos de los modelos de Terapia Breve.

Participo como observadora tras el espejo del trabajo clínico del Dr. Raymundo Macías con parejas y familias desde el Modelo Dinámico-Sistémico-Integrativo, y en *cuarto semestre* colabore en la modalidad de supervisión autoreflexiva con familias simuladas que era un apoyo a los casos clínicos atendidos en otros momentos.

**Cuarto semestre.** Práctica supervisada IV. Participación como terapeuta principal en la atención a familias extensas, bajo la supervisión y dirección en vivo de la maestra Carolina Díaz-Walls desde el modelo del equipo de Milán, así mismo participe en el equipo terapéutico tras el espejo, forme parte del equipo de supervisión y colabore en el equipo de reflexión al observar el trabajo clínico de algunos compañeros de grupo, la supervisión y dirección estuvieron a cargo de la maestra Nora Rentería, bajo el modelo de Terapia Narrativa y de la Dra. Mary Blanca Moctezuma de acuerdo a los modelos enfocado en el problemas y Centrado en las Soluciones.

En la supervisión narrada participe como terapeuta principal en la atención a individuos, parejas y familias, forme parte del equipo terapéutico detrás del espejo, con la supervisora la Dra. Mary Blanca Moctezuma tenía reuniones de trabajo semanalmente, a quién le presentaba los casos clínicos atendidos tomando en cuenta los lineamientos del Modelo Centrado en las Soluciones, de quien recibía retroalimentación.

## II MARCO TEÓRICO (HABILIDADES TEÓRICO-CONCEPTUALES)

### 2.1.1 ANÁLISIS DE LOS FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

Se describen en este apartado los fundamentos epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna; teoría general de los sistemas, teoría de la cibernética, teoría de la comunicación, constructivismo y construccionismo social.

#### TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

En los albores del siglo XX los paradigmas hasta entonces utilizados se enfocaban a los aspectos positivistas, lógicos, enciclopedistas, de retroalimentación y tecnología, con una idea atomista y reduccionista. Al respecto Bertalanffy (1986), señala que la *ciencia moderna* se caracteriza por la especialización siempre creciente, impuesta por la inmensa cantidad de datos, la complejidad de las técnicas y de las estructuras teóricas dentro de cada campo.

El modelo mecanicista o reduccionista aísla los elementos de un universo observado, en pequeños segmentos, en entidades atomizadas, en procesos parciales con el fin de descubrir, determinar y predecir nuevos hechos de los fenómenos estudiados teniendo profundidad en su saber y encontrarse incomunicado por la poca extensión con la totalidad en el que está involucrado. Sin embargo, los teóricos de la *totalidad* y *organísmica* señalan la necesidad de estudiar no sólo partes y procesos aislados, sino resolver los problemas decisivos hallados en la organización y el orden que los unifican, resultante de la interacción dinámica de partes y que hacen diferente el comportamiento de éstas cuando se estudian aisladas o dentro del todo.

Bertalanffy (1986), al respecto señala que en las ciencias contemporáneas aparecen actitudes que se ocupan de lo que un tanto vagamente se llamaba *totalidad*, es decir, problemas de organización, fenómenos no fragmentados en acontecimientos locales, interacciones dinámicas manifiestas en la diferencia de conductas de partes aisladas o en una configuración superior, etc; en una palabra, *sistemas* de varios órdenes, que no son

comprensibles en la investigación de las partes en forma aislada. Las concepciones y problemas de tal naturaleza han aparecido en todas las ramas de la ciencia, sin importar que el objeto de estudio sea cosa inanimada, organismo viviente o fenómeno social. Esta correspondencia es más llamativa en vista de que cada ciencia siguió su curso independiente, casi sin contacto con las demás y basándose todas en hechos diferentes y filosofías contradictorios. Con frecuencia aparecen aspectos y puntos de vista generales en diferentes ciencias, leyes formalmente idénticas o isomorfas en diferentes campos. En muchos casos, leyes isomorfas valen para determinadas clases o subclases de *sistemas*, sin importar leyes generales de sistemas aplicables.

**La Teoría General de los Sistemas (TGS)** se propone en yuxtaposición al modelo reduccionista y mecanicista, al centrarse en la exploración científica del todo y sus partes, la TGS, es propuesta por Ludwig Von Bertalanffy,<sup>1</sup> la cual fue dada a conocer alrededor de 1947, al término de la Segunda Guerra Mundial. Esta Teoría tiende a la integración en las diferentes ciencias naturales y sociales, al elaborar principios unificadores que corren verticalmente y horizontalmente por el universo de las ciencias, esta teoría nos acerca a la meta de la unidad de la ciencia (Bertalanffy,1986), sin embargo, su obra fue recibida por filósofos, matemáticos y biólogos con incredulidad por fantástica y contundente, por considerar que puede ser aplicable a las matemáticas, así como a todas las demás ciencias.

En 1954 se formó la *Sociedad para la Investigación General de Sistemas*, cuyo *objetivo* se enfocaba hacia “impulsar el desarrollo de sistemas teóricos aplicables a más de uno de los comportamientos tradicionales del conocimiento” (Bertalanffy, 1986). Sus *funciones principales* eran: 1) investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en varios campos y fomentar provechosas transferencias de un campo a otro; 2) estimular el desarrollo de modelos teóricos adecuados en los campos que carecen de ellos; 3) minimizar la repetición de esfuerzos teóricos en diferentes campos y 4) promover la unidad de la ciencia mejorando la comunicación entre especialistas. A partir de esto la teoría quedó reconocida como una nueva alternativa para la investigación científica.

---

<sup>1</sup> Bertalanffy nació en 1901 en Viena y murió en 1972. Estudió Biología en la Universidad de su ciudad natal, donde fue profesor e investigador hasta 1949. Debido a los problemas en que se vio envuelta toda Europa, se marcha a Canadá y posteriormente a Estados Unidos, donde su obra adquiere mayor prestigio.

Esta teoría trata sobre las totalidades y las interacciones internas y externas de las totalidades con su medio. Esto la llevó a ser considerada una poderosa herramienta que permite la explicación de los fenómenos que ocurren en la realidad, así como las predicciones del comportamiento futuro de esa realidad, por lo cual tuvo gran aceptación entre la colectividad científica de los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial.

La Teoría General de los Sistemas se opone a los postulados epistemológicos de otras teorías menos abarcativas, donde la realidad ha sido dividida y sus partes explicadas por diferentes ciencias. Para Bertalanffy, el reduccionismo en el que han caído las ciencias, ha provocado pseudoexplicaciones, por lo que propone como contrapartida su teoría, que considera que la realidad es una totalidad, que no puede ser prevista o explicada por medio del estudio de partes aisladas.

El objetivo de la TGS es *encontrar los isomorfismos* en las leyes en diferentes campos, lo que significa encontrar la uniformidad estructural en los esquemas que estamos aplicando. Se enfoca en una concepción del mundo como totalidad que presenta uniformidades estructurales manifiestas por rasgos isomórficos en los diferentes niveles y ámbitos. Al mismo tiempo, se *propone un lenguaje común* que sirviera como punto de unión *entre las diversas ciencias especializadas*, el cual permitiría el intercambio de conocimientos entre los científicos, haciendo aumentar el caudal de la ciencia en su totalidad.

Para Bertalanffy (1986), algunos de los **conceptos** que se desprenden de la Teoría General de los Sistemas son los siguientes:

**Sistema**, Bertalanffy lo define como “conjuntos de elementos en interacción”. Todos los fenómenos están integrados por los diversos aspectos que los componen, así como por las interrelaciones que se generan entre ellos. Forman entidades de interacción dinámica de partes cuyo valor cognitivo difiere si en su comportamiento se estudian aisladas o dentro de un todo. Los sistemas están formados a su vez por partes o subsistemas y son partes de totalidades mayores o supersistemas. El concepto de *sistema* trata de englobar a la célula, al ser humano, a las máquinas autorregulables o al universo.

**Los sistemas** pueden ser abiertos o cerrados. Un **sistema abierto** intercambia materia con el medio circundante; exhibe importación y exportación, constitución y degradación de sus componentes materiales. *Los sistemas abiertos* intercambian energía e información con su entorno, envían y reciben mensajes. Un ejemplo de esto son los sistemas vivos, los sistemas sociales, una célula, una planta, la familia, entre otros.

Los **sistemas cerrados** no efectúan ningún tipo de intercambio de energía o información con su medio ambiente. Se limitan a la física y la química. Por ejemplo, una plancha con termostato, donde el producto final modifica la corriente de entrada, es decir, su insumo, debido a que se encuentra interconectado, alimentándose así mismo.

Otro concepto es el de **sistema relacional**, grupo constituido por una o más unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades; éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada y así sucesivamente (Parsonns y Bales, 1955; citado en: Andolfi, 1997).

Para Bertalanffy todo organismo es un sistema, o sea un orden dinámico de partes y de procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas. Del mismo modo, se considera a la **familia como un sistema abierto**, constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en constante intercambio con el exterior. De la misma manera, se puede postular que todo grupo social es a su vez, un sistema constituido por múltiples microsistemas en interacción dinámica (Andolfi, 1997).

Los conceptos de **entropía negativa o neguentropía**, explican dentro de la termodinámica, los procesos irreversibles que ocurren en los **sistemas cerrados** que alcanzan el equilibrio, al aumentar el grado de orden. La entropía es una medida aproximada de la desorganización y el desorden. La falta de entropía en un sistema, conocida como neguentropía, se refiere en términos generales al grado de orden u organización en un sistema cerrado. La entropía es una medida de probabilidad; así, un sistema tiende al estado de distribución más probable. Los cambios de entropía en sistemas cerrados es siempre positivo, porque hay una continua destrucción del orden, mientras que en los sistemas vivos, no sólo se produce entropía por procesos

irreversibles, sino también puede haber entradas de entropía negativa. De esa manera, los sistemas abiertos, al mantener el estado uniforme, logran evitar el aumento de entropía desarrollándose hacia estados de orden y diferenciación creciente.

Los sistemas abiertos, como todo organismo viviente, se mantienen en una continua incorporación y eliminación de material, sin alcanzar nunca un estado de equilibrio, sino manteniéndose en un estado uniforme.

### **Propiedades de los sistemas:**

El concepto de **totalidad**. Cada parte del sistema se relaciona con el resto de manera que un cambio en un elemento provoca cambios en otros y en el sistema como un todo. Un elemento no puede ser sumado a otro. Su valor viene determinado por su posición en la estructura del sistema y no por su valor intrínseco. Por lo que la conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, sino más bien se trata de enfocar en las relaciones existentes entre ellos.

La **organización** se refiere a aquellas relaciones que tienen que existir para que algo sea lo que es; y que permite al observador reconocerlo y clasificarlo como miembro de una clase específica, por ejemplo. La tarea del terapeuta consiste en identificar y generar nuevas organizaciones familiares en las que aparezcan formas diferentes de actuar, formas que permitan al sistema familiar la emergencia de nuevas formas de interactuar y de esa manera poder desarrollarse.

Otro concepto es el de **emergentismo**. Designa las cualidades y propiedades de los sistemas, cualidades que representan un carácter novedoso, que no podrían haberse predicho a partir del comportamiento de una de sus partes o subsistemas. El emergentismo ocurre cuando un proceso posee **sinergia**, es decir, que el examen de una o algunas de sus partes en forma aislada no explica o predice el comportamiento del todo, lo que quiere decir que el todo no es igual a la suma de sus partes.

**Recursividad** se refiere a cómo un sistema se vincula verticalmente con otros sistemas, tanto mayores como menores, siendo los primeros suprasistemas y los segundos subsistemas. Los sistemas menores se encuentran contenidos en los mayores que a su

vez se contienen en otro de mayor tamaño. Lo más importante de esta característica es que, independientemente de si se trata de un subsistema o un suprasistema, cada uno tiene sinergia, es decir, se comporta como un sistema, como un individuo que posee todas las características de su especie o clase.

La **equifinalidad** se define como una orientación que permite a los sistemas partir de condiciones iniciales diferentes y arribar a efectos finales similares, o condiciones iniciales similares que conducen a efectos finales diferentes. Estos sistemas adaptativos, complejos y abiertos, dependen no sólo de las relaciones mutuas de las partes, sino de tipos muy particulares de interrelaciones. 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 miembros que las componen sean extremadamente diferentes.

Esto permite percatarse de la complejidad total de los fenómenos interactuantes y percibir los procesos emergentes totales como función de la interrelación de los componentes y, sobre todo, permite el análisis de las decisiones selectivas o elecciones, esto es, la intencionalidad subyacente en los sistemas humanos.

## **TEORÍA CIBERNÉTICA**

El primer objeto de estudio de la cibernética fueron los procesos de comunicación y control de los sistemas naturales y artificiales de Wiener 1954 y Bertalanffy con su Teoría General de los Sistemas (1968), estudió las correspondencias o isomorfismos entre sistemas de todo tipo. Ambas teorías compartieron su cuna científica, crecieron, se desarrollaron como coincidentes y se destacaron por sus diferencias. (Sluzki, 1985) Si tomamos como parámetro su valor de referente conceptual en los últimos años dentro del campo de la terapia familiar, la balanza se está inclinando fuertemente a favor de la cibernética gracias a su nuevo desarrollo epistemológico.

La teoría de la cibernética surgió casi al mismo tiempo que la teoría de la información de Shanon y Weaver (1949) y la teoría de los juegos de Neuman y Morgenstern (1947). Estas ideas aparecen después de la Segunda Guerra Mundial para mostrar sus repercusiones no sólo en el campo de la tecnología, sino también en el ámbito biológico, psicológico y social (Bertalanffy, 1986).

La cibernética ha sido definida de diversas maneras. Norbert Wiener<sup>1</sup> acuñó en 1948 el término “cibernética”, del griego kubernetes, que significa timonel, gobierno o piloto, definiéndola como la ciencia de la comunicación y el control en el ser humano en los animales o en las máquinas (Keeney, 1994; Simon, Stierlin y Wynne, 1997). McCulloch en 1965, quien la describió como una epistemología experimental centrada en la “comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio”; Bateson en 1972 la reconoce como la nueva ciencia de la forma y patrones de organización (Sluzki, 1985).

Ashby (1977), menciona que la cibernética comenzó por estar íntimamente asociada de múltiples maneras a la física, pero no depende en ningún sentido esencial de las leyes de la física, de la energía o de las propiedades de la materia. La cibernética no se deriva de ninguna otra rama de la ciencia, posee sus propios fundamentos, que le permite ocuparse de todas las formas de conducta. Los especialistas de la cibernética nos recuerdan que la física es la subdisciplina de la cibernética aplicada al estudio de las pautas corporizadas en la materia. Así, la física y la cibernética, no son polos opuestos, la primera es parte de la segunda. Para aclarar esta idea, primero debemos trazar una distinción que surge de la base misma de la epistemología: un mundo de distinciones se diferencia de un mundo en el que nada puede distinguirse. El trazar distinciones para poder conocer el mundo y al mismo tiempo saber que estas construcciones son ilusorias (Keeney, 1994).

El **propósito de la cibernética** era desarrollar tanto un lenguaje propio de las máquinas como las técnicas específicas que permitieran al hombre no sólo encarar los problemas más generales de la comunicación y regulación, sino además establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones particulares con conceptos; a través de ofrecer un vocabulario único, en un conjunto de conceptos

---

<sup>1</sup>Wiener nació en 1894 en los Estados Unidos en Columbia. Fue considerado por la comunidad científica de su época, como niño prodigio. Escribió dos libros autobiográficos. Exprodigio y soy un matemático, que narran los hechos que lo ayudaron a formarse como investigador y su interés por combinar las matemáticas con la comunicación y el control humano sobre las máquinas.

adecuados para representar los más diversos tipos de sistemas y conceptos que tienen correspondencia exacta en cada rama de la ciencia y, por lo tanto, puede ponerla en relación exacta, proporcionando un lenguaje común por cuyo intermedio los descubrimientos de una rama científica pueden ser empleados en otras ramas con fluidez y simplicidad (Ashby, 1977; Keeney, 1994).

La cibernética, al igual que otras teorías, pasa por varios periodos de desarrollo. Hablemos, pues, de la cibernética de primer orden y de la cibernética de segundo orden.

### **Cibernética de primer orden o de los “sistemas observados”**

Sluzki (1985) menciona que la cibernética de primer orden se caracteriza por dos periodos: primera cibernética y segunda cibernética

El primer periodo o **primera cibernética** se va nutriendo de la física; apareció en los albores de la ingeniería de comunicación y de las ciencias de la automatización y la computación como un esfuerzo tendiente a establecer los principios generales de regulación de sistemas de todo tipo.

Las dos nociones clave de este periodo fueron el concepto de **organización** y el concepto de **información**. Los primeros trabajos en cibernética fueron realizados por Norbert Wiener, quien se centró en los procesos de corrección de la desviación de la media, es decir, en la retroalimentación (feedback negativa), postulando cómo los sistemas operan para mantener la homeostasis y la neguentropía, como principal ordenador y donde más allá de la entropía positiva yacía el caos y la destrucción del sistema.

El segundo periodo en el desarrollo de la cibernética fue bautizada por **Magoroh Maruyama** (1963, citado en: Sluzki, 1985) como “**segunda cibernética**”, el énfasis se desplaza a los procesos de ampliación de la desviación, la retroalimentación positiva, y los procesos sistémicos, enfatizando en la dialéctica estabilidad-cambio.

**La segunda cibernética** se basa en el modo en que los sistemas cambian su organización por retroalimentación positiva (**morfogénesis**) en los procesos de ampliación hacia la desviación, la estructuración del sistema, al desequilibrio y la

reestructuración del sistema, moviliza los subsistemas y da otra jerarquía a la unión de éstos, proporcionando una visión homeodinámica en lugar de una homeostática de los procesos sistémicos.

*En la cibernética de primer orden, el sistema observado se considera fuera del observador.* Su epistemología supone que sus nociones describen realidades independientes del observador; los modelos basados en esas nociones describían a los sistemas, sus relaciones circulares, sus mensajes, etc, en tanto entidades ontológicas.

**Las relaciones tempranas entre cibernética y terapia familiar** consistieron en el surgimiento de modelos terapéuticos que fueron llamados interaccionales. Consistieron en aplicaciones de las nociones cibernéticas al campo de las interacciones humanas y de la resolución de problemas. Dichos modelos surgieron en el Mental Research Institute (MRI), influidos por la teoría del doble vínculo en la comunicación esquizofrénica de Gregory Bateson (Pakman, citado en: Von Foerster, 1991). El grupo del MRI dirigido por Don. Jackson describe a la familia no sólo como un sistema de partes interrelacionadas, sino también como un sistema cibernético que se gobierna a sí mismo por medio de la retroalimentación; lo cual lo habían observado al estudiar familias con pacientes esquizofrénicos, a quienes consideraron rígidos y tendientes a utilizar la retroalimentación en forma negativa como un medio para regresar a su estatuto patológico (Bateson, 1998).

La mayoría de los encuadres terapéuticos no sistémicos y sistémicos de primer orden caen dentro de este parámetro cibernético, es decir, la cibernética en el encuadre terapéutico se refiere a la pauta y a la organización terapeuta-paciente, en las cuales están dadas a partir de una perspectiva dicotómica: la de observador-observado, enfermo-sano, etc. En consecuencia, el terapeuta se mantiene en una pauta de interacción fuera del sistema, es decir, como vigilante de un fenómeno a observar o a modificar; donde todas las vicisitudes son vistas desde fuera del sistema observado y no dentro de él.

**Cibernética de segundo orden o “cibernética de los sistemas observantes”.** El curso de las ideas de la cibernética experimentó un cambio radical cuando la fascinación por el estudio de los procesos recursivos condujo a incluir a la misma cibernética entre los objetos de su estudio. Keeney (1994), señala que la *cibernética de la cibernética*, o lo que

Von Foerster (1991) llamó *cibernética de segundo orden*, sitúa al observador en el seno de lo observado, toda descripción es autorreferencial. Se considera al observador como parte de la realidad observada y no como organizador de ésta; en contraste con la cibernética de primer orden de los sistemas observados, en donde el observador es, por así decirlo, una cámara que registra lo que ocurre afuera de él y sin rendir cuentas de su propia participación al observar.

El contexto que favoreció el desarrollo de la **cibernética de segundo orden** incluye ingredientes tales como: los principios de la física cuántica, los aportes filosóficos de Wittgenstein, las contribuciones neurofisiológicas de Warren Mc Culloch, Humberto Maturana y Francisco Varela, y la del epistemólogo Jean Piaget, a demás de la infinidad de científicos enfocados en el estudio de la cibernética, donde el lenguaje científico (cibernética) implica necesariamente un discurso de la naturaleza, sus alcances y límites del lenguaje y los procesos mentales de quien lo produce, sin olvidar el referente del discurso (Sluzki, 1985). La cibernética involucra a la ecología del transmisor y del receptor. En cada uno de estos procesos hay limitaciones y alcances tanto a nivel interno como externo.

En la epistemología de **la cibernética de segundo orden**, el observador es parte de lo que observa y toda descripción acerca de observaciones y modelos es necesariamente una descripción acerca de quien genera la descripción (Von Foerster, 1973, Howe y Foerster, 1974 y Watzlawick, 1984, citados en: Sluzki, 1985).

Con la cibernética de segundo orden, *la relación entre cibernética y terapia familiar*, que anteriormente consistía en un traslado de modelos, se encuentra ahora mediada por el desarrollo de una epistemología, de un marco conceptual y de una postura de respeto de las cuestiones del conocer, la verdad y la realidad. El terapeuta no es más alguien que describe al sistema "tal cual es desde afuera", sino alguien que "co-construye el sistema del que él también es participante", y más aún, el terapeuta mismo emerge como tal a través de esa participación y del tipo de instrumentos conceptuales que usa y genera en dicha participación (Pakman citado en: Von Foerster, 1991).

*La relación terapéutica* puede describirse, a su vez, como una variante entre niveles de primer y segundo orden cibernético. Por lo general, el terapeuta alterna su pensamiento

con el de la familia de afuera y adentro del contexto terapéutico. En el afuera define patrones reiterativos; por ejemplo, describe fronteras intergeneracionales como atributos intrínsecos del sistema familiar que él está observando, o se propone un curso de preguntas circulares para desafiar ciertas áreas de silencio, y en el adentro involucrarse con la familia, en sus diálogos, sus historias, sus fuerzas, sus recursos y significados.

Algunos de los conceptos que se desprenden de la cibernética son los siguientes: **Teleología**. El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los estadios de desarrollo por los que atraviesa, a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros. Este proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias: **morfofostasis y morfogénesis**.

**Morfofostasis** se denomina a la tendencia del sistema a mantener constancia, unidad, identidad y equilibrio frente al medio. Este concepto se emplea para describir cómo el cambio en una parte del sistema es seguido por otro cambio compensatorio en otras partes del mismo que restaura el equilibrio. Ashby amplió este concepto aplicándolo a los sistemas cibernéticos, al señalar que algunos sistemas son capaces de compensar ciertos cambios del ambiente manteniendo, a la vez, una estabilidad en sus propias estructuras. Así pues, la morfofostasis o también llamada homeostasis, es posible gracias a la puesta en marcha de mecanismos con retroalimentación negativa en el sistema.

**Morfogénesis**. Este concepto fue introducido por Mayurama para describir fenómenos de cambio en las estructuras de un sistema, gracias a la retroalimentación positiva o de secuencias que actúan para amplificar la desviación. **La morfogénesis** se centra en la tendencia del sistema a cambiar y a crecer; comprende la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones para manejar aquello que cambia. En la familia la morfogénesis puede ejemplificarse con la negociación de una nueva distribución de roles entre sus miembros.

Uno de los conceptos que comparte la cibernética con la Teoría General de los Sistemas es el de los **sistemas abiertos**. Todo organismo viviente se mantiene en una continua incorporación y eliminación de material sin alcanzar, mientras dure su vida, un estado de equilibrio, sino manteniéndose en un estado uniforme. Andolfi (1985) señala a la familia como un sistema vivo y abierto que está en constante transformación adaptándose

a las exigencias planteadas dentro de los diversos estadios de desarrollo, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen.

Este doble proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones aparentemente contradictorias. Tendencias homeostáticas y capacidades de transformación: circuitos retroactivos actúan a través de un complejo mecanismo de retroalimentación (feed-back) orientado hacia el mantenimiento de la homeostasis del sistema (retroalimentación negativa), o bien hacia un cambio (retroalimentación positiva). La retroalimentación negativa está destinada a proteger la homeostasis del sistema; la encontramos en el ámbito de la familia con problemas psiquiátricos. La retroalimentación positiva son los vehículos a través de los cuales los sistemas sociales crecen, crean e innovan y, por consiguiente, los describe como procesos morfogénicos (Speer, 1970 citado en: Andolfi, 1985).

**Retroinformación o feedback** se refiere a la capacidad que tienen los sistemas vivos para automodificarse cuando se producen cambios significativos en su medio ambiente. Dicha capacidad podría medirse por la posibilidad para aprender, es decir, la posibilidad que tiene el sistema para cambiar su organización o su estructura interna a un nivel más alto de complejidad. Por tanto, la retroalimentación permite conservar un equilibrio dinámico que se ubique entre la estabilidad y el cambio.

## **TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA**

Existen diferentes teorías que tratan de explicar el proceso comunicacional, tal es el caso de Shannon<sup>2</sup> discípulo de Wiener, quien define a la comunicación como la transmisión de información, como prevalecía en el siglo XVIII.

Shannon propone un esquema para explicar la comunicación como una cadena de elementos donde uno da razón del siguiente de forma causal y mecánica. Este modelo explicativo fue sumamente popular en los años cincuenta y tienen su raíz en la telefonía; actualmente se le conoce como la teoría de la información.

---

<sup>2</sup> Shannon, al definir la comunicación, parece no retoma el concepto de retroalimentación.

Por esa misma época, surgen otras investigaciones que deciden dejar de lado la explicación en boga y desarrollar un modelo basado en una epistemología circular, incorporando el concepto de retroalimentación de Wiener.

Los terapeutas de la comunicación del MRI adoptaron la cibernética de primer orden, el concepto de caja negra, para el trabajo con las familias. Este modelo se concentra únicamente en la entrada y salida de la comunicación, sin importar lo que suceda dentro del individuo (esto no significa que lo ignore, sino que le dan poca importancia), al tiempo que aplicaban también conceptos de los sistemas y el análisis de la comunicación humana.

Los investigadores interesados por el estudio de la comunicación, provienen de diversos campos tales como: la epistemología y la antropología con Gregory Bateson; la antropología con Ray Birdwhistell y Edward Hall; la sociología con Erving Goffman; la psiquiatría y del psicoanálisis con Don Jackson y Paul Watzlawick.

De esta manera, se fue perfilando la base conceptual del modelo interaccional o pragmático de la comunicación humana, centrado ya no en el estudio de las condiciones ideales de la comunicación, sino en el estudio de la interacción tal cual se da entre seres humanos (Sluzky, citado en: Watzlawick, Beavin y Jackson, 1997).

A Bateson junto con su equipo de Palo Alto California, se les considera los iniciadores de la nueva teoría de la comunicación. A pesar de que su interés no estaba dirigido a las técnicas terapéuticas ni a la patología, fueron éstos los campos donde mayores repercusiones tuvieron las investigaciones realizadas por él y los suyos.

Para Bateson<sup>3</sup> (1998), *el fenómeno comunicacional* está directamente relacionado con el aprendizaje. Durante el decenio de 1950-1959, Bateson encabezaba un gran proyecto que intentaba clasificar la comunicación por niveles: niveles de significado y significante, niveles de tipo lógico, lineal y metafórico y los niveles de aprendizaje-cognición (Hoffman, 1998).

---

<sup>3</sup> En 1962 Bateson dirige el Laboratorio de Investigación en las Islas Vírgenes, donde estudia, en su hábitat natural, el comportamiento comunicacional de nutrias, pulpos y delfines. En 1963, Taylor Pryor, de la Fundación Oceánica de Hawai, lo invita a investigar las diferentes formas de comunicación en los cetáceos.

Morris en 1938, y seguido por Carnap en 1942, (citado en: Watzlawick, Beavin y Jackson, 1997), propone que **el estudio de la comunicación humana se puede subdividir en tres áreas para el estudio de la semiótica: sintáctica, semántica y pragmática.**

**La sintáctica** se define como las reglas de formación y transformación de un lenguaje. Del modo en que se transmite la información y las pautas de decodificación de ésta, además de los canales utilizados en la comunicación: el ruido, la capacidad verbal, la redundancia inherente a los patrones de comunicación y del lenguaje. Estos conceptos se toman de la información recibida como características de la comunicación.

Los teóricos de la información se interesan en este concepto básicamente en los problemas de codificación, canales, redundancia y las propiedades estadísticas del lenguaje, donde los problemas son de índole sintáctico, pues no les interesa el significado de los símbolos-mensaje.

**La semántica** se ocupa de los significados de los lenguajes. La habilidad para transmitir y recibir el mensaje es de suma importancia para que el terapeuta pueda observar la claridad de los mensajes en la familia.

**La pragmática.** Se refiere a la conducta lingüística y, por tanto, a los efectos de la comunicación sobre la conducta. Los datos de la pragmática no sólo son palabras -en función de su configuración y significado-, que están reguladas por la sintaxis y la semántica, sino también sus concomitantes no verbales y por el lenguaje corporal. Agregaríamos también a las conductas personales los componentes comunicacionales inherentes al contexto, en que la comunicación tiene lugar.

A mayor coherencia, mejor comunicación. La pragmática deberá estar basada en contextos reales y específicos; si la comunicación no es coherente, es probable que se pueda presentar un concepto de doble vínculo.

**El enfoque comunicacional** de los fenómenos de la conducta humana -tanto normal como anormal- se basa en las manifestaciones observables de las relaciones.

A partir de los trabajos realizados por Bateson y por el equipo del MRI, encabezado por Jackson, se forjó poco a poco lo que se conoce como la nueva teoría de la comunicación, donde toda conducta era concebida de manera relacional y representaba una forma de comunicación, la cual posee propiedades de naturaleza axiomática (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1997). A continuación se enuncian los **axiomas de la comunicación**:

El primer axioma: **imposible no comunicar**. Éste indica que toda conducta es comunicación, es imposible dejar de comunicarse. En una situación de interacción toda conducta tiene valor de mensaje, es decir, es comunicación; por eso, por más que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por tanto, también comunican.

En ocasiones se recurre a *la descalificación*<sup>4</sup> como un tipo de comunicación, cuando alguien se ve atrapado en una situación en la que se siente obligado a comunicarse pero, al mismo tiempo, desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación.

El segundo axioma señala que **toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional** tal que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación. *El contenido* es la información incluida en el mensaje y el aspecto relacional se refiere a qué tipo de mensaje es y cómo debe entenderse. Para Bateson estas dos se conocen como los aspectos referenciales y conativos. *El aspecto referencial* de un mensaje transmite información, y en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. Se refiere a cualquier cosa que sea comunicable al margen de que la información sea verdadera o falsa, válida, no válida o indeterminable. *El aspecto conativo* se refiere a la relación entre los comunicantes.

*La comunicación no sólo transmite información, sino que, al mismo tiempo, impone conductas entre los comunicantes.* De esta forma, entre más “sana” es la relación comunicacional, más se pierde en el transcurso el aspecto de la comunicación vinculada a la relación y, por el contrario, entre más “enferma” y disfuncional es la comunicación,

---

<sup>4</sup> La descalificación; puede definirse como una forma de comunicarse de modo tal que su propia comunicación o la del otro queden invalidadas. Las descalificaciones abarcan una amplia gama de fenómenos comunicacionales tales como autocontradicciones, incongruencias, cambios de tema, tangencializaciones, oraciones incompletas, malentendidos, interpretaciones literales de la metáfora e interpretación metafórica de las expresiones literales

habrá una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación, mientras que el aspecto de la comunicación vinculada con el contenido se vuelve cada vez menos importante.

El tercer axioma se refiere a la naturaleza de una relación que depende de la **puntuación de las secuencias de hechos entre los comunicantes**. Se hace referencia al hecho de que la comunicación puede entenderse como una serie ininterrumpida de intercambios de mensajes; sin embargo, quienes participan en la interacción puntúan la secuencia, organizando los hechos de la conducta, cada uno a su manera. Como la puntuación es idiosincrática, es muy común que la falta de acuerdos respecto de la manera de puntuar las secuencias de hechos, sea causa de incontables conflictos en las relaciones humanas.

El cuarto axioma de la teoría comunicacional se refiere a los dos tipos de **comunicación analógica y digital**.

*El lenguaje digital* se transmite a través de símbolos lingüísticos o escritos y será el vehículo del contenido de la comunicación. *El lenguaje analógico* está determinado por la conducta no verbal -tono de voz, gestos, señales etc,- y será el vehículo de la relación.

*Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional*. Cabe suponer que comprobaremos que ambos modos de comunicación no sólo existen lado a lado, sino que se complementan entre sí en cada mensaje. El aspecto relativo al contenido se transmite en forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógica.

El quinto axioma señala que **todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios**, basados en la igualdad o en la diferencia. Este axioma se deriva directamente de los trabajos realizados de Bateson al describir el fenómeno de interacción que observó en la tribu latmul de Nueva Guinea, publicado en 1936 en su libro *Naven*, al denominar **cismogénesis o esquismogénesis**, proceso de diferenciación en las normas de la conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos. Bateson (1998) la clasifica en dos: *esquismogénesis simétrica* y *esquismogénesis complementaria*; actualmente se hace referencia a los términos de interacción simétrica y complementaria.

*Las relaciones simétricas* están basadas en la igualdad, es decir, mientras más hace uno de algo, más hace el otro de eso mismo. *Las relaciones complementarias* hacen referencia a que mientras más se comporta uno de cierta forma, menos se comporta el otro de esa misma manera. Es decir, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro.

Tanto las relaciones simétricas como complementarias son de igual utilidad en tanto no se les identifique como “bueno” o “malo”, “fuerte” o “débil”. Una relación complementaria puede estar definida por el contexto social o cultural -como en los casos de madre e hijo, médico y paciente, maestro alumno-, o ser el estilo idiosincrático de relación con una idea particular. En cualquiera de los dos casos, es importante destacar el carácter de mutuo encaje de la relación en la que ambas conductas, disímiles pero interrelacionadas, tienden cada una a favorecer a la otra. Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al tiempo que ofrece motivos para definir la relación.

Para Watzlawick y colaboradores, los axiomas de la comunicación humana tienen carácter tentativo, son heterogéneos entre sí en tanto tienen su origen en observaciones muy variadas de los fenómenos de la comunicación. Su unidad no surge de sus orígenes, sino de su importancia pragmática, la cual no depende de sus rasgos particulares sino de sus referencias interpersonales.

La comunicación como sistema no debe entenderse sobre la base de un modelo de acción y reacción, por compleja que sea su formulación, sino como un nivel transaccional Birdwhistell (citado en: Watzlawick, Beavin, Jackson, 1997). Así, la imposibilidad de no comunicarse genera que todas las situaciones en las que participan dos o más personas sean interpersonales y comunicacionales; el aspecto relacional de tal comunicación subraya aún más este argumento. La importancia pragmática e interpersonal de los modos digital y analógico radica no sólo en su supuesto isomorfismo con los niveles de contenido y de relación, sino también en la inevitable y significativa ambigüedad que tanto el emisor como el receptor enfrentan en lo relativo a los problemas de traducción de una modalidad a otra. La metamorfosis subyacente del modelo clásico de acción-reacción.

Por último, *el paradigma de relaciones simétricas y complementarias* es, quizá, lo que más se acerca al concepto matemático de función, viendo las posiciones de los individuos meras variables con una finalidad de valores posibles, cuyo significado no es absoluto sino que surge a partir de la relación recíproca.

## **CONSTRUCTIVISMO**

El trabajo de Heinz Von Foerster (citado en: Keeney, 1994; Elkaïm, 1996;) sobre la segunda cibernética, al igual que el de Humberto Maturana y Francisco Varela sobre la percepción, están parcialmente orientadas hacia el origen de la aplicación de las teorías constructivistas a la terapia familiar. Maturana y Varela han subrayado que la percepción visual nace en la intersección de aquello que se ofrece a nosotros y de nuestro sistema nervioso; demostrando que lo que nosotros vemos no existe como tal, fuera de nuestro campo de experiencias, sino que es el resultado de la actividad interna que el mundo exterior desencadena en nosotros. Von Foerster pone hincapié sobre la relación entre el sistema observador y el sistema observado, mostrando cómo estos sistemas son inseparables, al sostener que no nos preguntamos si somos objetivos o subjetivos. En lugar de ello, admitimos el nexo necesario entre el observador y lo observado, lo cual nos conduce a examinar cómo participa el observador en lo observado.

Desde una postura constructivista, el sujeto observador es quien activamente construye el conocimiento del mundo exterior, la realidad puede ser interpretada en distintas formas (Feizas y Villegas, 2000). Así, la idea de adquirir un conocimiento “verdadero” acerca de la realidad se desvanece (Neimeyer, 1998). Esta visión contrasta con la postura tradicional, el objetivismo, al sostener que la realidad se representa directamente en la mente del sujeto, quien recibe pasivamente los estímulos del entorno, al considerar que existe un mundo independiente del observador, que puede conocer y describir. Mientras que para el constructivista, los sentidos sólo nos hacen sensibles a la experiencia, en la construcción de la cual nuestro sistema participa activamente, donde el observador no es independiente del objeto que observa. El sujeto interactúa con el objeto. Eso permite negar la independencia ontológica de sujeto y objeto. Maturana y Varela demostraron que lo que nosotros vemos es resultado de la actividad interna que el mundo externo desencadena en nosotros y no una copia fiel de la realidad (Elkaïm, 1996).

Los pensadores constructivistas rechazan la validez absoluta de cualquier conocimiento directo de la realidad, por lo que han entrado en fuertes discusiones. La cuestión de la validez nos lleva a plantearnos más directamente el proceso de la experiencia. La unidad básica de la experiencia la constituye los actos discriminativos, es decir, la capacidad de una diferencia o distinción. Bradford Keeney (1994) considera que el “acto epistemológico más básico es trazar una distinción”. Es sólo distinguiendo un patrón de otro que somos capaces de “conocer, al trazar una distinción formamos un constructo, que no es más que la captación de una diferencia (Feixas y Villegas, 2000).

Bateson y Kelly, coinciden en destacar que las diferencias o la distinción que efectúa un constructo, no es algo que exista en las cosas del mundo, sino algo que construimos o puntuamos, algo de lo que nosotros -y no la realidad exterior- somos responsables.

**La epistemología constructivista** se basa en la afirmación de que las personas operan de acuerdo con una representación, o un mapa que construyen de la realidad, pero *un mapa no es el territorio*, puede ser más o menos útil según su adecuación, pero no es más que una descripción del territorio en términos del observador (Feixas y Villegas, 2000).

**La epistemología constructivista** tiene sus raíces *en la tradición filosófica y psicológica*, que presta atención al papel activo de la mente humana a la hora de organizar y crear significado (en un sentido literal, inventar más que descubrir la realidad). Algunos de los representantes filosóficos son: Giambattista Vico (concepto de universales imaginativos); Immanuel Kant (la crítica de la razón pura) y Hans Vaihinger (la filosofía neokantiana del “como si”); y mientras que dentro de las aportaciones de la psicología se encuentra la de Piaget (epistemología genética), Frederick Bartlett (análisis constructivista de la memoria humana), Hayet (tratado sobre la naturaleza constructivista del sistema nervioso humano), George Kelly (la psicología de los constructos personales) y Weimer (la metateoría motriz de la mente) (Lyddon, 1998 y Neimeyer, 1998).

En diversos campos psicológicos el pensamiento constructivista surge como una perspectiva destacada, tal es el caso de la psicología cognitiva, la psicología evolutiva, la psicología educativa, la psicología ambiental, la psicología de la emoción, la terapia

familiar, la psicología feminista y los estudios de género, la psicología narrativa y del discurso, la percepción y la memoria, la personalidad, la psicoterapia y el asesoramiento psicológico (Lyddon, 1998).

Desde una **posición constructivista** la realidad no se nos revela directamente, sino que debe ser construida. No se tiene acceso directo a la realidad con independencia de nuestras construcciones o esquemas culturales, sociales, psicológicos y de género. Además, hay que tener en cuenta los límites que nos confiere la organización del sistema nervioso de nuestra especie.

Existen diversas posiciones respecto de la manera en que construimos nuestras representaciones del mundo; tal es el caso del **constructivismo radical y el constructivismo social**, que son base importante del enfoque sistémico, especialmente en la psicoterapia.

**El constructivismo radical**, no niega la existencia de una realidad física ontológica (objetiva); lo que cuestiona es la capacidad humana de representarse fielmente esa realidad (conocimiento). Al señalar que los conceptos... no tienen una conexión icónica o representacional con nada que pueda "existir" fuera del sistema que conoce. La realidad surge a partir de las estructuras perceptuales y cognitivas relativamente duraderas del conocedor (Lyddon, 1998).

Von Glasersfeld (2000), señala que *el constructivismo radical*, desarrolla una teoría del conocimiento en la que el conocimiento ya no refleja una realidad ontológica objetiva, sino exclusivamente un ordenamiento y una organización del mundo constituida por nuestra experiencia.

*Los terapeutas constructivistas* no niegan la existencia del problema, pero tampoco buscan la verdadera causa del problema, sino parten del supuesto de que existen varias maneras de representar y explicar una determinada forma de actuar, sin que exista manera de demostrar cuál es más verdadera que otra. Lo que una persona o una familia construye como problema, los intentos de solución y la meta del tratamiento, son siempre relativas; porque, lo que para una familia constituye un problema, para otra puede ser lo más normal, y lo que resuelve el problema para alguien, para otro no es la solución.

*La tarea del terapeuta*, desde esta postura, es entender por qué una persona construye algo indeseable o problemático; por qué desea cambiar esa forma de ser. Por otra parte, uno de los posibles procedimientos para resolver el problema puede consistir en construir una nueva forma de ver las cosas; construir una nueva realidad más funcional conjuntamente con la familia. Donde el terapeuta crea un contexto donde el cambio sea posible.

Hoffman (1989), desde el punto de vista del enfoque sistémico constructivista, considera los siguientes supuestos:

- No hay una creencia en la realidad objetiva. Los problemas existen en el reino de los significados. Cambiar el foco de la conducta a la idea; el interés no se centra en los sistemas intrapsíquicos, sino en ideas personales y colectivas.
- El terapeuta mantiene una posición de neutralidad, pluralidad o multiparcialidad; esto significa que intenta encontrar el sentido a todas las posturas encontradas en el sistema más allá de que le gusten o le repugnen, lo cual también nos conduce a una neutralidad.
- Se da una relativa ausencia de jerarquías. La opinión del terapeuta es considerada como una más en la conversación, puesto que no existe una interpretación más verdadera que otra de la realidad.

Algunos **pensadores que contribuyeron con una orientación constructivista en la Terapia Familiar Sistémica** (Feixas y Villegas, 2000):

Gregory Bateson, a quién se le considera una pieza clave en el nacimiento de la terapia familiar sistémica. Su contribución es a través de la crítica al pensamiento lineal - relaciones causa-efecto, la existencia de una causa real y verdadera para cada acontecimiento y la capacidad humana para conocerla-, al proponer lo que es el *pensamiento circular*. Keeney (1983, citado en: Feixas y Villegas, 2000) propone el término de *epistemología cibernética* para denominar un paradigma alternativo, según el cual “la realidad vivencial es construida por nosotros” y “no hay correspondencia directa entre un suceso que ocurre “fuera” de nosotros y nuestra experiencia interior de él”, donde

el observador, de acuerdo con esta epistemología, no es ajeno a lo observado, sino que participa en este proceso de observación. Años después el mismo *Keeney* propone el término *constructivismo* para denominar esta postura epistemológica.

Bateson reconoció explícitamente la actividad constructivista humana: las personas creamos nuestro propio mundo al mirarlo de acuerdo con nuestras propias presuposiciones, premisas y nuestras propias expectativas. Tanto Bateson como Kelly consideran fundamental el papel de la anticipación o la expectación, como una parte inseparable, del proceso de construcción. Bateson describió este proceso en términos de “patrones de puntuación de acontecimientos”. Cada individuo puntúa una secuencia de hechos de una forma idiosincrásica que puede o no, coincidir con otra persona que participa de la misma situación. En este sentido, puntuar significa atribuir un inicio concreto a una secuencia de acontecimientos, que se constituyen, de forma más o menos explícita, en causa de dichas secuencias.

La atención por las expectativas de futuro ha dado lugar a varias nociones y prácticas sistémicas. Por ejemplo, la idea de profecías autocumplidoras. Peggy Penn utiliza el concepto cibernético de feed-forward para exponer el uso potencial de las preguntas orientadas a futuro: promueven el ensayo de nuevas soluciones, sugieren acciones alternativas, favorecen el aprendizaje, descartan ideas de predestinación y se dirigen al modelo específico de cambio en el sistema.

Salvador Minuchin y Carlos Sluzki (1985, citados en: Feixas y Villegas, 2000) consideran al terapeuta como constructor de nuevas realidades. El último manifiesta su posición constructivista en diversas publicaciones al sostener que cada uno de nosotros lleva consigo un mapa del mundo, una representación o una concepción que conduce a construir lo que percibe de modo que pase a ser percibido como realidad. Los integrantes del grupo de Milán, a través del uso del interrogatorio circular, adoptan la posición constructivista (Hoffman, 1989).

Lynn Hoffman (1989), ha narrado que la evolución constructivista del movimiento sistémico ha sido el cambio del foco de las secuencias interaccionales de conducta hacia el interés preponderante en el significado. Describe esta evolución como un movimiento pendular que va de la conducta al significado.

Desde el punto de vista de Feixas y Villegas (2000), la terapia constructivista aglutina un buen número de terapeutas sistémicos como: Hoffman, Dell Tomm; otros se inspiran más bien por los epistemólogos constructivistas radicales: Maturana, Varela y Von Foerster; mientras que Sluzki y Minuchin derivan su postura constructivista de su práctica clínica y de una reconceptualización de la misma, siendo más tangencialmente influidos por estos epistemólogos.

## **CONSTRUCCIONISMO SOCIAL**

Muchas personas confundieron la teoría del construccionismo social con el constructivismo; las dos son muy diferentes. Gergen (1985 citado en: Hoffman, 1996), señala que existe un terreno común, ambas se oponen a la idea del modernismo de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva. El constructivismo parte del supuesto de que la construcción del saber es a partir de procesos intrínsecos del individuo, mientras que el construccionismo social liga las fuentes de acción humana a las relaciones sociales.

El construccionismo social parte del supuesto de que las ideas, los conceptos, surgen y se transforman en el intercambio social y son mediados por el lenguaje (Hoffman, 1996).

Las raíces y los fundamentos de esta tendencia retoman la premisa lewiniana según la cual la acción humana depende de procesos cognitivos de la información y por tanto, del mundo tal y como es conocido (Feixas y Villegas, 2000). A finales de los años ochenta la teoría del construccionismo social empieza a tomar fuerza en los Estados Unidos, y se reconoce a Kenneth, J. Gergen como uno de sus principales representantes en el campo de la psicología, quien intenta ligar las fuente de acción humana a las relaciones sociales, al afirmar "la construcción del mundo no se sitúa en el interior de la mente del observador sino más bien en el interior de las diferentes formas de relación" (ElKaïm, 1996).

El construccionismo social considera el discurso sobre el mundo no como una reflexión o mapa del mundo, sino un dispositivo de intercambio social. Intenta ir más allá del una perspectiva endógena y exógena al ubicar el conocimiento dentro del proceso de intercambio social.

El construccionismo social busca explicar cómo las personas llegan a describir, explicar o dar cuenta del mundo donde viven (incluyendo su propia participación). Para ello, Kenneth Gergen (1993) considera las siguientes hipótesis:

1) Lo que consideramos conocimiento del mundo está determinado por la cultura, la historia o el contexto social. Por ejemplo, expresiones como “hombre”, “mujer” o “enojo” están definidos desde un uso social de los mismos.

2) Los términos con los cuales comprendemos el mundo son artefactos sociales, productos de intercambios entre las personas; e históricamente situados. Desde esta posición el proceso de entendimiento no es dirigido automáticamente por las fuerzas de la naturaleza, sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación.

3) El grado hasta el cual una forma de comprensión prevalece sobre otra no depende fundamentalmente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión, sino de las vicisitudes de los procesos sociales (comunicación, negociación, conflicto, etc).

4) Las formas de comprensión negociadas están conectadas con otras muchas actividades sociales en las que participan las personas. Las descripciones y las explicaciones del mundo constituyen en sí las mismas formas de acción social.

Los pensadores construccionistas sociales intentan trascender las teorías endógenas y exógenas del conocimiento, sugiriendo que éste no reside exclusivamente en la mente de los individuos (endógeno) o en el medio (exógeno), sino en los procesos sociales de interacción e intercambio simbólico (Lyddon, 1998).

Gergen (1991, citado en Lyddon 1998), menciona que una de las limitaciones significativas de las perspectivas endógenas y exógenas es cuando se llevan a los extremos, por lo que él ha definido una epistemología construccionista social, la cual presta atención a la manera en que influyen las conversaciones del lenguaje y de otros procesos sociales (negociación persuasión, poder, etc), en los relatos que proceden del “mundo” objetivo. El énfasis no se centra en la mente individual sino en los significados de

las personas a medida que generan colectivamente descripciones y explicaciones en el lenguaje.

La esencia del pensamiento construccionista social es la noción de que las construcciones personales están limitadas por el medio social, es decir, por el contexto del lenguaje compartido, los sistemas de significados que se desarrollan, permiten y evolucionan a lo largo del tiempo.

Los teóricos del construccionismo social se colocan francamente dentro de una tradición posmoderna (Elkaïm, 1996). Deben mucho a las críticas textuales y políticas representadas por las ideas deconstruccionistas<sup>5</sup> de críticos literarios como Jacques Derrida, en Francia, derivados de los pensadores neomarxistas de la Escuela de Francfort y de Michel Foucault, que volvió a dar preeminencia al término poder con su análisis de la manera en que las relaciones de dominación y sumisión están incorporadas (Hoffman, 1996). El construccionismo social apoya la idea de que no hay verdades sociales incontrollables o absolutas, sino sólo relatos acerca del mundo, relatos que nos contamos a nosotros mismos y contamos a los demás. Al respecto, Kenneth Gergen (citado en: Alkaïm, 1996) sostiene que los significados, el sentido del “yo” y las emociones nacen en un contexto intrínsecamente relacional: no solamente el “yo” y el “tú” no se manifiestan más que en el seno de los diálogos permitidos por las relaciones humanas, sino que la identidad misma se produce por las narraciones que emanan de los intercambios entre personas.

Anderson y Golishian (1996) especifican *la influencia que tiene el construccionismo social en la Terapia Familiar*:

- Al desplazarse rápidamente hacia una posición hermenéutica e interpretativa. Al destacar que los significados los crean y experimentan los individuos que conversan (Elkaïm, 1996).

---

<sup>5</sup> La deconstrucción aboga por dejar a un lado los juicios absolutos de se es una cosa o se es otra "o...o"; más bien nos propone Derrida buscar siempre otra visión posible más allá de "o...o", con el fin de deconstruir nuestro mundo tal y como lo conocemos, buscando siempre lo inesperado que podría reemplazar esta visión.

- Esta posición anida en el ámbito de la semántica y la narrativa; apoyándose fuertemente en la idea de que la acción humana tienen lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo.
- Desde el construccionismo social la persona vive y entiende su vida, a través de realidades narradas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan. Se trata de un mundo de lenguaje y discurso humano.
- La psicoterapia es vista como un contexto para la resolución de problemas, la evolución y el cambio.
- Desde esta postura no se habla de patología, no se busca la etiología de los síntomas, sino los procesos sociales e interpersonales y la dinámica que mantiene esos síntomas. Gergen (1996) considera que a medida que el acento se desplaza a la construcción lingüística de la realidad, las enfermedades y los problemas pierden su privilegio ontológico; ya que no son independientes, sino construcciones culturales. No hay problemas más allá del modo en que una cultura los constituye como tales.

## **2.1.2 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA**

Se describe en este apartado los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna: el modelo de terapia estructural, terapia estratégica, terapia breves centrada en el problemas y centrado en las soluciones, del equipo de Milán y modelos derivados del post-modernismo, como la terapia narrativa y el enfoque colaborativo.

### **MODELO DE TERAPIA ESTRUCTURAL**

#### **ANTECEDENTES**

A **Salvador Minuchin**, psiquiatra y psicoanalista infantil de origen argentino, se le reconoce como **representante de la terapia estructural**, en colaboración con Braulio Montalvo y Fishman. Durante el periodo de 1960-1969 trabaja junto con Braulio Montalvo en la Correccional para Niños de Wiltwyck, Nueva York, en la que elaboraron un nuevo concepto terapéutico que surgió a partir de observar que los jóvenes atendidos en esta institución, una vez rehabilitados y dados de alta, reincidían debido a los problemas familiares (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Para el periodo de 1970-1979 Edgar Auerswald y Minuchin trabajaron conjuntamente en el programa de delincuentes menores. Bajo el apoyo y supervisión de Ackerman iniciaron un programa muy ambicioso, al estudiar y observar la dinámica de las familias pobres, quedando altamente impresionados por la pobreza de las familias portorriqueñas, quienes presentaban conflictos por sus limitaciones económicas como emigrados y no por problemas psicodinámicos. Cuando a estas familias se les dio apoyo y orientación sus síntomas desaparecieron. Minuchin trabajó en Israel con niños afectados por la Guerra de los Siete Días y que habitaban en los kibbutz, donde se da cuenta de la importancia de trabajar en terapia conjunta con la familia. Salvador Minuchin fue director de la Philadelphia Child Guidance, donde sus contribuciones y conceptos maduraron y se expandieron. Desarrolló no sólo la parte teórica, sino la tecnología para el cambio en la estructura de los sistemas familiares (Eguiluz, 2001).

Minuchin se especializó en el estudio de la **estructura familiar**, a la cual definió como una serie invisible de demandas funcionales que se organizan en la manera en que sus miembros interactúan. La estructura denota la configuración de la familia, ésta se produce cuando los miembros de la familia adoptan una cierta aproximación o distancia entre uno y otro.

Los terapeutas estructurales reconocen explícitamente la transición del ciclo de vida de la familia como causante de la disfunción, cuyos cambios son evolutivos y pueden desajustar la estabilidad familiar.

## **PRESUPUESTOS TEÓRICOS**

- Para la terapia estructural **la familia es un grupo social natural**, el cual determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. Su organización y su estructura trazan y califican la experiencia de los miembros de la familia, de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales que poseen raíces universales.

- Minuchin (1999), propone un **esquema conceptual del funcionamiento familiar** para analizar a una familia en tres componentes:

Primero, la estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación, que afronta una serie de tareas evolutivas.

Segundo, la familia pasa por periodos de transición de una etapa a otra que exige una reestructuración.

Tercero, la familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

Aunque la mayoría de las familias cambian sus pautas de conducta de forma adaptativa, algunas responden de manera disfuncional aferrándose a las antiguas etapas, debido a lo cual en numerosas ocasiones las tensiones transicionales se asocian a la aparición de síntomas, que impiden la evolución normativa de la familia.

- La **familia** es un sistema que opera a través de pautas transaccionales; la repetición de éstas genera pautas acerca de qué manera relacionarse, cuándo y con quién. Para Minuchin **un patrón de interacción funcional**, es cuando la organización estructural de

un sistema se adecua a las exigencias de los contextos evolutivos y sociales que le corresponden. Una de las vías para determinar la adecuación es observar si las conductas, tareas o privilegios existentes son acordes a las edades cronológicas de los integrantes de la familia.

- El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de la familia. Las díadas, como las de marido-esposa o madre-hijo, pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función.

- Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Por ejemplo, un hombre puede ser un hijo, sobrino, hermano mayor, hermano menor, esposo, padre, etc. El individuo en diferentes subsistemas se incorpora y acomoda en diferentes relaciones complementarias, en forma de caleidoscopio para lograr la reciprocidad que posibilita las relaciones humanas.

- El modelo estructural se centra en **los límites y en las jerarquías**; el primero implica delimitar la participación, las reglas y las funciones de los miembros al regular la relación de uno con otro; los límites funcionan para delimitar y definir la autonomía de cada uno de ellos y las jerarquías se refieren a cómo está distribuido el poder dentro de la familia. El acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites. La modificación de las reglas concernientes a los límites y a las jerarquías impacta profundamente en las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma. Tales alteraciones obligan a la familia a reestructurarse sobre una base menos patológica.

Los **límites** de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera en la familia. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema.

Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros, y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logran en ese

subsistema es afirmado en la autonomía de los subsistemas evitando la interferencia por parte de otros subsistemas. *Los límites pueden ser claros, rígidos o difusos.*

**Límites claros.** Se definen de manera precisa; permiten a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas; también permite el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

**Límites rígidos.** Estos serán muy restringidos y permitirán poco contacto con los subsistemas, produciendo personas y subsistemas muy aislados e incommunicados; el aspecto positivo de este tipo de límites es que permite la independencia, crecimiento y la autonomía.

**Límites difusos.** Estos se caracterizan por tener alto grado de apoyo mutuo, pero a costa de la independencia y la autonomía; por lo general, los padres con este tipo de límites son cariñosos y afectivos, pasan mucho tiempo con sus hijos, hacen mucho por ellos y tienen dificultad para socializar fuera de la familia, fomentando la dependencia.

A menudo el terapeuta opera como un delineador de límites, clarificando los límites difusos y abriendo los límites excesivamente rígidos. La evaluación de los subsistemas familiares y del funcionamiento de los límites proporciona un rápido cuadro de diagnóstico de la familia en función de hacia dónde orientar sus intervenciones terapéuticas.

- Otro concepto clave de la terapia estructural es el de **estructura familiar**, el cual refleja las pautas de transacción de la familia, regula la conducta de sus miembros; éstas son mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero es genético, implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar. Por ejemplo, debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferentes. También debe existir una complementariedad de las funciones en la que el marido acepte la interdependencia y operen como un equipo. El segundo sistema de coacción es idiosincrásico, implica las expectativas de los diversos miembros de la familia.

- **La terapia se centra en reestructurar el sistema**, en la medida en que la familia lo permita o lo resista, para funcionar de manera más efectiva o funcional, competente y cooperativa. Lo cual, se dice, que tiene una orientación estratégica, ya que el terapeuta

ejerce y motiva los cambios en la estructura familiar. Las metas se establecen en función de la acción, secuencia, comportamiento, tratamiento y actividades que se enfocan con el fin de obtener estos cambios.

- **El objetivo terapéutico de la terapia estructural** es cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida de la familia que sustituyan a las pautas de rigidez y rutina crónica que caracterizan un sistema patológico; promover una crisis, un desequilibrio en la estructura familiar. El terapeuta, a lo largo del proceso terapéutico, debe mantener una escucha activa a todo aquello que le dice cada uno de los miembros de la familia acerca del modo como experimenta la realidad, pero también observar el modo en que se relacionan con él y entre sí; responder a los acontecimientos que se producen durante la sesión; señalar límites y pautas transaccionales; elaborar hipótesis acerca de cuáles son las pautas operativas y cuáles no.

- Plantear el **proceso de diagnóstico** que consiste en ampliar la conceptualización del problema, el foco individual mediante el cual la familia lo ha conceptualizado y encarado para incluir las transacciones de la familia en su contexto habitual. Por medio de los procedimientos y las técnicas estructurales que se desarrollarán durante la terapia.

- Salvador Minuchin (1999), afirma que implementar **las técnicas terapéuticas debe ser un arte**; el terapeuta deberá descubrir y aplicar técnicas que concuerden con cada familia en el aspecto transaccional, su idiosincrasia y con la personalidad de él mismo; por lo que propone **tres procesos estructurales** que se deberán dar durante la terapia y las técnicas a aplicarse: **coparticipación, mapa estructural de la familia o familiograma y las técnicas de intervención.**

1) El terapeuta emplea estrategias de **coparticipación**, que le permiten establecer una fuerte alianza terapéutica con los integrantes del grupo familiar de manera individual, los cuales responderán de acuerdo con sus pautas de conducta habitual, aceptando o resistiéndose a la proximidad del terapeuta. Esto permite percibir y experimentar las modalidades particulares en que la familia admite el cambio en su vida. El terapeuta deberá tomar una posición de experto, conocedor y de líder con la finalidad de que la familia lo perciba como el indicado para ayudarlo en sus problemas. El tomar una posición de coparticipación con la familia es más una **actitud** que una técnica, la cual constituye la

cobertura bajo la cual se producen todas las interacciones terapéuticas desde diferentes posiciones de proximidad -cercana, intermedia o distante- con la familia.

**a) Posición cercana (joining).** El terapeuta entra en convivencia con los miembros de la familia, o puede coalicionar con unos miembros contra otros. Valida la realidad de los roles en que participan. Esta posición se convierte en fuente de autoestima y apoyo cuando confirma algún aspecto positivo de la persona o cuando identifica sentimientos de sufrimiento, dificultad o tensión familiar, transmite que no pretende evitarlos, pero que responderá a ellos con delicadeza. Se mencionan **tres modos de confirmar:** i) al describir una interacción familiar; por ejemplo, cuando usted habla, él se queda callado; ii) constatar un estado afectivo; por ejemplo, se le ve preocupado y iii) enunciar un rasgo a todas luces negativo de un miembro de la familia, al mismo tiempo que se le absuelve de responsabilidad por esa conducta; por ejemplo, pareces demasiado infantil, ¿cómo hacen tus padres para conservarte tan pequeño? Pero si el terapeuta se coloca en esta posición corre el riesgo de quedar atrapado en las reglas de la familia, por lo que deberá maniobrar con rapidez para salir de ellas.

**b) Posición media (rastreo).** El terapeuta mantiene una escucha activa y neutral, ayudando así a la familia para que cuenten lo que les pasa y permita redefinir las interacciones penosas como fruto de una actitud de consideración recíproca. En esta posición se pasa del contenido al proceso y liga de manera concreta el proceso con el contenido.

**c) Posición distante.** El terapeuta asume una posición distante, de director, una postura de neutralidad emocional. Se convierte en observador de la cosmovisión familiar y del modo en que cada persona encuadra su experiencia, lo cual le permitirá ajustarse a estos constructos cognitivos para promover el cambio apoyándose en ellos. Esta postura de distanciamiento procura en los miembros de la familia el sentimiento de competencia o promueve la esperanza de cambio.

**2) Otra técnica útil para el diagnóstico es el mapa de la estructura familiar o familiograma;** tiene como objetivo representar a la familia al momento de iniciar la terapia. Se define como un esquema organizativo de la información obtenida a lo largo de la sesión, el cual permite la elaboración de hipótesis acerca de las áreas en el seno de la

familia que funciona correctamente y acerca de otras áreas donde no ocurre lo mismo. Sirve como diagnóstico y permite evaluar los objetivos y metas terapéuticas. Es una herramienta que permite esquematizar las jerarquías, alianzas, coaliciones, pautas repetitivas generacionales, el territorio, los subsistemas y otros. Sus principios están basados en una interpretación de la teoría familiar sistémica y son utilizados por otros modelos de terapia familiar.

El **familiograma** se construye con base en tres niveles: mapeo de la estructura familiar, recogida de información familiar y delineamientos de las relaciones familiares. Se esquematiza en forma de árbol genealógico de hasta tres generaciones. En posición vertical arroja información a través de las generaciones y la horizontal presentará los cambios suscitados en una familia durante su ciclo de vida (Mc Goldrick y Gerson, 1985).

## INTERVENCIONES

**3) La terapia estructural sitúa la intervención a lo largo de toda la sesión**, por lo que resulta difícil distinguir los momentos de evaluación de los momentos de intervención. El cambio se efectúa en la propia sesión empleando técnicas de diagnóstico, reestructuración y de apoyo, que se consolidan mediante tareas en casa (Minuchin y Fishman, 1984).

◆ **Técnicas de diagnóstico:** Contemplan la escenificación, focalización e intensidad.

▪ **Escenificación.** El terapeuta le pide a la familia que interactúe en su presencia, para que pueda obtener información que la familia no considera importante o relevante. Puede ser de tres tipos: *espontánea*, *interacción provocada* e *interacción alternativa*.

▪ **Focalización.** El terapeuta recibe información, selecciona elementos que parecen pertinentes para el cambio terapéutico, organiza los datos de las interacciones familiares en torno a un tema y le da un nuevo significado; seleccionando, en *primer lugar*, el foco al observar los límites, las fuerzas, los problemas y determinar el familiograma, así como la estrategia terapéutica y, en *segundo*, se desarrolla el tema terapéutico de trabajo.

▪ **Intensidad.** El terapeuta repite el mensaje varias veces en el transcurso de la terapia, con el fin de que la familia lo escuche. La repetición puede caer sobre el contenido o la

estructura. Estas técnicas se pueden dar a través de: *la repetición del mensaje, repetición de interacciones isomorfas, modificación del tiempo, cambio de la distancia y resistencia a la presión de la familia.*

◆ **Técnicas de reestructuración.** El terapeuta trabaja con las familias delineando las fronteras de los holones familiares, cuestionando la estructura familiar, la manera en que hacen las cosas, los límites, las interacciones y su forma de solucionar los problemas, a fin de hacer sitio a la flexibilidad y al crecimiento de los miembros de la familia. Estas técnicas contemplan *las fronteras, el desequilibramiento, la complementariedad y la paradoja.*

▪ Por medio de **las fronteras** se regula la permeabilidad de los límites entre subsistemas. Estos pueden dividirse en: *distancia psicológica y tiempo de interacción.*

▪ **Desequilibramiento.** Tiene como objetivo cambiar la relación jerárquica de las personas dentro de un holon; el terapeuta se alía o se coaliga con una persona o con un subsistema en contra de otras. En esta técnica se contemplan cuatro categorías de acuerdo con lo que la familia requiera. *Alianza con miembros de la familia, alianza alternante, ignorar a miembros de la familia y coalición contra los miembros de la familia.*

▪ **La complementariedad.** Cuestiona la definición que tiene la familia del problema y su creencia en una causalidad lineal del síntoma, al hacerle ver que la conducta sintomática sólo se puede producir en el contexto de otras conductas donde la familia contribuye. Para alcanzar este objetivo, *el terapeuta hace uso del cuestionamiento del problema, cuestionamiento del control lineal y cuestionamiento del modo de recortar los sucesos.*

▪ **La paradoja.** Se trata de una técnica basada en la postura de oposición por parte de la familia; 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. Las paradojas se utilizan como: *Intervenciones directas*, basadas en la aceptación. *Intervenciones paradójicas*, basadas en el desafío. *Inversiones basadas en la aceptación y el desafío, el grupo de consulta como coro griego y la fidelidad a la paradoja sistémica.*

◆ **Técnicas de apoyo.** En estas técnicas se encuentran las construcciones y las realidades.

**Construcciones.** La familia tiene su esquema explicativo referencial de su visión del mundo. El terapeuta utiliza esta técnica para cuestionar la concepción del mundo que tiene la familia y ofrecerle una realidad diferente utilizando las verdades de ésta para la reconstrucción de una nueva realidad de su mundo. Las categorías que utiliza son: *las construcciones cognitivas y la búsqueda de los lados fuertes de la familia.*

**Realidades:** Una familia no sólo tiene una estructura, sino un esquema cognitivo legítimo para la organización familiar. La familia, cuando llega a terapia, desea que el terapeuta pule y repare su organización. El terapeuta, como creador de nuevas realidades, ofrecerá a la familia una forma diferente de ver su realidad, para lo cual utilizará realidades que son verdades universales para todas las familias, como: *símbolos universales, verdades familiares y consejo especializado.*

## **MODELO DE TERAPIA ESTRATÉGICA**

### **ANTECEDENTES**

**Jay Haley** es conocido como portavoz de la aproximación estratégica de la terapia familiar. Considera que gran parte de sus ideas sobre terapia y formación de terapeutas las debe a colegas y estudiantes que convivieron con él en diferentes momentos; tal es el caso de las personas del Philadelphia Child Guidance Clinic y al Family Therapy Institute de la ciudad de Washington, de Gregory Bateson, con quien participó por diez años en su proyecto de investigación. Afirmó: “Me enseñó a aprender”, y con él surgieron sus ideas sobre comunicación. En su libro *Terapia Estratégica* expone su versión de los conceptos sostenidos por el grupo de Bateson. Intentaba pasar de un enfoque individual a otro más social proponiendo que la unidad mínima de investigación y terapia fuera la díada. De *Milton Erickson* toma sus enseñanzas para proponer su enfoque general de terapia; de hecho, se le reconoce como el mejor expositor de sus trabajos (Haley, 1999). Atribuye a su trabajo en Filadelfia con Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, en Orientación general hacia la familia y hacia muchos conceptos de la entrevista familiar (Rocha, 2002). Con *Cloé Madanes* comparte cargos docentes en Filadelfia y Washington,

desarrollan el enfoque de terapia familiar estratégica (Haley, 1999) y buena parte de los conceptos sobre formación de terapeutas; también dirigen el Instituto de Terapia Familiar de Washington (Haley, 1967 citado en: Madanes, 1993).

## **PRESUPUESTOS TEÓRICOS**

- **La terapia estratégica** no es un enfoque o teoría particular, si no que incluye varios tipos de terapia, cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente, es el iniciador de lo que ocurre en la sesión y elabora una estrategia particular para cada problema. A este enfoque se le ve como un **método pragmático**, porque el terapeuta está habilitado para recurrir y tomar elementos de todos los modelos y técnicas terapéuticas que podrían ser útiles para la solución del problema presentado por la familia.

- De acuerdo con **Haley (1994) una terapia puede considerarse estratégica** si tomamos en cuenta los siguientes elementos:

a) Si el terapeuta toma la iniciativa de lo que ocurre durante la sesión y diseña estrategias particulares para cada problema.

b) El terapeuta identifica problemas solubles, fijar metas con respecto a ellos, diseñar intervenciones que apunten a dichas metas, examinar las respuestas a fin de corregir su enfoque y evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz.

c) Debe ser sensible hacia el paciente y su medio social, pero la forma en que procederá debe estar determinado por él mismo.

- Un “**problema** es definido como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas”. A veces los rótulos o etiquetas en sí mismas originan el problema, tornando más difícil su solución Haley,(1976 citado en: Madanes, 1993). La conceptualización del problema, desde el enfoque estratégico, hace hincapié en lo analógico. Se presume que **el problema** de un niño o el síntoma de un adulto son modos que ellos tienen de comunicarse con los demás. Se da por sentado que analógica y metafóricamente un síntoma es una expresión de un problema y también de una solución, aunque a menudo insatisfactorio para todos los que tienen que ver con él. Erickson, por ejemplo, cambia las analogías del paciente narrándole historias que guardan similitudes con su problema.

- Según Haley (1999), los **sistemas patológicos** pueden **describirse en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente**. Al referirse a la organización del sistema, si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos del sistema, los implicados mantienen incongruencia con sus conductas, integradas en la secuencia sintomática. Por ejemplo, un niño que no quiere ir a la escuela y el padre insiste en que vaya -el niño manifiesta angustia, vómitos, enferma o escapa-, en ese momento interviene la madre insistiendo en que su marido es demasiado duro con el niño -el padre ya no insiste-, y nuevamente se repite el ciclo de conductas; por lo que se puede observar una coalición entre la madre y el niño contra el padre, de forma que aunque el chico ocupa una posición inferior en la jerarquía por su pertenencia al subsistema filial, al coaligarse con la madre mina la autoridad del padre y se sitúa por encima de éste.

- La terapia estratégica se centra en los niveles de organización, 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, hay una preocupación por la metáfora expresada por un síntoma y por la interacción familiar; al mismo tiempo por entender la especificidad de cada síntoma.

- **La terapia** se focaliza en las soluciones del problema presentado. La atención está puesta en la comunicación en el presente. No está orientada al crecimiento personal, ni se preocupa por el pasado, tampoco por la reelaboración de algún tema o en tomar conciencia de la forma en que se produce la comunicación. Montalvo (1976 citado en: Madanes, 1993), considera que lo importante para este enfoque es que la familia pueda superar el problema sin preocuparse o enterarse de cómo o por qué lo logró, teniendo en cuenta que forzosamente muchas cosas quedan fuera de la ciencia.

- El enfoque es sensible a las **redes sociales**, actúa sobre las interacciones personales más amplias que la familia y la incluye, en particular a los profesionales que tienen poder sobre la persona que presenta el problema, al afirmar que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente que la somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. Por esta razón, también se debe evaluar e intervenir en la red social (Haley, 1999).

## INTERVENCIONES

Entre la serie de **objetivos** que se propone alcanzar la **terapia estratégica**, se encuentra el ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrentan en determinadas etapas de la vida familiar, a fin de pasar a la siguiente. Estas etapas son: a) periodo de noviazgo; b) primeros tiempos del matrimonio; c) nacimiento de los hijos y el trato con ellos; d) período intermedio del matrimonio; e) “destete” de los padres respecto de los hijos; f) retiro de la vida activa y vejez (Haley, 1999). El enfoque estratégico se propone cambiar las secuencias de conductas inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar. Las conductas, percepciones y sentimientos de los miembros del grupo cambian cuando se alteran dichas secuencias. **La tarea del terapeuta** es impedir que se formen coaliciones que traspasen los límites generacionales y que el síntoma se utilice para regular encubiertamente el reparto de poder familiar.

**La terapia** se centra, ante todo, en impedir la repetición de secuencias sintomáticas e introducir mayor complejidad y alternativas. Para alcanzarlos, se programan varias etapas, en las cuales cada problema se define abarcando a no menos de dos personas y habitualmente a tres; se evalúa qué tipo de secuencias están manteniendo el problema. Se trata de discernir quiénes están involucrados en el problema presentado, a quién protege el “portador del síntoma”, de qué manera se resolverá, cómo se ha de intervenir - fijando metas terapéuticas, planeando y programando una serie de estrategias que instrumentará - a fin de modificar la organización familiar para que el problema presentado ya no sea necesario. Frecuentemente el cambio se plantea en etapas; de manera que el cambio en una situación o en un conjunto de relaciones provocará otro cambio en otra relación, y luego otro más hasta que toda la situación cambie.

*El terapeuta en el modelo estratégico* diseña, establece estrategias y un plan específico para cada problema, y si después de algún tiempo no logra los objetivos planteados por la terapia se formula una estrategia diferente, tomando elementos de todos los modelos y técnicas terapéuticas que podrían ser útiles para solucionar el problema presentado. Que los terapeutas lleven un registro de los progresos terapéuticos y realicen seguimientos con regularidad una vez finalizada la terapia.

Entre las **técnicas de intervención** propuestas se encuentran: *la redefinición, connotación positiva, directivas o tareas directas, paradójicas y metafóricas, tareas basadas en la simulación y las ordalías.*

◆ **Redefinición.** Intervención que modifica el marco conceptual desde el cual el paciente o la familia perciben el problema, haciéndolo resoluble, por lo que la redefinición y la connotación positiva ponen en entre dicho la creencia de la familia de que el síntoma es un acto independiente de su contexto. Para la redefinición del problema no es necesario connotar positivamente la conducta de alguien sino cambiar la definición de un problema para que pueda solucionarse.

◆ Según Madanes (1993) y Haley (1999), **las intervenciones** suelen tomar la **forma de directivas** sobre algo que los individuos o miembros de la familia tienen que realizar, dentro o fuera de sesión, con la finalidad de modificar la manera en que las personas de la familia se relacionan entre sí y con el terapeuta. También cumplen la función de reunir información observando cómo responde cada uno de los miembros de la familia a las instrucciones y al comportamiento diferente de las personas, para que tenga así experiencias diferentes.

El enfoque parte de la base de que **todo cuanto se hace en terapia es directiva** y le es imposible al terapeuta evitarlo, ya que toda acción constituye un mensaje para que la otra persona haga algo. *Las directivas o tareas* desde esta postura son planificadas, por lo que se les considera la principal técnica terapéutica.

◆ **Las directivas** impartidas a la familia pueden ser: **directas, paradójicas o metafóricas.**

▪ **Las directivas directas.** Se plantean con vistas a modificar ciertas secuencias de interacción. De acuerdo con Papp (1980, citado en: Madanes, 1993), se basan en el acatamiento por parte de la familia a la tarea referida por el terapeuta, cumpliendo así su expectativa de cumplirla. Éstas pueden adoptar la forma de consejos, explicaciones o sugerencias, que pueden fomentar una comunicación franca, un aleccionamiento de los padres acerca del modo de controlar a sus hijos, la redistribución de tareas y de

privilegios entre los integrantes de la familia, la fijación de normas disciplinarias, la regulación de la privacidad y el suministro de información de la que carecen los miembros.

▪ **Las directivas paradójicas.** Dependen de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta o bien las siga hasta un extremo absurdo, negándose a cumplirlas. Esta técnica se basa en la idea de que ciertas familias acuden en busca de ayuda pero se resisten a ser ayudadas; por ende, el terapeuta procurará provocar la resistencia de los miembros de la familia para que puedan cambiar. Haley (1983, 1976, citado en: Madanes,1993), describe varias estrategias para tal fin:

1) El terapeuta se esfuerza en refrenar a los miembros de la familia de una posible mejoría, discutiendo con ellos las posibles consecuencias de resolver el problema presentado y en cada una de las sucesivas entrevistas no habla de otra cosa.

2) A una pareja que se centra regularmente en riñas improductivas se les pide que tengan una riña.

3) Se le pide a uno de los cónyuges que se queje sobre un síntoma en momentos en que éste no se produce, de modo tal que el otro cónyuge no sepa si la sintomatología de su esposo es realmente una sintomatología o sólo su acatamiento de las instrucciones del terapeuta.

4) Se le indica a uno de los cónyuges que aliente al otro para que tenga el síntoma que éste presenta habitualmente.

**Madanes**, cuando emplea las técnicas de “**imaginación**” o “**simulación**”, aporta un nuevo uso de la paradoja que no se fundamente en el desafío, recurre a la fantasía y a la ficción imaginativa a fin de inventar otras realidades. Ésta consiste en pedirle a la persona que simule un síntoma o a una familia que finja comportarse en la forma desafortunada que le es habitual. Es importante recordar que no se trata de una respuesta de rebeldía del paciente, de sus familiares, sino de la colaboración para cumplir la prescripción. Cloé diseñó tres estrategias cuando el paciente identificado es un niño: a) el padre pide al niño que tenga el síntoma; b) el padre le pide al niño que simule o imagine tener el síntoma; c) el padre le pide al niño que simule ayudarlo.

Papp (1980, citado en: Madanes,1993), describe tres pasos para impartir una directiva paradójica: 1) definir el síntoma como motivado por la interacción benévola de preservar

la estabilidad familiar; 2) prescribir el ciclo de interacciones generador del síntoma y 3) coartar a la familia toda vez que muestre signos de querer cambiar.

▪ **Directivas metafóricas/uso de analogías.** Es una directiva en la que no se explica lo que se quiere que suceda. Se expresa no sólo con palabras, sino con acciones metafóricas, a través de una representación acerca de una cosa que se parece a otra; por ejemplo, la representación teatral que son una metáfora de la vida real, porque lo que ocurre sobre el escenario guarda semejanza con la realidad. La forma en que el terapeuta trate a los niños en el consultorio puede influir en el trato que les den sus padres, aun sin hacerles ninguna observación, simplemente con la manera de actuar les está diciendo cómo hacerlo, sin dar importancia al asunto.

◆ En la técnica de **ordalía o también llamada prueba de fuego** resulta fácil deslindar la tarea del terapeuta: consiste en imponer una ordalía adecuada al problema de la persona que desea cambiar y, a la vez, más severa que el problema (Haley, 1997b).

**Requisito para una ordalía.** Éstas deben provocar una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma. Si no es lo bastante rigurosa para extinguir el síntoma, casi siempre se puede aumentar su magnitud hasta que lo sea. Otro requisito es que debe ser una experiencia voluntaria benéfica para la persona; a todos nos resulta difícil hacer algo que nos beneficie y parece que les cuesta particularmente a quienes demandan terapia. Debe ser algo que las personas puedan ejecutar y a lo que no pueda oponer objeciones válidas. No debe causar daño o violar las normas morales de la persona, ni de ninguna otra persona.

Hay una gran gama de ordalías; aquí sólo se enunciarán algunas de ellas. *ordalía directa y paradójica.*

▪ **Ordalía directa.** Cuando la ordalía es una tarea directa, el terapeuta explica claramente el problema y pide que, cada vez que se presente, la persona se someta a determinada ordalía. Durante la entrevista el terapeuta averigua qué clase de actividad debería intensificar el cliente para su propio bien, a menudo sin aclarar el propósito de su indagación. Ésta puede ser cualquier tipo de acción que el cliente debería practicar en mayor medida para perfeccionar.

▪ **Ordalía paradójica.** La ordalía puede ser la misma conducta sintomática y consistir, paradójicamente, en alentar al cliente a tener el problema cuya solución va a buscar al asistir al consultorio del terapeuta.

Cabe preguntarse si una intervención paradójica no es justamente una ordalía, en tanto que se les pide a los individuos que se mantengan en trance del que preferirán salir. No, mientras las paradojas terapéuticas se definen como rebelión del cliente contra el terapeuta mediante la negativa a actuar conforme a su conducta problema, una ordalía implica motivar esa resistencia.

## MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN EL PROBLEMA

### ANTECEDENTES

El Grupo de Palo Alto estuvo conformado por dos grupos. El primero, por el proyecto dirigido por Gregory Bateson, quien desarrolló la teoría del doble vínculo, apoyado por John Weakland y Jay Haley y con dedicación parcial como consultores Don Jackson y William Fry. El grupo se mantuvo unido una década, publicó una serie de artículos y libros, en especial sobre esquizofrenia, hipnosis y terapia; centró sus estudios en el tema de la paradoja en la comunicación, cuando el proyecto de Bateson tocaba a su fin (Haley, 1999). El doctor Jackson fundó en 1958 el **Brief Therapy Center of the Mental Research Institute de Palo Alto California**, al que se le unieron Paul Watzlawick, John Weakland, Richard Fish y Segal (Cade y O'Hanlon, 1995). A ambos grupos se les ha confundido; no obstante cada uno contribuyó con su proyecto a la terapia familiar sistémica. En el presente apartado nos centraremos en el trabajo del **Mental Research Institute**, el cual se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997). Los esfuerzos de este grupo por establecer métodos específicos para promover el cambio les dieron la reputación de pioneros en el campo de la psicoterapia.

### PRESUPUESTOS TEÓRICOS

- Los teóricos del **Modelo de Palo Alto** concuerdan en que la Terapia Familiar se centra en el paciente, no solitario sino en su contexto social primario, la familia. La atención

otorgada a la comunicación y a la interacción dentro de la familia conduce a su énfasis mucho mayor sobre la conducta real, la que tiene lugar de forma observable en el presente.

- Al **Modelo del MRI** también se le ha llamado “**enfocado en los problemas**”. Intenta aliviar sólo los problemas -dificultades- específicos que los clientes llevan a terapia; no hay ningún intento de buscar la patología subyacente, la fuente de problema o intentar promover el insight. Considera que los problemas son de naturaleza interaccional más que algo que surge desde el interior de los individuos (O’Hanlon, y Weiner-Davis 1997).

- **Enfatizan en el contexto interactivo de la conducta**, le dan poca importancia a los factores históricos o de personalidad, carencias orgánicas como hipotéticos orígenes de la conducta problemática, a menos que se hayan establecido de modo definido y resulten claramente implicados. Aun en estos casos, se presta mayor atención a la forma en que se enfrentan las carencias desde el aspecto conductal.

- **El propósito de efectuar una Terapia Breve** consistió en comprobar que se puede conseguir en un periodo de tiempo estrictamente limitado- un máximo de 10 sesiones de una hora-, que sigan vigentes los factores mantenedores del problema que motiva la consulta en base a estrategias eficaces. (Fisch, Weakland y Segal, 1994). Las estrategias se apoyan en una utilización habil 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 sentido es notoria la influencia de técnicas tales como la hipnoterapia de Milton Erickson.

- Para los integrantes del MRI, la **concepción que se tiene del problema** está directamente relacionada con la naturaleza de la terapia y de la práctica, al mencionar los siguientes puntos:

- a) Los problemas consisten en una conducta presente indeseable, en donde se les atribuye escasa importancia a los hipotéticos factores subyacentes en el pasado o en la mente del enfermo.

- b) Se centra en la identificación de la conducta problemática, es decir, cuál aspecto se considera como un problema y por quién.

c) Pone atención en el funcionamiento y la persistencia de la conducta problemática, al afirmar que ésta no existe con independencia y por su cuenta; sino que está constituida por actos que llevan acabo las personas.

d) Para que se constituya en problema, una conducta tiene que realizarse de modo repetitivo dentro del sistema de interacción social del paciente.

e) El contexto social "mantiene" dicha conducta y aplica diferentes soluciones al problema, que lejos de solucionarlo lo perpetua.

- Fisch, Weakland y Segal (1994), consideran que para que una **dificultad** se convierte en problema debe cumplir dos condiciones: a) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad y b) cuando no se soluciona la dificultad, se aplica una dosis mas elevada de la misma solución ineficaz, es decir, **la persistencia en una solución intentada ineficaz** lleva al agravamiento y al mantenimiento del problema, contrariamente a lo que pensaría la familia, donde los intentos de solución generan más pautas similares a aquellas que ocasionaron el problema e imposibilitan los cambios de organización o de reglas en la familia, necesarios para resolverlos.

- Una vez que una **dificultad** se convierte en "**problema**", éste es **mantenido o empeorado por los intentos ineficaces de las personas para resolverlo**. En otras palabras, el problema es el intento de solución (Cade y O'Hanlon, 1995). Este patrón "**más de lo mismo**", es el objetivo principal de la intervención terapéutica. Habitualmente los clientes reciben algunas variantes de la sugerencia de dejar de intentar resolver el problema de la forma en que lo han estado haciendo, siempre y cuando se utilice la postura del paciente –lenguaje, sistema de valores, creencias-, dándole un nuevo marco de referencia, dentro de ese sistema de creencias (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

- Los teóricos del MRI distinguen entre un cambio de primer y segundo orden. El primero comprende cambios dentro de la misma clase de soluciones intentadas, que únicamente constituyen al mantenimiento del síntoma. Mientras que el cambio de segundo orden supone la creación de una nueva clase de intentos de solución, lo que reduce y/o hace desaparecer la sintomatología, teniendo como objetivo terapéutico alcanzar un cambio de segundo orden.

## INTERVENCIONES

El grupo del MRI ha desarrollado un gran número de **técnicas de intervención**, algunas en términos de programas para problemas específicos. La eficacia del enfoque no reside sólo 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 para que lleven a cabo las prescripciones del equipo.

**La intervención** se ubica al final de la entrevista y consta fundamentalmente de una *redefinición* a la que se suman tareas que realizan en casa. Los recursos técnicos para promover el cambio comprenden: *redefinición, tareas directas y paradójicas, técnicas de persuasión para que los pacientes comprendan la tarea, metáforas, ordalías -pacto con el diablo- y técnicas hipnóticas derivadas de la hipnoterapia de Milton Erickson* (Ochoa,1995).

- **Redefinición.** Intervención cognitiva que modifica el marco conceptual desde el cual el paciente o la familia perciben el problema. Es decir, se *evitan* aquellas *etiquetas* que utilizan los pacientes, que dificultan el cambio.
- **Tareas directas.** Intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún o algunos componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma, proponiendo directamente la realización de otra conducta alternativa, diferente a la sintomática.
- **Tareas paradójicas.** Intervenciones conductuales, en las que se prescribe la continuidad de la conducta sintomática -durante un tiempo limitado-, que suele ser el intervalo entre sesiones.
- **Tareas metafóricas.** Intervenciones cognitivas que se emplean para transmitir un mensaje no relacionado directamente con el problema, sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones racionales y se confía en que ejerza su acción por vía analógica. El mensaje puede ser una nueva definición del problema, una solución al mismo o ambas cosas a la vez.

▪ **Pacto con el diablo (ordalía).** La intervención propone una tarea directa cuyo incumplimiento conduce a otra alternativa peor para estas personas: la imposibilidad de seguir con la entrevista. Esta intervención es aplicable a pacientes con quienes se mantiene una buena alianza terapéutica que, encontrándose en las últimas sesiones del tratamiento, consiguen poco o ningún cambio. El terapeuta explica que conoce un modo de resolver su problema, pero que sólo se les resolverá si se comprometen firmemente a cumplir la prescripción, en caso contrario, no podrán continuar la terapia.

▪ Las **técnicas hipnóticas de Milton Erickson.** Pueden formar parte de intervenciones metafóricas, se utilizan para diseminar un mensaje relacionado con el problema a lo largo de un discurso aparentemente neutro.

Fisch, Weakland y Segal (1994) plantean dos grandes **categorías de intervenciones** planificadas: **intervenciones principales y/o intervenciones generales.**

◆ **Intervenciones principales,** se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta. *El grupo del MRI* diseñó cinco intervenciones, útiles en problemas caracterizados por las soluciones intentadas por los pacientes.

**1) El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.** En esta categoría el paciente padece una dolencia relativa a él mismo, perteneciente al grupo de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico: rendimiento sexual, funcionamiento intestinal, tics, temblores, espasmos musculares, problemas de apetito, tartamudeo, dolor imposible de aliviar, insomnio, sudor excesivo, problemas de carácter, obsesiones y compulsiones, bloqueos creativos y de memoria. El paciente define fluctuaciones normales del funcionamiento corporal y mental como problemas y toma medidas para corregirlas y para que no reaparezcan.

En la intervención se invierte la anterior solución, pidiendo al sujeto que fracase en su intento de superar el problema; para lo cual se le suministran razones y directrices que caen en las siguientes categorías: a) se explica que es importante provocar la aparición del síntoma para que pueda observarlo sin la angustia de luchar contra él, de tal manera que en la siguiente entrevista proporcione información detallada de lo que ocurre. Se le

reitera que los nuevos datos así obtenidos permitirá advertir datos muy sutiles pero enormemente significativos que hasta ahora no había logrado percibir, llevando a establecer una evaluación más exacta de su problema; b) el terapeuta argumenta al sujeto que necesita entrenarse para lograr un control definitivo de la conducta sintomática y le indica que el paso inicial del proceso de aprendizaje consiste en provocar el síntoma.

**2) Dominar un acontecimiento temido aplazándolo.** Los pacientes que se ven atrapados por esta contradicción suelen quejarse de estados de terror o de ansiedad, por ejemplo, timidez, fobia, bloqueos en el rendimiento; por ejemplo; hablar en público, miedo a salir en escenarios, bloqueos en la escritura o en otras áreas creativas. El intento básico de solución del paciente consiste en prepararse, dominar con antelación una tarea para no fracasar, lo que le lleva a no enfrentarse nunca a ella. La intervención implica exponer al paciente a la tarea o acontecimiento, con un dominio incompleto y en una situación controlada, impidiéndole acabar la tarea con éxito. Esta técnica alude a la necesidad de aprender a superar fracasos como única vía para saber qué hacer en esa situación.

**3) Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.** Los problemas vinculados con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren colaboración, entre los que se encuentran riñas conyugales, conflictos entre padres e hijos pequeños o adolescentes rebeldes, problemas entre hijos adultos y padres de edad avanzada, y disputas entre compañeros de trabajo.

En el consultorio rara vez se presentan como clientes las dos partes contendientes. Por lo general se pone en contacto la persona que piensa que la otra parte amenaza o niega la legitimidad de su propia posición. Por ejemplo, el padre que considera que el hijo no respeta su autoridad, intenta solucionar sermoneando reiteradamente a su hijo sobre el deber de obedecerle de un modo respetuoso y atento en conductas concretas.

Esta forma de solucionar el problema sirve precisamente para producir la conducta que se desea eliminar, debido a que las exigencias de atención y respeto se formulan como algo a lo que se tiene derecho y es exigible; sin embargo, en algunas ocasiones se busca mediante la argumentación lógica, la amenaza o la violencia. Por lo que el paciente que adopta una posición autoritaria debe dar paso a ensayar otro tipo de solución como la rendición e impotencia ante la conducta desatinada del otro. Ésta consiste en aparentar

amabilidad e impotencia -sabotaje benévolo- que encierran una respuesta implacable, con consecuencias negativas reales ante la conducta no deseada del otro. La tarea del terapeuta es preocuparse por la formulación de la intervención más que de establecer cuál es la acción concreta que debe realizar el cliente; cosa que puede resultar evidente.

Para motivar al paciente a intentar la tarea se debe *redefinir* la rebeldía del adolescente como un conjunto de reacciones imprevisibles e irracionales que deja impotente al padre. Por ello, para controlar al adolescente deberá volverse también imprevisible, ya que hasta ahora se han conducido de forma completamente predecible para él, quien sabe de antemano qué va a decir y hacer. Además, siempre que le pida algo a su hijo seguirá la fórmula “*me gustaría que...*” y cada vez que su hijo le desobedezca, empleará consecuencias negativas reales, imprevisibles y no anunciadas; por ejemplo, cerrar la puerta de la calle por dentro cuando el chico llegue más tarde de lo convenido. Después se disculpará, mostrándose totalmente desconcertado por lo que ha hecho.

**4) Conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.** En este caso se trata de lograr una respuesta espontánea del otro, mediante la premeditación que coincida con los deseos de uno mismo. Esto se puede resumir: “*Me gustaría que lo hicieras, pero todavía me gustaría más que quisieras hacerlo*”. El sujeto piensa que si pide directamente lo que desea, su obtención quedará invalidada por no haberlo conseguido de manera espontánea. Al mismo tiempo, lo considera como una imposición o una intromisión en la integridad del otro.

Los problemas a los que se dirige esta solución intentada son problemas conyugales, por ejemplo, falta de entendimiento en el ámbito sexual; problemas de crianza infantil, por ejemplo, desobediencia; y esquizofrénia.

La intervención se fundamenta en la necesidad de hacer peticiones directas, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario. Ante la expresión: “Quiero que quieras, pero no quiero que lo hagas si no te sientes feliz haciéndolo”, el terapeuta puede redefinir la benevolencia del paciente (sus peticiones indirectas) como algo inconveniente, destructivo a largo plazo, y a la inversa, redefiniendo como benéfico aquello que el cliente quizás considere como destructivo (solicitudes directas) aunque difícil de poner en práctica en un principio. Por ejemplo: “Mi marido ignora mis necesidades; debería ser consciente de ellas

sin que yo tuviera que decírselo. Si tengo que decirle lo que me gustaría, será aún peor, dado que, si accede, lo hará porque se lo he pedido y no porque él lo quiere de veras". Para afrontar este problema es necesario lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente a pesar de las dificultades.

**5) Confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.** En este caso se produce un reiterado conflicto entre dos personas, porque la persona A sospecha que B realiza un acto que ambos consideran equivocado. A vigila y acusa a B y B niega su acusación y se justifica, lo cual suele confirmar las sospechas de A. El resultado es que A continúa con sus acusaciones, B refuerza su defensa y así sucesivamente. A esta *pauta de interacción se le ha llamado "juego del acusador y del defensor"*. Puede apreciarse en problemas conyugales, problemas de educación de los hijos y en dificultades relacionadas con el trabajo. Uno de los ejemplos son las situaciones de infidelidad, exceso de bebida, delincuencia y falta de honradez. El juego se acabaría si una de las partes abandonara su papel repetitivo.

La intervención, cuyo objetivo es interrumpir la secuencia de acusación y justificaciones, se denomina "*interferencia*", diseñada para reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútil los intercambios verbales entre dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión. El bloquear las recriminaciones implica la posibilidad de un control voluntario de la conducta problemática mediante la simulación del síntoma por parte del paciente identificado durante esos días que no se presenta la conducta. Por ejemplo, en las recriminaciones por alcoholismo se recomienda al marido beber al azar, y aparentar estar borracho cuando no lo está y al revés; a la esposa se le pide que intente averiguar, cuándo ha bebido realmente y cuándo no, sin decirle nada a su marido. Ambos deben llevar un registro diario, por separado y presentárselo en la siguiente sesión al terapeuta.

◆ **Intervenciones generales.** Son intervenciones de tipo estratégico, que pueden emplearse cuando las intervenciones principales no han logrado el resultado esperado o cuando conviene complementarlas con alguna indicación adicional.

**1) No apresurarse.** Esta intervención se aplica en tres situaciones; primero, con pacientes cuya solución intentada es esforzarse mucho por superar el problema, ya que si

reduce su esfuerzo el síntoma se aminora. Segundo, con pacientes pasivos que le exigen al terapeuta llevar a cabo una acción curativa; la sugerencia de que vayan más despacio actúa como estímulo para que se movilicen hacia el cambio. Y en el caso que haya cambios y mejorías, el terapeuta debe recordar a la familia y al paciente que los cambios lentos son más sólidos que los repentinos. Con ello, por un lado, se previenen recaídas al evitar que el paciente vuelva a esforzarse demasiado y, por otro, se da el mensaje de que es preferible el cambio paulatino, lo cual permite que se valore cualquier pequeño cambio y no sólo el espectacular.

**2) Peligro de una mejoría.** Es una intervención adecuada cuando el paciente no ha realizado la tarea prescrita en la sesión anterior y en síntomas como la ansiedad. En el primer caso, si la postura del paciente es de oposición al terapeuta, la intervención funciona acelerando el cambio; y en el segundo caso, si la persona comprueba que la mejoría no es un lecho de rosas, se sentirá menos obligada a exigirse rendir más, modificando su intento de solución de esforzarse demasiado. En este caso, se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema. La mayoría de los pacientes no verán ningún peligro, ven la solución del problema como la respuesta que les permitirá vivir mucho más feliz.

**3) Un cambio de dirección.** Cuando las intervenciones no han producido el cambio deseado, el terapeuta cambia de dirección, varía de postura, de directriz o estrategia y al hacerlo le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación. Al argumentar que se ha dado cuenta de que ha seguido un camino equivocado o que ha consultado con un “experto” que le ha recomendado variar el rumbo de la terapia. El cambio de la estrategia puede completarse adoptando una posición inferior: *“el experto aludió a un punto que yo no logré entender, pero él dijo que usted sí lo entendería”*. Ello puede incrementar la probabilidad de que el paciente acepte ese elemento, puesto que le permite alzarse por encima de su terapeuta entrando en coalición con el prestigioso experto, al poseer una capacidad de comprensión superior a la del terapeuta.

**4) Empeorar el problema.** Se emplea cuando en la última entrevista continúa sin haber cambios. El terapeuta en este tipo de intervención puede prescribir aquello que el paciente ha estado haciendo, pero sin presentarlo como sugerencia para que las cosas empeoren. Por el contrario, al tiempo que define la conducta del paciente como

potencialmente útil para la definitiva solución del problema, el terapeuta exige que el paciente ejecute la anterior solución hasta el extremo que provoque aversión.

El terapeuta manifiesta al paciente y a los componentes del sistema familiar que tanto él como su equipo no han sabido cómo ayudarles a mejorar el problema; sin embargo, saben cómo podría empeorar. Educadamente se prescribe todo aquello que el paciente y su familia han hecho para solucionar el problema. Así se subraya el papel activo del paciente y sus familiares en la persistencia del síntoma, esperando que asuman una expectativa de lugar de control interno del mismo. No es conveniente culpabilizarlos por no haber cambiado, lo cual añadiría un nuevo problema, deteriorando la imagen de eficacia de la familia y dificultando la labor de otro profesional, en caso de que inicie otra terapia.

## MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN LAS SOLUCIONES

### ANTECEDENTES

Las ideas desarrolladas del **Modelo Centrado en las Soluciones** se arraigan históricamente en una tradición que se inicia con Milton H. Erickson y transita por Gregory Bateson, el grupo de terapeutas del Mental Research Institute (MRI) y el particular desarrollo y evolución de las ideas pertenecen al grupo de terapeutas del Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) en Milwaukee, conformado por Steve de Shazer<sup>6</sup> -a quien se le reconoce como el impulsor del modelo-, William Hudson O'Hanlon, Michele Weiner-Davis, Insoo Kim Berg y Scout Miller. Ambos grupos -MRI y BFTC- han sido influidos por el trabajo de Milton H. Erickson (Berg y Miller, 1992 y O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997). Y más recientemente los aportes de Karl Tomm, con las preguntas reflexivas como medio de intervención cuya finalidad es alterar la epistemología de las personas en torno al problema y, por consiguiente, inducir las a generar cambios.

**Milton H. Erickson** especulaba muy poco sobre el origen de los problemas, pues tenía poco interés en entender por qué las personas se quedaban atascadas en sus problemas.

---

<sup>6</sup> Para describir este enfoque, **Steve de Shazer** empleó la **analogía de la ganzúa**, al sostener que el terapeuta no necesitaba saber mucho sobre la naturaleza de los problemas que llevan a terapia para resolverlos. Para él lo más importante es la naturaleza de las soluciones, es como tener la llave que abre la puerta y no la naturaleza de la cerradura. Analizar y entender la cerradura no es necesario si se tiene una ganzúa que se ajusta.

De hecho, *las cosas que otros terapeutas consideraban como “psicopatológicas”, las consideraba habilidades, “mecanismos mentales”* que podrían usarse tanto para curar como producir problemas (O’Hanlon y Weiner, 1997), al considerar que los pacientes tienen en su propia estructura psíquica y social la capacidad de solución.

*Erickson afirmaba que la terapia podría ser breve, ya que si la enfermedad puede surgir de repente, la terapia puede ser igual de breve.* Fue el primer terapeuta en utilizar las técnicas enfocada a las soluciones, a través de la hipnosis, técnica que llamó “*seudo orientación en el tiempo*” y que más tarde de Shazer denominó “*técnica de la bola de cristal*”. Con sus técnicas de hipnosis Erickson llevaba a sus pacientes hacia el futuro y al pasado cuando no existía el problema (lo que más tarde se llamarían la “*pregunta del milagro*” y “*la pregunta de la excepción*”. Cuando los dirigía hacia el futuro donde se veían sin el problema, les preguntaba cómo se observaban sin él y cómo lo habían resuelto. Pues observaba que las personas no sólo intentan modificar algún aspecto insatisfactorio en el presente sino que además desean mejorar su futuro (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

Es importante señalar que Erickson no está totalmente orientado hacia las soluciones y que su enfoque no era siempre breve. Era demasiado heterogéneo para definirlo con un solo rótulo. Sin embargo, su trabajo inspiró gran parte de la terapia orientada hacia las soluciones.

## **PRESUPUESTOS TEÓRICOS**

De acuerdo con Berg y Miller (1992) y a O’Hanlon y Weiner-Davis (1997), la Terapia Centrada en Soluciones fundamenta su trabajo en los siguientes supuestos y/o premisas que proporcionan una perspectiva basada en la salud respecto de los problemas del individuo, de la familia y de la terapia breve:

- Hace **énfasis en la salud mental** y no en la enfermedad mental; se habla de los momentos de abstinencia, más que de la patología. No buscan lo que está oculto y trata de arreglarlo, sino lo que está bien y trata de descubrir cómo usarlo. La salud se promueve o crea por medio de intervenciones terapéuticas.

- **Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver la queja (utilización).** Erickson enfatizaba que todas las personas poseen capacidades naturales que pueden usar para resolver las quejas. La tarea del terapeuta es acceder, buscar, suscitar y lograr que sean utilizadas.

- **El cambio es inevitable.** Se parte de la idea de que el cambio es constante, forma parte de la vida y de que los clientes no pueden dejar de cambiar, ya que nada sucede siempre, hay momentos en que no se presenta el problema o se presenta con menos intensidad porque han hecho algo distinto a lo acostumbrado a lo que llama “**excepciones**”. El cambio es un proceso continuo. Los clientes se comportarán como si el cambio por medios verbales y no verbales fuera inevitable. En **el contexto de la terapia breve resulta útil pensar cuándo ocurrirá el cambio en lugar de pensar si se producirá el cambio.** Se necesita co-crear profecías positivas autocumplidoras entre terapeuta y clientes.

- **Orientación hacia el presente y hacia el futuro.** De acuerdo con las palabras de Erickson, se debe poner énfasis más bien en lo que el cliente hace en el presente y hará en el futuro que sobre una mera comprensión de por qué acaeció cierto hecho remoto.

- **Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema (parquedad).** Se hace uso de la presencia de los recursos y medios más simples y directos para llegar a un fin, así como de la economía de los medios terapéuticos, en los cuales generalmente se parte de un tratamiento que va de lo simple a lo complejo.

- Un cambio en una parte de la familia lleva a cambios en otras partes de ésta. De igual forma, un cambio pequeño en una parte de la vida de un individuo crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas. A esto, de acuerdo con Erickson, se le conoce como “**bola de nieve**” o “**efecto mariposa**” y de acuerdo con Spiege 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 nuevos cambios.

- **Cooperación.** Selekman (1996), señala que tanto el cliente como el terapeuta deben trabajar juntos, y este último debe fortalecer al cliente y hacer más agradable el ambiente, utilizar una serie de herramientas para fomentar la cooperación entre las que se encuentran: *el rapport, poner rótulos positivos, la autoconfesión intencional, el uso del humor, la inclusión del problema dentro de la normalidad, la sensibilidad cultural, el respeto por la igualdad de los sexos, los elogios y los cumplidos terapéuticos.*

- **Una visión ateórica, no normativa, determinada por el paciente.** En ella se hace énfasis a la necesidad de determinar un nuevo tratamiento para cada individuo. Al considerar que cada individuo es único, se opone a dogmas teóricos que impiden la flexibilidad para satisfacer las necesidades del paciente.

- **Filosofía central,** basada en tres reglas:

- a) Si no está roto, ¡no lo componga! Se refiere al hecho de 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).

- Los terapeutas de Milwaukee consideran el **proceso de la entrevista una intervención**; es decir, mediante el uso de diversas técnicas de entrevista centradas en las soluciones, los clientes pueden experimentar, ya sea durante o fuera de la sesión con alguna tarea asignada, cambios importantes en la forma de ver su situación. Algunas de éstas son: *las preguntas presuposicionales, excepciones, preguntas orientadas al futuro o preguntas de avance rápido, utilización del lenguaje del cliente, la normalización/despatologización*; este último como proceso paralelo con algunas otras estrategias de intervención.

- Las **preguntas presuposicionales**<sup>7</sup> funcionan como **intervenciones** cuya finalidad es generar información acerca de los lados fuertes, las capacidades y los recursos de los clientes, que permitan cambiar la percepción del problema significativamente; al mismo tiempo crean un contexto en el que los clientes se sientan mejor preparados para resolver sus dificultades y hagan uso de sus fortalezas. Dichas preguntas inducen al cambio, de

---

<sup>7</sup> Las preguntas presuposicionales son definidas como formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente, introduciendo ideas o expectativas de cambio.

forma que en su formulación queda de manifiesto que existe un futuro sin el problema. Por ejemplo, se le puede preguntar a un chico con fracaso escolar e inasistencia al colegio. Cuando asistas normalmente a clase y mejores tu rendimiento escolar, ¿qué será diferente?, ¿qué harás diferente en tus clases?, ¿quién será el primero en felicitarte por ello?.

- **Las preguntas presuposicionales recaban información sobre las excepciones**, permitiendo al terapeuta redirigir la atención a las personas hacia lo que ya funciona y al mismo tiempo orientarlas a lo que se considera importante saber y sobre lo que es importante hablar en terapia. En la que se puede desenterrar soluciones examinando las diferencias entre las ocasiones en que se ha producido el problema y las ocasiones en que no. Con frecuencia los clientes simplemente necesitan hacer más de lo que ya les está dando resultado, hasta que el problema deje de existir. Por ejemplo, si las personas quieren experimentar éxito, menos estrés en la vida, se evalúan las diferencias entre las ocasiones en que se ha presentado alguna situación de fracaso, de estrés, y lo que es diferente en aquellos momentos en que ya disfrutaban del éxito y están libres de estrés. Se destacan las soluciones, se dedica más tiempo a aquellas actividades en las que hay constancia de que se ha conseguido, aunque sea por un periodo corto el objetivo deseado.

- Cuando los clientes no pueden recordar excepciones, y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las que sacar partido, se pasa a realizar **preguntas orientadas al futuro o preguntas de avance rápido**. En éstas se les pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema. Una vez que el cliente describe el futuro sin problemas, ha descrito también la solución. Por ejemplo, un chico con problemas en la escuela, imagina que una noche mientras duerme se produce un milagro y el problema en la escuela se resuelve. ¿Cómo te darás cuenta?, ¿qué sería diferente? Cuando el chico refiere “su milagro”, el terapeuta puede preguntar: ¿Hay algo de esto que ya esté ocurriendo?, ¿qué tienes que hacer para que suceda con más frecuencia?. Estas preguntas del milagro suelen introducirse en la primera sesión con la finalidad de describir, en términos de conductas concretas y específicas, qué características tendrá la solución.

- El **lenguaje** adquiere sentido a partir del modo en cómo funciona o se da dentro de las pautas de relación, de cómo éstas se crean y utilizan dentro de la cultura. En el proceso

terapéutico, el lenguaje ofrece la posibilidad de reificar, solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad del cliente y, en otras ocasiones, como herramienta para cuestionar certezas inútiles, de modo que se tiene que ser muy cuidadoso en la forma en que lo empleamos en la terapia.

- El terapeuta utiliza el **lenguaje del cliente** como una forma de unirse a ellos, siendo empático y respetuoso, a través de imitar el uso de las palabras, expresiones idiomáticas, metáforas, lo que los hará sentir entendidos, permitiendo poco a poco alejarlo de etiquetas fijas y negativas y *encausando los significados*, llevarlos en una dirección productiva que tengan un efecto de *despatologización o normalización* de la situación del cliente.

- **Normalizar/despatologizar.** Ocurre como un proceso paralelo con algunas otras estrategias de intervención a lo largo de la sesión. Parte de la idea es considerar las dificultades no como manifestaciones patológicas, sino como dificultades ordinarias de la vida como algo normal y cotidiano, permite que el cliente se sienta aliviado. Algunas de las **formas de normalizar** son de *forma directa, indirecta, interrumpir la descripción que el cliente hace de una situación, anticipándonos a decir lo que se dispone a describir; adelantarse a la descripción del cliente mediante preguntas de elección múltiple y, por último, los elogios normalizadores consistentes en ofrecer a los clientes una nueva perspectiva, más sana, sobre su situación.*

## INTERVENCIONES

**El objetivo terapéutico del Modelo Centrado en las Soluciones** consiste en ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo. Es decir, ampliar las soluciones eficaces, esos momentos en que el síntoma no aparece, a las que se llama excepciones, o lo hace con menos intensidad porque han hecho algo distinto a lo acostumbrado y ha realizado cambios perceptivos y conductuales. Al mismo tiempo resalta aquello que es satisfactorio en la vida de las personas. Cuando se especifican las estrategias eficaces de solución de problemas, el mero hecho de que unas veces tenga lugar el síntoma y otras no, permite crear la expectativa de que es posible un futuro sin la conducta problemática (Furman, 1996 y O'Hanlon y Weiner-Davis, 1997).

Dentro de las técnicas encontramos las **redefiniciones, connotaciones positivas, intervenciones generales** que son la *secuencia sintomática, la intervención sobre el patrón del contexto y las “tareas de fórmula”*.

◆ Las **redefiniciones**. Son intervenciones cognitivas que modifican el marco conceptual desde el cual el cliente o la familia percibe el problema, y que se presentan a lo largo de la entrevista.

◆ **Las connotaciones positivas**. Se refiere a citar aquellas estrategias eficaces y recursos que poseen los clientes para solucionar sus dificultades. Existen dos tipos. El primero, hace referencia a la existencia de dificultades en la identificación de soluciones eficaces. Se puede modificar el punto de vista que los clientes tienen del problema asignándoles un nuevo significado, concretamente uniendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas relacionadas con el síntoma. El segundo tipo es el que se sitúa después de la pausa -normalmente se hace una única pausa para preparar la intervención final- y resalta aquellas capacidades positivas que los clientes han mostrado, tanto a lo largo de la sesión como fuera de la misma, en forma de recursos para superar problemas. A ésta se le llama **“elogio”**. Todos los pequeños cambios en el cliente se reforzarán a través de connotaciones positivas o elogios.

### **Prescripción para el cambio**

O’Hanlon y Weiner-Davis (1997), consideran que en el proceso terapéutico se deberán realizar tres cosas para la prescripción para el cambio:

1. **Cambiar la “forma de actuar” en la situación percibida como problemática.** Un cambio en lo que hacen, en las acciones e interacciones que intervienen en la situación, puede producir también un cambio en el marco de referencia. Por ejemplo, a una pareja que discutía acerca de quién debía conducir de vuelta a casa tras una fiesta en la que ambos habían bebido, que uno de ellos debía conducir desde la fiesta hasta el edificio anterior a su casa; luego debían parar el coche, intercambiar sus asientos y el otro conduciría el resto del camino hasta casa.

2. **Cambiar la “forma de ver” la situación percibida como problemática.** Cambiar la percepción, la mirada de los clientes respecto del problema. Erickson consideraba a la psicopatología como una habilidad y la llamó **“mecanismos mentales”**, *los que podían*

*usarse tanto para curar como para producir problemas*, de tal modo que convertía en ventajas lo que parecía desventaja. Por ejemplo, cuando Erickson estaba tratando a un joven con poca confianza en sí mismo que acababa de obtener un trabajo en un banco, le preguntaba con cierto detalle sobre su trabajo, interesándose especialmente por los errores que había cometido. Erickson comentó: “Cada vez que cometía un error en su trabajo, lo que me interesaba siempre era el procedimiento que utiliza para corregirlo, nunca los detalles de cómo había cometido el error”. Al destacar las correcciones que hacía el joven, utilizaba sus errores como una forma de ayudarle a reconstruir su confianza en sí mismo.

**3. Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.** Como terapeutas debemos guiar a nuestros clientes a recordar sus capacidades naturales que los pueden llevar a cambiar sus acciones y sus puntos de vista. Por ejemplo, considerando lo que saben hacer, preparación, hobbies, redes sociales con las que cuentan -instituciones, familia, amigos, vecinos-, recursos materiales, económicos y creencias.

O’Hanlon y Weiner (1997), 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”**.

◆ **Intervenciones sobre la secuencia sintomática.** Estas intervenciones conllevan a realizar una evaluación del síntoma y de las conductas que lo acompañan; permitiéndole al terapeuta las siguientes opciones: cambiar la frecuencia o tasa de la queja, el momento de aparición, el tiempo de ejecución, las personas involucradas, la duración y el lugar donde se produce la queja, añadir un elemento nuevo al patrón de la queja, cambiar el orden en los elementos y sucesos en el patrón de la queja, descomponer el patrón, la secuencia de la queja en piezas o elementos más pequeños, unir la aparición del problema a la de alguna actividad gravosa. Por ejemplo, cambiar la frecuencia o tasa de la queja. A un cliente que solía comer golosinas frenéticamente durante sus episodios de voracidad se le pidió que comiera dulces lentamente cuando no tuviera un episodio.

◆ **Intervención sobre el patrón del contexto.** En este tipo de intervenciones se requiere de un conocimiento de la secuencia sintomática y de su contexto más amplio. El

terapeuta pide a los clientes descripciones de conductas e interacciones relacionadas con la queja y altera las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan a ésta. Por ejemplo, una persona que come compulsivamente evita salir con los amigos los días que ha comido demasiado. Aunque no salir con los amigos no está directamente relacionado con el hecho de comer compulsivamente es un patrón que lo acompaña y que puede modificarse. Se le puede decir que los días en que crea que se va a hartar, debe insistir en salir con los amigos.

◆ **“Tareas de fórmula” o “llaves maestras”.** Intervención general, que se prescribe con independencia del contenido concreto del problema particular que presenten los clientes. Por tanto, no requieren que el terapeuta haya realizado una evaluación detallada del síntoma. Algunas de estas tareas son:

▪ **La tarea de fórmula de la primera sesión.** Hace posible identificar y ampliar los aspectos satisfactorios de la vida del cliente, a quien define como una persona capaz de hacer cosas positivas. Esta tarea se identifica por los siguientes aspectos: 1) los clientes no esperan que el terapeuta les pregunte sobre lo que va bien, así que a veces quedan sorprendidos por la petición que les hace al finalizar la primera entrevista *“desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, me gustaría que observaran, de modo que puedan describirme la próxima vez, lo que ocurre por ejemplo, en tu familia, tu vida, qué quieres que continúe ocurriendo”*. Tal vez alguna de estas cosas valiosas ya están ocurriendo, pero pasan desapercibidas antes de que la tarea dirigiera la atención hacia los lugares adecuados. 2) la forma en que los clientes responden a la tarea es que, aunque no se les pide que hagan algo nuevo y diferente, suelen hacer precisamente eso, “pasar una nueva página” y modifica su comportamiento para resolver el problema.

▪ **Tarea de la sorpresa.** La intervención introduce una conducta nueva que rompe la persistencia en los patrones conductuales habituales, propiciando que las sorpresas intentadas se conviertan en soluciones nuevas y eficaces. Por ejemplo, en los conflictos de padres e hijos, se les pide a los hijos que hagan al menos una o dos cosas que sorprendan a sus padres, pero que no le comenten qué es. Los padres tendrán que adivinar qué es lo que sus hijos están haciendo. No compartirán, ni comentarán nada hasta que se vuelvan a encontrar con el terapeuta en la próxima sesión. Por lo general se describen más de dos sorpresas, y a veces a los hijos se les atribuye algo que no había

hecho con la intención de “sorprender”. A veces los hijos se callan, aceptando la sorpresa que les atribuye, y así todos salen ganando.

▪ **Tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces.** Si el cliente no provoca de forma deliberada la solución adecuada, es decir, si a pesar de identificarla no es capaz de establecer diferencias entre lo que sucede cuando el problema aparece y cuando no aparece, pueden darse dos situaciones: que su expectativa de lugar de control del cambio sea interna, es decir, que piense que inadvertidamente ha hecho algo para controlar el síntoma; por lo que se le sugiere que “*se fije qué hace cuando supera la queja o la conducta asociada al problema*”, o que sea externa y sitúe el control fuera atribuyéndolo a otra persona o a circunstancias externas. En este caso, se le indica: “Prediga todas las mañanas si antes del mediodía tendrá lugar una solución eficaz”.

En los casos en que les ha resultado difícil concretar a los clientes, es posible emplear su lenguaje para diseñar una intervención que cree la expectativa de cambio. Por ejemplo, si el cliente quiere “mayor paz espiritual”, se le sugiere: “fíjate en lo que haces esta semana que te da mayor paz espiritual” y me comentas tus descubrimientos en la siguiente sesión.

Ambas tareas, la «*tarea de fórmula de la primera sesión*» y la «*tarea de la sorpresa*», están orientadas a soluciones eficaces no relacionadas directamente con la conducta de la queja, y las «*tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces*» a 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.

## **MODELO DEL EQUIPO DE MILÁN**

### **ANTECEDENTES**

En 1967, Mara Selvini-Palazzoli fundó el **Instituto de la Familia en Milán, Italia**, invitando para tal efecto a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, quienes conformaron el Instituto. Durante los primeros años se reunían una vez a la semana, sin recibir ningún salario, para comentar los casos de las familias en terapia y los trabajos de Don. Jackson, Jay Haley, Paul Watzlawick y Gregory Bateson, con la finalidad de establecer los

fundamentos de un modelo terapéutico. Al principio rechazaban toda invitación de otros centros, y las aceptaron cuando tuvieron un modelo terapéutico bien delineado y respaldado por casos clínicos.

El grupo en sus inicios parte de una orientación psicoanalítica. Empezó con el tratamiento de familias con pacientes anoréxicos y psicóticos. En 1971 adoptó el enfoque de Palo Alto y desarrolló la intervención contraparádójica, diseñada para anular el doble vínculo patológico. Influído por Bateson, en 1975, el grupo modifica su concepción de los sistemas familiares como predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes y diferencian entre los niveles de significado -creencias- y los niveles de acción -patrones conductuales-.

Tomm (1984), menciona que aproximadamente en 1980 el grupo se dividió en dos: el grupo de las mujeres se centra en la investigación y en la “prescripción invariable”, basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos; mientras que el grupo de los hombres continuaron desarrollando nuevos métodos de entrenamiento para terapeutas y 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 (Hoffman,1989). Prata y Palazzoli también se separaron, y esta última, con un nuevo equipo, intensificó su esfuerzo para desarrollar una teoría general de los “juegos psicóticos” (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Este enfoque terapéutico se aplicaba preferentemente en casos de “psicosis”, término que se utiliza como sinónimo de trastorno mental grave, incluye también la mayor parte de los síndromes anoréxicos y bulímicos.

## **PRESUPUESTOS TEÓRICOS**

- El equipo de Milán propone tres principios básicos que guían al terapeuta a conducir la entrevista: hipótesis, circularidad y neutralidad. Cada uno tiene un enfoque diferente, pero los tres están interrelacionados (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn,1987; Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata,1990).

Si la entrevista es conducida de acuerdo con estos principios, puede no haber necesidad de una intervención al final de la sesión. Es decir, el patrón del mismo cuestionamiento puede “liberar” información suficiente dentro del sistema para habilitarlo para cambiar por su cuenta.

- La elaboración de **hipótesis** se refiere a la actividad conceptual del terapeuta y del equipo terapéutico, al presentar explicaciones o “mapas” alternativos mostrando los problemas presentados por la familia. Las hipótesis son suposiciones, generadas para guiar la actividad ejecutiva del terapeuta, al orientar la clase de preguntas que pueden proporcionar información para confirmar, refutar o modificar la suposición que está siendo considerada. Por lo que las hipótesis son usadas como elemento para organizar la información proporcionada por el paciente, la cual podrá ser cierta o falsa, podrá ser usada o no, para trazar planteamientos de la terapia, así como el mapa familiar, la explicación de la familia, el problema y su relación contextual.

La **hipótesis** en esta postura **debe ser sistémica**, en la que deberá incluir a todos los componentes de la familia y proporcionar una suposición relativa a todo el funcionamiento relacional.

- La **circularidad** se define como la habilidad que tiene el terapeuta para conducir su intervención sobre las bases de retroalimentación de la familia, en respuesta a la información que él mismo exige acerca de las relaciones de la familia, así como de sus diferencias y cambios. A través de su habilidad para realizar *preguntas circulares*, trata de indagar de qué modo ve un tercero una relación diádica. Es decir, todo miembro de la familia será invitado a decir cómo ve la relación entre los otros dos miembros.

La circularidad se funda en la idea de que las personas se conectan entre sí, a lo largo del tiempo, según pautas particulares -biológicas, psicológicas, sociológicas-, donde los miembros de la familia ponen de manifiesto su conexión en tanto comunican información en forma verbal y no verbal. Esta forma de comunicarse describe el intercambio de mensajes, que en los sistemas problema, son a menudo confusos o inaceptables para la familia. **Las preguntas circulares** definen y aclaran las ideas confusas y conductas cuestionables, además de reintroducir información en la familia en forma de nuevas preguntas. De este modo, los sistemas terapéutico y el familiar crean conjuntamente, por

medio del lenguaje, un mayor número de alternativas (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

La circularidad es la conciencia y la convicción de poder obtener de la familia (y por consiguiente, dar a la familia) informaciones auténticas, si se trabaja sobre la base de dos fundamentos: 1) la información es una diferencia y 2) la diferencia es una relación (o un cambio en la relación).

El **interrogatorio circular** puede describirse como un **método de indagación socrático**, que permite a los terapeutas recoger de la familia enunciados de diferencias acerca de relaciones e introducirlos a su vez en el sistema familiar. Este método respeta igualmente la neutralidad del terapeuta hacia la familia. De hecho, la manera de formular sus preguntas pone al terapeuta a salvo de aliarse con algún miembro de la familia y le permite mantener intacta la neutralidad terapéutica.

- El Grupo de Milán se refiere al concepto de neutralidad como una posición terapéutica en la que el entrevistador acepta las soluciones adoptadas por la familia como las únicas posibles, lógicas y congruentes para ella en ese momento. Enfatizan que los terapeutas nunca pueden saber de antemano cómo debería ser una familia; por lo tanto, deben actuar como un estímulo que active la capacidad de la familia para generar sus propias soluciones. **La posición de neutralidad** presenta un doble mensaje a la familia: primero, rescata que la solución que sus miembros encontraron ha sido perfecta hasta ahora, pero, a partir de ese instante, han encontrado otra interacción: la terapia, que les permitirá, a ellos y al terapeuta, inventar otras posibilidades de las que pueden surgir nuevas soluciones (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

**La neutralidad** se refiere a que el terapeuta no toma partido, preferencia o hace coalición con ningún miembro de la familia, ni emite juicios y acepta a cada uno de ellos, minimizando o atomizando la problemática del paciente identificado. Las preguntas y la interacción del terapeuta deberán estar dirigidas a cada integrante de la familia, en forma circular y con tiempos iguales de interacción.

Cuando los terapeutas se mantienen neutrales, consideran los rótulos bueno o malo, sano o enfermo, como atributos de la familia, dignos de atraer su curiosidad e interés, pero no

como hechos en los que ha de creer; en este sentido, la neutralidad actúa como lo opuesto a la moralidad.

- El Grupo de Milán propuso liberarse de la tendencia general a creer en estos rótulos cuidando el **uso del lenguaje, rechazando el uso del verbo “ser” y empleando** en su lugar el **verbo “mostrar”**. Por ejemplo, la afirmación “él se muestra triste” en lugar de “él es depresivo o triste”. La formulación en estas condiciones permite examinar qué está sucediendo en las relaciones de la persona de tal manera que se pueda explicar su conducta (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Hoffman, 1989). La definición **“se muestra” o “está”** sugiere una diferencia interpersonal con respecto a otra persona más alegre, indicando que la tristeza no es algo inherente a la persona, sino una forma de respuesta ante determinadas circunstancias. Por el contrario, afirmar que “es triste” separa a la persona de su contexto con la implicación de buscar causas intrapsíquicas para tal expresión conductual. Desde el punto de vista ideológico, la neutralidad se puede interpretar como la habilidad del terapeuta de aprehender la totalidad de manera sistémica.

- La piedra angular del trabajo del Grupo de Milán es el **“juego familiar”**, el cual engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos y de la familia en conjunto.

**El juego** sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla a lo largo de muchos años antes de consolidarse en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan la conducta e interacciones de la familia y puede incluso heredarse de generación en generación. El juego deja de ser adaptativo para convertirse en patológico cuando adscribe a los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a los requisitos del momento evolutivo que atraviesan. Es decir, la sintomatología es fruto de una discrepancia entre las conductas que constantemente están sometidas a variaciones y las creencias que permanecen inalteradas porque los comportamientos de la familia ajustan las conductas y su interpretación a sus esquemas habituales de pensamiento. En consecuencia, para cambiar las conductas problemáticas, el terapeuta deberá modificar el sistema familiar de creencias, teniendo en cuenta que creencias y conducta se incluyen recíprocamente.

- La evaluación tiene por objetivo conocer cuál es el juego familiar sobre el que se establece una hipótesis inicial de trabajo, al mismo tiempo determina cuál es el sistema de relaciones, creencias, valores de la familia, dentro de los cuales aparece el síntoma y determina el papel que éste desempeña dentro de ese sistema relacional. El síntoma puede servir para no enfrentar un cambio que amenaza con desequilibrar el sistema familiar o para reclamar la necesidad de que se produzca.

## **INTERVENCIONES**

El Grupo de Milán tiene como **objetivo terapéutico** 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. *El cambio se produce cuando se reemplaza el juego familiar por otro juego menos perjudicial*, ya que todo juego familiar necesita de un juego que regule su vida como sistema. Afecta el dominio afectivo, cognitivo y conductual, **el cambio** más profundo **se produce en las percepciones y creencias de la familia.**

Entre las técnicas propuestas para el cambio se encuentran: **intervenciones cognitivas, intervenciones conductuales y prescripciones ritualizadas.** Es importante destacar que estas técnicas han ido variando paralelamente a la evolución histórica del Grupo de Milán.

◆ **Intervenciones cognitivas.** Su finalidad es alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma. Por consiguiente, afecta al tipo de atribuciones que las personas hacen con respecto a las causas del problema o con respecto a las intenciones de la conducta de los demás. Normalmente, cada integrante del sistema familiar posee una serie de atribuciones propias, por lo cual es importante conocer las distintas opiniones.

▪ **La redefinición.** Modifica la percepción del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia.

▪ **La connotación positiva.** Se cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas o al menos a causas que no supongan intenciones hostiles. El síntoma se presenta debido a razones altruistas -sacrificio o amor-, por parte del paciente

identificado y por parte del resto de los miembros del sistema familiar. No se connota positivamente la conducta sintomática en sí, sino su relación con otras conductas más importantes, para las cuales el síntoma es en realidad una solución.

◆ **Intervenciones conductuales.** Dentro de éstas se encuentran las **prescripciones directas y las paradójicas**. El Grupo de Milán empleó -en su primer momento- las segundas con gran éxito.

▪ **Prescripciones directas.** Son tareas cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún/algunos componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma. Se utilizan para observar la capacidad de cambio del sistema y para consolidar las transformaciones ya conseguidas a partir de intervenciones paradójicas y ritualizadas.

▪ **Prescripciones paradójicas.** Se prescribe la secuencia patológica connotada positivamente. Se emplea cuando la situación es de orden y secuencia rígidas, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias. Al calificar como positivos los comportamientos sintomáticos, se connota positivamente la tendencia homeostática de la familia y no las personas, ubicando a todos sus miembros en un mismo plano.

◆ **Prescripciones ritualizadas.** Consisten en la prescripción de una secuencia estructurada de conductas que introducen nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal. Éstas se emplean cuando la situación es confusa o ambigua para producir orden y secuencialidad. Cuando las nuevas reglas se incorporan al sistema familiar, se supone que la familia necesariamente ha de responder a ese nuevo elemento creador de cambio. Entre las principales prescripciones ritualizadas se encuentran: **los rituales, las tareas ritualizadas de los “días pares-días impares” y la prescripción invariable.**

▪ **Rituales.** El ritual puede prescribirse como un experimento, un rito de transición o un ensayo. La intervención propone una secuencia de conductas, definidas con precisión, en la que se establece qué ha de hacer cada miembro de la familia, dónde y en qué momento. La nueva actividad no siempre tiene que pasar a formar parte de la vida diaria

familiar, sino que simplemente puede contribuir a clarificar patrones de interacción caóticos y contradicciones inherentes al sistema de creencias que permanecían sin reconocer.

- **Tareas ritualizadas de los días pares-días impares.** Tiene como propósito entrenar a la familia en conductas alternativas, basadas en una división de funciones diferentes, al bloquear una secuencia de interacción y mostrar la posibilidad de control voluntario. La intervención consiste en prescribir, en días separados, dos conductas contradictorias o muy dispares, que coexisten habitualmente en el grupo familiar. Se utiliza en casos de duda invencible, cuando los modelos de educación interfieren seriamente y los intentos de manejar al hijo son saboteados por el otro cónyuge. Se aprovecha la escalada de los progenitores para lograr que cumplan la tarea al tratar de ganar la aprobación del terapeuta.

- **Prescripción invariable.** También llamada “universal” elimina la necesidad de establecer hipótesis al suponer que en todas las familias el problema es una falta de diferenciación entre el subsistema parental y el filial. El propósito de esta intervención es separar de forma gradual los dos subsistemas introduciendo un mensaje organizador que clarifica los límites intergeneracionales, evitando coaliciones progenitor-hijo, que mantiene el juego a las familias psicóticas.

## **MODELO DE TERAPIA NARRATIVA**

### **ANTECEDENTES**

**La Terapia Narrativa** se desarrolla en la década de los ochenta en Australia, principalmente por **Michael White**, trabajador social, radicado en Adelaida Australia, **en colaboración** con **David Epston**, antropólogo, de Nueva Zelanda (White y Epston, 1993; White, 1994). Es un modelo que *tiene elementos similares a los de la terapia enfocada a soluciones y al modelo psicoeducativo*, postulando una relación terapéutica colaborativa (Sánchez y Gutiérrez, 2000). La Terapia Narrativa surge dentro de la tradición del enfoque sistémico bajo la influencia de la Escuela de Palo Alto.

Elkaïm (1996),. menciona que “**White** se inspira en los trabajos de **Gregory Bateson**, especialmente en el método interpretativo, al centrarse en el estudio de los procesos por los cuales una persona descifra el mundo, en el postulado de **Derrida** al señalar que el terapeuta debe buscar deconstruir las “verdades” que están separadas de las condiciones y los contextos de su producción; también se apoya en las ideas de **Michael Foucault**, cuando menciona que los dominios de conocimiento son dominios de poder, y que un dominio de poder es un dominio de conocimiento”. White se adhiere a esta idea, al considerar la exclusión como consecuencia de la aceptación de una identidad atribuida socialmente, ya que tanto para las personas como para el grupo, es la identidad socialmente impuesta al individuo marginado, mucho más que la no pertenencia a una colectividad, lo que crea la exclusión. Es un enfoque que está inserto en el movimiento del construccionismo social (op, cit.). Al mismo tiempo se ha apoyado en la antropología, la teoría literaria, la narrativa y la crítica social para el desarrollo de sus principales ideas, actitudes y prácticas. Han elegido inspirarse en las disciplinas sociales, en vez de hacerlo en las ciencias exactas como la física y la matemática (White y Epston, 1993), demostrando su preferencia por el estudio de los significados, más que en la búsqueda de la “verdad”.

## **PRESUPUESTOS TEÓRICOS**

White y Epston (1993) consideran los siguientes supuestos teóricos del enfoque Narrativo:

- No se interesa por la etiología del problema, sino por las exigencias de éste para la supervivencia, y por el efecto que tienen esas exigencias sobre las vidas y relaciones de las personas. Las respuestas de los miembros de la familia a las exigencias del problema, tomadas en su conjunto, constituye inadvertidamente el sistema de apoyo del problema.
- Pone énfasis en cómo las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo al hacerlo, contribuyen inadvertidamente a la “supervivencia” del problema. La historia que domina y da sentido a los eventos de la vida de la persona esta determinado por el contexto, la naturaleza y los patrones de acción.

- Alude al **problema como una entidad externa**, construido en contextos culturales que incluyen relaciones de poder, raza, clase social, preferencia sexual o género. Donde se identifica que no son las personas ni la familia las causantes del problema, sino es la relación que se tiene con éste,
- Utiliza la **analogía del texto** para entender la manera en que las personas organizan sus vidas alrededor de determinados problemas. Cree que a través de la analogía se puede considerar que esa organización refleja la interacción de “lectores” y “escritores” en torno a ciertos relatos o narraciones; en donde el estudio de la vida del problema se convierte en la narración de la vida de la persona.
- Describe la noción de “**textos narrativos**” al proponer la terapia como una analogía de historia y rehistorias de la vida y de las experiencias de las personas que se presentan con problemas. Escribiendo y seleccionando los eventos significativos, las cartas y los certificados terapéuticos contribuyen de manera muy concreta a la co-creación de narraciones nuevas y liberadoras. Esta analogía tiene intuitivamente un gran atractivo, ayudando a añadir realismo y dramatismo a las vidas de las personas incluidas en la narración. Por lo que tiene que ver, con una relación de acontecimientos, con cosas que, real o imaginariamente, le pasaron a alguien, con las descripciones de cosas y de personas, y opiniones personales del narrador.
- La manera en que se **utiliza el lenguaje** dentro de la conversación terapéutica posibilita cambiar la historia dominante del paciente, haciéndole ver otra realidad sobre su problema. La nueva historia remonta a la familia al pasado, al presente y al futuro, en relación con el curso de su vida y su problema, **trabajando con las historias no con los problemas** (White, 1994).

## INTERVENCIONES

Entre las principales **técnicas de intervenciones** se encuentran la “**externalización del problema**”, técnica psicoterapéutica que en un principio fue desarrollada para trabajar con niños que sufrían encopresis. Posteriormente White la aplicó con éxito a adultos, parejas y familias, en un marco de problemas más amplio como la esquizofrenia, la

depresión, la paranoia, la violencia y el riesgo de suicidio. (White y Epston, 1993 y White 1994)

◆ La “**externalización del problema**” es una técnica que ayuda a los miembros de la familia a apartarse de las “**descripciones saturadas**” por el problema de sus vidas y relaciones. Consiste en un abordaje que lleva a la persona a cosificar y, a veces, a personalizar los problemas que las oprimen; el problema en este proceso se convierte en una entidad separada y, por lo tanto, externa a la persona o a la relación a la que se le atribuía.

*La externalización del relato saturado de problemas* puede iniciarse fomentando, primero, la externalización del problema y, rastreando después la influencia del problema, en la vida y en la relación de la persona. Al lograr separarse y separar su relación del problema, de descripciones de la vida saturadas por el problema, de la lectura de relatos dominantes, las personas están en mejores condiciones para identificar los acontecimientos extraordinarios, aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida. Cuando la persona se separa de sus relatos, puede experimentar un sentimiento de agencia personal y de plenitud, sintiéndose capaz de intervenir en sus vidas y en sus relaciones. Una vez identificados los acontecimientos extraordinarios se puede estimular a las personas a atribuirle nuevos significados, pero para que esto sea posible es necesario que el acontecimiento extraordinario pase a formar parte de una *historia alternativa o también llamada “relato extraordinario”* (White, 1986; citado en: White y Epston, 1993). Esto abre la posibilidad de que se describan a sí mismos y a sus relaciones desde una perspectiva nueva, no saturada; permitiendo el desarrollo de una historia alternativa de la vida familiar, más atractiva para los miembros de la familia.

**La terapia** inspirada en la **externalización del problema** es un proceso continuo de co-elaboración de una “nueva realidad”, que se va realizando en disección terapéutica del problema, “separándolo” de la percepción que el paciente tiene de sí mismo como persona facilitando la “*re-escritura*” de vida y relaciones.

Para White y Epston (1993), el modo narrativo sitúa a la persona como protagonista o como participante de su propio mundo de actos interpretativos, en el que volver a contar

una historia, es contar una historia nueva; un mundo en el que las personas participan con sus semejantes en la *re-escritura* y, por lo tanto, en el moldeado de sus vidas y relaciones. Además el modo narrativo redefine la relación entre el observador y lo observado; en donde, tanto el observador como lo observado, se sitúan dentro de la narración que se está desarrollando, en la cual al observador se le ha asignado el papel de autor privilegiado de su construcción.

White y Epston (op, cit.), subrayan que en el campo de la psicoterapia, los escritos sobre las personas, frecuentemente ofrecen descripciones muy negativas, limitantes. Los escritos están presentados en un lenguaje saturado de patología (expedientes clínicos). Argumentan que es importante escribir “contra-documentos”, que ofrecen otras descripciones de las personas. A lo largo del proceso terapéutico pueden escribirse certificados o diplomas que den constancia de los logros del cliente, así como: resúmenes, cartas, invitaciones, y una gran variedad de documentos.

Tomm, (citado en: White y Epston, 1993), señala que **lo importante de las cartas son su fascinante contenido y estilo**. *El contenido* es seleccionado cuidadosamente para generar distinciones que puedan resultar heurísticas, para conectar determinadas experiencias y acontecimientos que prometen crear recursos, y para promover aquellos relatos con potencial curativo. *El estilo* tiende a utilizar el lenguaje vulgar, frases y palabras corrientes de forma no habitual. Esto da lugar a una redacción que motiva al lector a usar su imaginación y a participar en el texto.

Los documentos usados en el proceso terapéutico fortalecen las “**historias alternativas**” que van surgiendo a lo largo de las conversaciones terapéuticas y que contradicen a la “**historia dominante**” con la que el cliente inicialmente llega a terapia. Otra ventaja de los escritos utilizada por White y Epston, como cartas y notas enviadas entre sesiones, es que pueden ayudar a mantener el diálogo terapéutico abierto entre sesión y sesión, “alargando” el efecto de éstas.

Algunos de los principales **documentos** empleados por este enfoque son: *resúmenes, cartas, historias propias y contra-documentos*. Epston, en el curso-taller “Niños, Terapeutas, Ritos, Cuentos y Metáforas...”, de 2002, menciona que en su práctica clínica

escribe un resumen después de cada sesión y le proporciona una copia a la familia. La copia del resumen constituye el registro de la sesión que va conformando el expediente terapéutico. De esta forma la “historia clínica” es compartida por la familia y el terapeuta (White y Epston,1993). Esta supone una significativa incursión en una relación igualitaria entre profesional y cliente. Epston habla de la terapia como el espacio terapéutico donde se pueden contar y volver a contar historias.

**Las cartas** son un medio para un fin. Se pueden utilizar diferentes tipos de cartas tales como cartas de invitación, recomendación, despido, predicción, textuales, para ocasiones especiales y breves.

**Las historias propias.** Se pide a las personas que pongan por escrito su propia historia, con el propósito de que el relato esté al alcance de otras personas; para ello se puede hacer uso de diversos medios, como historias escritas en diversos géneros literarios, cartas personales, cartas testimoniales, videos, casetes y llamadas telefónicas. La escritura narrativa de los relatos suele ser de una historia de éxito y no de tristeza.

**Los contra-documentos** permiten determinar el valor de las personas, implican que éstas adquieran un nuevo estatus en la comunidad, que conlleva nuevas responsabilidades y privilegios: Estos documentos pueden ser leídos y tienen la capacidad de reunir a un amplio público para la representación de nuevos relatos; algunos de los que más se utilizan son los trofeos, galardones, certificados, diplomas, declaraciones y autocertificados.

White (1994) propone el “**método deconstrutivo**” como otra herramienta de intervención, al considerar que la deconstrucción tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas, a las que les llama “verdades divorciadas” de las condiciones y del contexto de su producción; esas maneras desencadenadas de hablar que ocultan sus prejuicios y esas familiares prácticas del yo y de las relaciones a que están sujetas las vidas de las personas; en este sentido, los métodos de deconstrucción son métodos que “vuelven exótico lo doméstico”.

La deconstrucción se basa en el “construccionismo crítico” o en una “perspectiva constitucionalista” del mundo. Propone que la vida de las personas está moldeada por la

significación que ellas asignan a su experiencia, por su situación en la estructura social, por las prácticas culturales y de lenguaje del yo y de sus relaciones interpersonales. No se propone reemplazar la verdad antigua, del mundo que tiene la persona, por una nueva, únicamente se trata de ver diferencias contra los marcos de referencia rígidos o preestablecidos, cuestionando lo que se cree, así como los hechos estructurados del pensamiento social.

## ENFOQUE COLABORATIVO

### ANTECEDENTES

El marco referencial filosófico en el que se apoya el *enfoque colaborativo*, es el *constructivismo social, la hermenéutica, el arte de la interpretación y la teoría narrativa, en el pensamiento posmoderno* (Anderson, 1999).

Harlene Anderson<sup>8</sup>, al establecer el contexto filosófico de su enfoque, se une a otros pensadores que describen el desplazamiento de un paradigma moderno a otro posmoderno. *El paradigma moderno* de Descartes y la Ilustración, se basa en la creencia de que un sujeto cognoscente puede utilizar la razón y el saber, para comprender y manipular un mundo objetivamente verificable. *El paradigma posmoderno* abandona la dualidad individuo-mundo y produce un giro radical hacia un marco sociolingüístico. Desde el punto de vista posmoderno, la realidad, que incluye la llamada realidad científica, se teje y vuelve a tejer en telares lingüísticos compartidos.

El **pensamiento posmoderno** ha sido el punto de partida de este enfoque. En un principio se conocía como *enfoque colaborativo de los sistemas de lenguaje*; actualmente simplemente se le llama enfoque colaborativo, representado por Harlene Anderson. Este se refiere a su manera de conceptualizar la terapia: como un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativa, en una búsqueda conjunta de posibilidades.

---

<sup>8</sup> Directora de Houston Galveston Institute, editora responsable del Journal of Strategic and Systemic Therapies y de Human Systems: The Journal of Systemic Consultation and Management.

Los sistemas humanos son sistemas relacionales basados en la interacción lingüística. Se generan significados a través del lenguaje: conversaciones habladas y no habladas e interacciones con otros y con nosotros mismos. La significación es un proceso interactivo e interpretativo. Gergen sostiene (1982 citado en: Anderson, 1999); por ejemplo, que los sentidos de sistema, familia y problema, sólo se explican dentro de una conversación.

Anderson, desde esta postura filosófica, hace mención de ideas poco usuales sobre terapia; es una de las primeras en hablar de *la terapia como una conversación*. Rechaza la idea de que los terapeutas tengan que buscar patologías. Lo más irreverente fue que *recomendara a los terapeutas adoptar una posición de no saber, de ignorancia*. Cuestiona la dicotomía entre el experto y el que no lo es, y la estructura jerárquica correspondiente. En este sentido, la voz del cliente gana en importancia y la idea de *la terapia como una sociedad conversacional* pasa a un primer plano.

## **PRESUPUESTOS TEÓRICOS**

Para Anderson y Goolishian, (1996) y Anderson (1999). El **enfoque colaborativo** se basa en las siguientes **premisas filosóficas**:

- Los sistemas humanos, cuando construyen realidades, son formas de acción social, más que procesos mentales individuales independientes. Una mente individual es un compuesto social y, por lo tanto, el propio ser es un compuesto social y relacional.
- Los sistemas humanos son al mismo tiempo, generadores de lenguaje y generadores de significado, son sistemas lingüísticos. El sistema terapéutico es uno de ellos.
- El significado y la comprensión se construyen socialmente. No se accede al significado ni a la comprensión, si no tenemos acción comunicativa. La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a los otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida, son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros. Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para el intercambio dialogal.

- **La terapia es un hecho lingüístico** que tiene lugar dentro de lo que se llama **conversación terapéutica**, en la que a través del dialogo se entrelazan, constantemente nuevos elementos de sentido, para la disolución y solución del problema, donde el cliente tiene una visión diferente de éste. Desde esta posición, el *terapeuta es visto como creador de un espacio que facilite la conversación dialogal y adquiere una posición de no saber, de ignorancia*<sup>9</sup> que le permite entender la cambiante experiencia vital del cliente, sin analizarla o encuadrarla.

- La **posición de ignorancia** requiere que, en la terapia, nuestra comprensión y nuestra interpretación no estén limitadas por el conocimiento, las experiencias previas o ciertas verdades formadas teóricamente. Esto implica que las acciones del terapeuta comuniquen una genuina curiosidad, la necesidad de saber más acerca de lo que ha dicho y hecho el cliente y no transmitir expectativas preconcebidas acerca del cliente, el problema o lo que debe cambiarse. Lo que permite estar siempre en situación de “ser informado” por el cliente, al aprehender la singularidad de la verdad narrada de éste y las verdades coherentes de sus vidas relata, a través de la conversación, la búsqueda y exploración mutua a través del diálogo, de un intercambio de doble vía, y el entrelazamiento de ideas en el que los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la “di-solución” de los problemas. **El terapeuta es visto como un artista de la conversación** al adoptar una posición de participante-observador y de participante facilitador de la conversación terapéutica, en donde *se despliegan las posibilidades todavía inexpresables de los relatos aún no relatados, a través de preguntas conversacionales o terapéuticas.*

- **El terapeuta** adopta una **posición de ignorancia**, la cual se refiere al uso de sus pericias, bagaje teórico, comprensión, cooperación, negociación, experiencia, habilidad para elaborar **preguntas terapéuticas**. La posición de ignorancia es similar a una postura narrativa en el proceso terapéutico, centrándose en el proceso, no tanto en el diagnóstico y el tratamiento de estructuras patológicas.

- En la terapia, el cliente es experto en su vida (conocedor de lo que le sucede, cómo está viviendo) y el terapeuta, al adoptar una posición de no saber, hace uso de sus pericias (experto en la técnica), que le permite conocer, saber sobre las narraciones del cliente a

---

<sup>9</sup>La posición de ignorancia ésta bajo la influencia de las teorías hermenéuticas e interpretativas y los conceptos afines del construccionismo social y la narrativa.

través de una posición de respeto, donde no se cuestionan los términos de la descripción ni la forma de la explicación, sino adoptando una posición de comprensión.

En *el espacio terapéutico*, a través de la relación terapeuta -cliente, se co-crean, significados en un ambiente de cooperación, negociación y respeto. En él se da la creación dialogal de nuevas narraciones, es decir, los hechos de la vida de los clientes adquieren significados nuevos y diferentes en este contexto. Estos nuevos significados se experimentan como cambio en la organización individual y social.

La psicoterapia es vista como un contexto para la resolución de problemas, la evolución y el cambio. Los problemas a los que nos enfrentamos son acciones, pensamientos, historias, conductas que expresan nuestras narraciones humanas. *Los problemas existen en el lenguaje y son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.*

El terapeuta y cliente, desde este enfoque, mantienen una **relación de colaboración**, que tiende a ser menos jerárquica, autoritaria, dualista, y es más horizontal, democrática e igualitaria. El **sistema terapéutico co-productivo** es una conversación entre compañeros, donde terapeuta y cliente co-deciden cómo participar, co-definen límites y co-seleccionan las metas del tratamiento.

**El cambio en la terapia** es la creación dialogal de la nueva narración y, por lo tanto, la apertura de la oportunidad de una nueva mediación. El poder transformador de la narración descansa en su capacidad para re-relatar o re-relacionar los hechos de nuestras vidas en el contexto de un significado nuevo y diferente.

### III) DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

#### 3.1 HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS (DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO)

##### 3.1.1 INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES DE TRABAJO CLÍNICO POR FAMILIA EN LA QUE SE ATENDIÓ COMO TERAPEUTA

Se realizó trabajo clínico en la atención a individuos, parejas y familias, bajo la observación, la dirección y supervisión en vivo de diferentes supervisores y del equipo terapéutico detrás del espejo, de acuerdo a los diferentes Modelos de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

*El siguiente cuadro muestra las familias atendidas como terapeuta:*

CASO	FAMILIAS ATENDIDAS	MOTIVO DE CONSULTA	MODELOS	OBSERVACIONES
No. 1	Familia Galindo	Problemas de adaptación en la escuela -cambio de escuela y turno- y de aceptación hacia su persona, crecimiento-.	Terapia estructural y Terapia breve centrado en las Soluciones.	Se alcanzaron los objetivos planteados por los clientes. Se realizó sesión de seguimiento.
No. 2	Familia Contreras	Problemas de conducta en la escuela y bajo rendimiento escolar.	Se trabajó en coterapia desde la terapia centrada en el problema	Suspendieron el proceso terapéutico, porque interfería con el horario de la escuela.
No.3 *	Familia Hernández	Problemas de conducta en el ámbito escolar –no respeto de reglas y bajo rendimiento escolar- y familiar -relación distante entre madre e hijo-.	Terapia breve Centrado en las Soluciones y Funcionamiento Familiar desde una Perspectiva Sistémica (Mc Master).	Se alcanzaron los objetivos planteados por los clientes. Se realizó sesión de seguimiento.
No.4 *	Familia García	Problemas familiares -agresividad, desacuerdo entre madre e hijo-. Bajo rendimiento escolar.	Equipo de Milán Funcionamiento Familiar desde una Perspectiva Sistémica (Mc Master).	Suspendieron el proceso terapéutico por problemas serios de salud de los abuelos y los nietos.
No.5	Carolina Carmona	Asesoría	Primera entrevista.	La cliente sólo solicitó asesoría de una sesión.
No. 6*	Familia Castillo	Problemas de conducta en la escuela y bajo rendimiento escolar de la hija adolescente. Problemas de comunicación entre madre e hija.	Terapia breve centrado en las Soluciones Funcionamiento Familiar desde una Perspectiva Sistémica (Mc Master).	Se alcanzó el objetivo planteado por los clientes. Se realizó sesión de seguimiento.
No. 7	Familia Rosales	Problemas de comunicación en el sistema parental en torno al cuidado de las hijas y la distribución de la economía en la familia.	Terapia breve Centrado en las Soluciones.	Suspendieron su proceso terapéutico por problemas de salud al sufrir un paro cardiorrespiratorio, que los llevó a cambiar de residencia al salir de la ciudad para su recuperación.

### **3.1.2 ANÁLISIS TEÓRICO METODOLÓGICO DE LAS INTERVENCIONES CLÍNICAS EN CASOS CLÍNICOS**

La información contenida en este apartado transmite el espíritu de mi trabajo como terapeuta familiar en los casos 3\*, 4 \*y 6\*, los nombres, edades, características, detalles de identificación de las familias atendidas han sido cambiados por cuestiones de confidencialidad.

#### **FAMILIA HERNÁNDEZ**

##### **1. RESUMEN GENERAL DEL CASO**

La familia se presentó a 11 sesiones terapéuticas. A la primera sesión se presentaron la Sra. María (madre); quien solicitó el servicio y sus tres hijos Orlando, Esteban y Armando, así como la abuela materna Antonia. A partir de la sesión dos, sesión de cierre y seguimiento sólo asistieron la Sra. María y Orlando.

Durante la primera sesión se destacó la preocupación de la Sra. María y de su hijo Orlando por la cuestión escolar, al reportar que Orlando presentaba problemas por su conducta en la escuela por no respetar los límites y las reglas establecidas por los maestros, por lo que la trabajadora social de la escuela secundaria le advirtió a la Sra. María que si Orlando no recibía atención psicológica y mejoraba su comportamiento, no podría continuar en la escuela y no le daría inscripción para el siguiente ciclo escolar. También comentó su preocupación por los conflictos y el distanciamiento que existía entre ella y su hijo. La Sra. Antonia se mostró preocupada por la relación que mantenían su hija y su nieto Orlando.

Se observó que la queja que presentaron los clientes comprendió una dificultad a la que se sumaron intentos reiterados e ineficaces para superarla. La Sra. María ignoró, habló, regañó y golpeó a su hijo Orlando; a estas problemáticas se sumaron otras personas como la trabajadora social, los profesores y el director de la escuela secundaria, quienes le llamaron la atención, le realizaron una serie de reportes por su mal comportamiento y mandaron llamar a su mamá para darle la queja. Cada una de las personas percibió lo realizado como las únicas soluciones; estas ideas impedían poner en práctica otras soluciones y perpetuaban el problema.

A partir de la segunda sesión los clientes reportaron estar más tranquilos, ya no les llamaron de la escuela para darles quejas o reportes, y en los momentos en que se presentaron dificultades tanto en el área escolar como familiar, las resolvieron de manera diferente, esto es, se dieron tiempo para platicar como madre e hijo. Sin embargo,

consideraron que seguía habiendo señales de que el problema aún no estaba completamente resuelto.

Durante la terapia se introdujo la idea de la apuesta. A la familia se le presentó una opinión dividida para ayudar a los clientes a clarificar sus opciones y subrayar sus implicaciones. Se reflexionó así sobre las acciones que cada uno sabe hacer, puede hacer y desea hacer, motivándolos al cambio.

La Sra. María consideró que la forma de actuar de su hijo Orlando era una manera de llamar su atención, como decirle: "Mamá auxilio" "hazme caso". Se dió cuenta de lo importante que es para Orlando que ella esté cerca y le exprese su afecto, sin embargo, no sabía cómo expresárselo. En la cuestión escolar Orlando está más tranquilo. Platicó con él las posibles alternativas en cuanto a las escuelas a las que podría asistir en caso de perder la inscripción en la secundaria. Esto les permitió comunicarse y buscar alternativas.

Las acciones realizadas, desde lo que saben hacer y quieren hacer para alcanzar su meta, tuvo impacto en Orlando en su conducta e interacciones en la escuela y en la familia. Se percató de que su mamá lo quiere, se lo ha demostrado al estar cerca de él, preocuparse por sus cosas, orientarlo y al platicar de diversos temas. Se observó un mayor involucramiento en el ámbito escolar por parte de la Sra. María. Tanto madre como hijo abrieron espacios para pasar tiempos juntos, reorganizaron actividades en el plano escolar como familiar; actualmente cuentan con el apoyo de la familia.

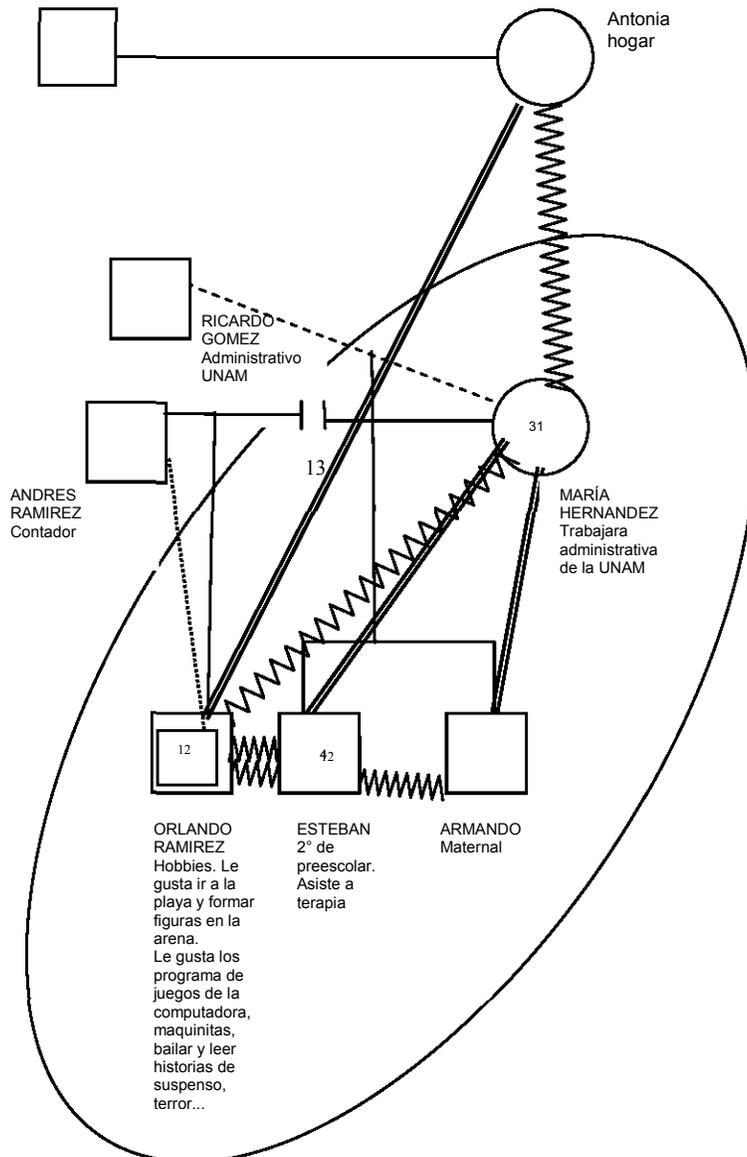
El esfuerzo de Orlando y su mamá tuvo frutos; alcanzaron su meta en el área escolar y familiar. Los profesores reconocieron sus cambios, en especial la trabajadora social. Tanto la Sra. María como su hijo Orlando mencionaron que se dieron cuenta de lo que les está funcionando y de lo que les gustaría seguir haciendo. Los desacuerdos y las dificultades que se presentaron eran pruebas que les permitieron poner en práctica lo que funcionó y saben hacer. Reconocieron sus recursos, habilidades y soluciones empleadas en situaciones parecidas.

Al evaluar el proceso terapéutico los clientes reportaron haber alcanzado su meta: en el área escolar y familiar dijeron estar tranquilos. Entre madre e hijo la relación se estrechó, aumentaron los momentos de diálogo y los acuerdos; se muestran apoyo en diferentes áreas como la académica, la salud, lo laboral, en casa, el cuidado de los hermanos y en la convivencia familiar. Orlando comentó que ha compartido su experiencia con sus compañeros, a los cuales les ha mencionado los beneficios de asistir a una terapia psicológica.

Los clientes evaluaron como satisfactorio tanto el proceso terapéutico como el desempeño de la terapeuta. Mencionaron que la terapeuta se enfocó en el objetivo planteado y se logró así su meta en el plano escolar y familiar.

Al final se les entregó un reconocimiento para reafirmar el esfuerzo, las capacidades y los recursos con los que cuentan para resolver satisfactoriamente las dificultades que se les presentaron, y para resaltar el papel activo que desempeñan en la construcción de su historia de vida a partir de sus contribuciones y acciones.

## 2. FAMILIOGRAMA



## 3 HIPÓTESIS QUE SE MANEJARON A LO LARGO DEL PROCESO TERAPÉUTICO CON LA FAMILIA HERNÁNDEZ

**Hipótesis:** Orlando mostró problemas de conducta y bajo rendimiento escolar, por la necesidad de ser atendido por su madre; su madre trató de remediar los problemas de su hijo reprimiéndolo con agresiones verbales y golpes, considerando que son las únicas

formas para solucionar dicha situación. Orlando no se siente comprendido y nuevamente presenta los problemas mencionados. Como resultado, se mantiene el distanciamiento entre ellos.

**Hipótesis:** La atención y preocupación mostradas por la Sra. María ha favorecido la relación con su hijo Orlando; ambos buscan soluciones a las dificultades escolares, lo cual los ha unido y les da tranquilidad.

**Hipótesis:** El hecho de que la Sra. María y Orlando tengan diferentes puntos de vista en torno a cómo estudiar para los exámenes extraordinarios los ha llevado a tener fricciones, las cuales los han distanciado y les ha impedido valorar sus recursos, dialogar y llegar a acuerdos para enfrentar las dificultades presentadas.

**Hipótesis:** La convivencia y el acercamiento entre madre e hijo les permite estar unidos, reconocer y valorar sus recursos, habilidades, responsabilidades, redes de apoyo, llegar a acuerdos y buscar soluciones eficaces a las dificultades que se presentan; les permite trabajar en equipo, tranquilizándolos y a alcanzar las metas propuestas tanto en el ámbito escolar como en el familiar.

#### **4. OBJETIVOS GENERALES DE LA TERAPIA**

- ◆ Identificar y consolidar los recursos y habilidades con que cuentan los clientes, para superar dificultades y resolver los problemas que se les presentan en la vida cotidiana y,
- ◆ Explorar y ampliar los aspectos funcionales de los clientes en el área escolar y familiar, es decir, ampliar las soluciones eficaces, los momentos en que el síntoma no aparece -excepciones- o lo hace con menos intensidad.

#### **5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN (TEÓRICO-METODOLÓGICAS DEL MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN LAS SOLUCIONES)**

- En principio, se estableció **rapport (unión)** para crear un ambiente de cordialidad, confianza y calidez, lo que permitió conocer a cada uno de los integrantes de la familia, evitando la confrontación y los temas de controversia.
- Se estableció el **contrato terapéutico** al mencionar la participación del equipo terapéutico. La frecuencia, el horario, el costo de la sesión, la confidencialidad de la información y el hecho de que cada sesión sería videograbada.
- En la primera sesión se realizó una serie de **cuestionamientos en torno al problema para obtener información clara y detallada sobre la queja**. Debido a que los clientes se centraban más en hablar de la problemática, se indagó sobre los marcos de referencia

en la que los clientes sitúan el problema, en qué sentido lo ven como problema y los eventos que se encuentran relacionados con el mismo; como una estrategia del Modelo Centrado en las Soluciones cuando los clientes no son capaces de describir excepciones desde la primera sesión. También se indagó sobre lo que han intentado para solucionar el problema actual; la madre mencionó que su única solución era hablar, aunque aceptó que a veces golpeaba a Orlando y últimamente ha buscado apoyo en instituciones de salud para pedir orientación, asesoría y tomar terapia.

- A lo largo del proceso terapéutico se utilizó el **Elogio**, para destacar el esfuerzo que Orlando y la Sra. María realizaron para resolver la queja., y ganar la batalla en el área escolar.
- Se indagó sobre las **soluciones intentadas en el pasado para la dificultad presente**. Orlando recordó su buen desempeño en la primaria, el cual le hizo obtener un buen promedio y participar en la escolta. Recordó junto a su madre que la confianza entre ellos, el diálogo y llegar a acuerdos funcionó para buscar alternativas para la solución de dificultades cotidianas. Esta forma de comunicarse la realizaban en un clima de respeto y con disposición para escuchar al otro. Platicar de forma tranquila, escuchar lo que piensa y siente el otro les hizo formar un equipo que facilitaba encontrar soluciones.
- Propiciar el recuerdo de sus soluciones en el pasado fue parte del uso del modelo de la Terapia Centrada en Soluciones, la cual invita a aplicar una solución conocida; los clientes ya saben qué hacer (“saber cómo hacer”), sólo necesitan recordarlo.
- Se realizó una serie de **preguntas presuposicionales**, al establecer diferencias entre las ocasiones en que aparece el problema y las ocasiones en que no aparece, que les está dando buenos resultados, Los clientes recordaron cómo contribuyen en la solución y se les invitó a hacer más de lo que les está dando resultado hasta que el problema deje de existir. Orlando estableció la distinción al mencionar lo que hace en las materias donde se puede controlar y respetar reglas y en las que no.
- Los clientes consideraron el **espacio terapéutico** como un lugar donde podían hablar, escuchar al otro y saber qué piensan sin agredirse.
- También se realizó una serie de cuestionamientos **orientados a las excepciones**. Se exploraron las nueve materias en que el problema no ocurre. En ellas Orlando puede tener mayor control, entrega tareas, trabajos y respeta las reglas establecidas por los maestros; se dio cuenta de lo que está haciendo en esas materias donde las cosas van bien, lo cual puede utilizar en las materias donde tiene problemas. Así se promovió que Orlando hiciera más de lo que le ha estado dando resultado, lo cual benefició la **secuencia del cambio**; se favoreció el efecto “bola de nieve”.

- Se utilizaron **preguntas lineales y a futuro** para obtener información sobre la queja que los lleva a terapia, indagar sobre las actividades realizadas en el periodo vacacional, la discusión que mantuvieron madre e hijo un fin de semana, los intentos de solución; se plantearon preguntas a futuro, que les permitió vislumbrar las consecuencias de tomar decisiones cuando se está enojado y las situaciones de riesgo a las que puede estar expuesto Orlando si se le vuelve a correr de la casa y si éste se va sin decir a dónde; se abordó lo que tendría que pasar para que él continuara en la escuela secundaria y se indagó sobre los proyectos que tenían madre e hijo.
- En el proceso terapéutico, **el lenguaje** ofreció la posibilidad de reificar, solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad del cliente y, en otras ocasiones, como herramienta para cuestionar certezas inútiles. El lenguaje adquiere sentido, a partir del modo en cómo funciona o se da dentro de las pautas de relación, de cómo éstas se crean y utilizan dentro de la cultura. Se utilizó al cuestionar a la madre sobre la forma de apoyar a Orlando en los exámenes extraordinarios.
- También se empleó el **lenguaje del cliente** como una **forma de unirse a ellos**, siendo la terapeuta empática y respetuosa, a través de la imitación del uso de las palabras, expresiones idiomáticas, “salir triunfador”, “irse derecho, no irse chueco”, “seguir su propio camino”, “dar pasos firmes”, lo que hizo a los cliente sentirse comprendidos y apreciados, encausando los significados y llevándolos en una dirección productiva.
- El trabajo con el **equipo terapéutico** detrás del espejo unidireccional durante la **pausa**, permitió a la terapeuta reunirse con el equipo para intercambiar ideas acerca de la dirección del caso, *lo que sirvió como marcador de contexto*, donde se decidía qué aspectos de la entrevista merecían ser destacados o dejar ideas nuevas en los clientes antes de que se marcharan.
- Otro aspecto que conviene resaltar **del equipo terapéutico** es el de **estrategia para el cambio**. Durante *la intervención en el mensaje final*, a la familia se le presentó una opinión dividida en un tono desafiante al introducir la idea de apuesta, en el tema de continuar en la escuela y la manera de estudiar para los exámenes extraordinarios, lo que permitió a los clientes clarificar las opciones, subrayar las implicaciones de cada una, decidir por cuál se inclinaban y descubrir sus recursos en un ambiente de armonía.
- Ante el desafío de la apuesta tanto madre como hijo se inclinaron por el equipo que confía en ellos, al realizar **cambios en la “forma de actuar”**. Orlando comentó que le estaba costando trabajo porque los maestros no reconocían su esfuerzo; sin embargo, él continuó respetando las reglas propuestas por los profesores en su clase: entregar las tareas y realizar los trabajos. Esto lo impactó en sus acciones, conducta e interacciones en la escuela. Reconoció lo que sabe hacer y quiere hacer, y le generó nuevas metas.

- La Sra. María se involucró más en el desempeño académico de Orlando, le revisó las tareas y los cuadernos, le compró el material para los trabajos de taller, asistió a la firma de boletas, platicó con él y buscó otras posibles escuelas para inscribirlo y así no se quedara sin estudiar. También comentó que se percató de lo importante que es para su hijo Orlando que ella esté cerca y le exprese su afecto, porque al parecer se siente desplazado por sus hermanitos. Orlando y su mamá han buscado la manera de pasar más tiempo juntos. La Sra. María le pidió a su hijo Orlando que pasara por ella al trabajo y en el trayecto han platicado, paseado y compartido algunas actividades de esparcimiento. Se observó que tanto madre como hijo ya no sólo dijeron que se iban a apoyar, sino que realmente lo hicieron.
- Una vez que se **identificaron los cambios, se constataron, se consolidaron y generalizaron**, se partió de un cambio mínimo para lograr la meta final. Del cumplimiento a las reglas de los maestros, se continuó el camino para lograr la inscripción al siguiente ciclo escolar, mejorar el comportamiento de Orlando, su desempeño escolar y su relación con su madre.
- Se propició que Orlando y madre hablaran sobre los cambios y los aspectos positivos que habían vivido. La finalidad es que se dieron cuenta de lo que estaban haciendo, cómo lo estaban logrando y qué tendrían que hacer si “retrocedían”, ¿cómo regresarían al “buen camino”?
- Esto permitió consolidar la meta. Orlando, la Sra. María y la terapeuta tuvieron una imagen clara de los “caminos” a seguir y cómo habría que avanzar en ellos.
- Se **redefine** las funciones de Orlando y la Sra. María. Se le cuestionó a la Sra. María la forma de apoyar a Orlando. ¿Apoya o daña a Orlando cuando ella le realizó sus apuntes y tareas?. Se les mencionó que a pesar de tener la misma meta (que Orlando mejore académicamente), esto no significa que la Sra. María tuviera que realizar las actividades de su hijo. Todo trabajo tiene un propósito, por ejemplo, pasar apuntes y ayudar a repasar información, es una forma de estudiar para los exámenes. Se le devuelve a cada uno de los clientes su responsabilidad para alcanzar la meta de aprobar los exámenes extraordinarios. Orlando sería responsable de pasar apuntes, estudiar, asistir a sus asesorías, presentar exámenes, y la Sra. María le apoyaría a releer y le haría preguntas de los temas revisados para el examen; también revisaría que las guías de estudio estuvieran concluidas.
- Se utilizó **el elogio**, al reconocer el esfuerzo conjunto realizado por Orlando y su mamá en el área académica, lo cual tuvo frutos. Lograron la inscripción para el siguiente ciclo escolar; él aprobó la mayor cantidad de materias, aprobó el año escolar y le dieron oportunidad de presentar dos extraordinarios. Se logró un mayor acercamiento y apoyo entre la Sra. María y su hijo Orlando, y de éste con sus hermanos pequeños y con los otros miembros de la familia. Orlando comentó que se dio cuenta *de lo que hace y le está*

*funcionando*. Dijo lo que le gustaría hacer para continuar en la escuela secundaria, y cómo haría para aprobar los exámenes extraordinarios.

- Una vez que se **mantuvo y ampliaron** los cambios se realizó una evaluación a través de la utilización de **las preguntas de la escala** (instrumento terapéutico desarrollado por el BFTC (Centro de Terapia Familiar Breve) de Milwaukee. Se utilizó en la **sesión de cierre**. Se les pidió a los clientes que valoraran sobre una escala de 1 a 10, de mayor a menor dificultad, su situación antes de venir a terapia y su situación actual. Se valoraron: el mal comportamiento, el no respeto de reglas y límites tanto en la escuela como en la casa y la relación madre e hijo. Antes de venir a terapia los clientes se ubicaron en cero. Orlando comentó que antes lo regañaban, lo sacaban del salón, había reportes, mandaban llamar constantemente a su mamá de la escuela, su mamá no lo atendía, no estaba con él. La Sra. María mencionó que antes de llegar a terapia tenía muchos problemas tanto en la escuela como en casa con Orlando; le pegaba para que entendiera. *Actualmente su situación* ha cambiado; se encuentran tranquilos, platican, llegan a acuerdos y hay un mayor acercamiento que les permite apoyarse en diferentes áreas: académica, salud, labores en casa y en el cuidado de los hermanos y en la diversión. Se logró que Orlando se quedara en la escuela. En relación a su comportamiento se “calmó”, se “tranquilizó” y continuó respetando las reglas establecidas en la escuela, se consideró disciplinado. En la relación con sus hermanos, antes peleaba, los hacía desatinar y los insultaba, ahora está con ellos, los cuida, por lo que evaluaron su situación actual en 7 y 8.

- Otra estrategia utilizada fue la **consolidación de los recursos**. Se reconocieron las habilidades con las que cuenta cada uno de los miembros de la familia, así como el trabajo en equipo que les permitió alcanzar sus metas y forjarse nuevas, y la forma de resolver cualquier dificultad que se les presente y salir valerosos. Madre e hijo estuvieron de acuerdo en que les funcionó haber platicado, escucharse, y llegar a acuerdos.

- Un cambio pequeño en una parte de la vida de un individuo crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas. Esto de acuerdo con Erickson, se le conoce como “**bola de nieve**” o “**efecto mariposa**”; se requiere de cambios mínimos para empezar a resolver las dificultades. Una vez iniciado el cambio el cliente generará nuevos cambios. De tal forma que los cambios producidos por Orlando en el ámbito escolar los llevó a cambios en otros ámbitos como el familiar, en el que actualmente se organizan actividades de apoyo en casa, escolares, recreativas y salidas. Hay un mayor acercamiento entre madre e hijo y entre hermanos.

- Se les entregó un **reconocimiento** para reafirmar el esfuerzo, sus capacidades y sus recursos por resolver satisfactoriamente las dificultades que se les presentaron, y por el papel activo que desempeñan en la construcción de su historia de vida a partir de sus contribuciones y acciones.

## 6. RECURSOS Y REDES SOCIALES

**Es un recurso, y a la vez una solución**, el trabajo en equipo realizado por Orlando y su mamá, para alcanzar las metas en el ámbito escolar y la búsqueda de alternativas de solución ante los nuevos retos como la aprobación de los exámenes extraordinarios.

Orlando contó con una extensa **red de apoyo**. Primeramente el *apoyo* se dio desde *casa*, el cual estuvo dado por su madre, quien revisó tareas, cuadernos de apuntes, lo motivó a leer algún libro de su interés, platicó con él de las posibles escuelas a las que podría asistir, lo que les permitió estar juntos más tiempo. También contó con el *apoyo de su abuela*, lo atendió en sus necesidades de alimentación, lo escuchó y platicó con él.

En la **escuela las redes de apoyo** estuvieron representadas por la trabajadora social, quien lo supervisó; Jorge, compañero y amigo que lo acompañó para evitar que se metiera en problemas y sus compañeros de clase, al realizar trabajos y tareas con él.

También contó con el **apoyo externo** de su tío Paco, quien es profesor de matemáticas y lo orientó y preparó para presentar su examen extraordinario. Contó con el **recurso técnico** de un programa de tutorías de historia por computadora, que le permitió estudiar, repasar y contestar la guía de los temas contemplados en el examen.

Una **red** de apoyo para la Sra. María fue su mamá y su ex-pareja, quienes la apoyaron en el cuidado y atención de sus hijos, para que ella y Orlando asistieran a terapia.

Se consideró un **recurso afectivo** el apoyo, cariño, atención, cooperación y comunicación entre madre e hijo, que les permitió alcanzar la meta propuesta.

**Un recurso** que destacó Orlando es su ingenio y creatividad para proponer algunas actividades en la materia de Español. Así mismo, la identificación y realización de lo que le funcionó para continuar en la escuela secundaria.

Se consideró para los clientes una **red/recurso el espacio terapéutico** en el que se expresaron y escucharon sin agredirse como madre e hijo.

Se consideró un **recurso** el que madre e hijo se dieran tiempo para estar juntos y trabajar en equipo para resolver algunas dificultades a las que se enfrentan.

## 7. EVOLUCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Durante la primera sesión los clientes se mostraron preocupados, desconcertados y enojados por no encontrar salida a la situación problemática.

Para la segunda sesión los clientes reportaron estar más tranquilos, no tener reportes, queja del comportamiento de Orlando en la escuela. Consideraron que eran los primeros pasos para resolver el problema. Comentaron las acciones que les estaban dando resultado, lo cual proporcionó un contexto excelente para que se dieran cuenta del camino más directo para la solución. Orlando ha tratado de respetar las reglas establecidas por los maestros en el salón de clase, se ha acercado y platicado con su mamá sobre lo que podría hacer para continuar en la escuela.

En algunos momentos del proceso terapéutico se observó a los clientes con una actitud pesimista. Insistían en la presencia de los problemas. Recordaban los reportes y quejas escolares de meses anteriores. Parecía que los problemas eran actuales y se desvanecían los logros obtenidos a partir del inicio de la terapia. Los clientes no informaban de cambios. Se exploró qué cosas relacionadas con la queja sucedieron entre las sesiones y qué acciones, actitud tomaron ante la situación.

Para la sesión 4 y subsecuentes los clientes reportaron estar tranquilos y *estar realizando acciones desde lo que sabe hacer y puede hacer*, para alcanzar la meta en el ámbito escolar. *Se concretaron algunos cambios*. Orlando empezó respetando los acuerdos establecidos por los profesores en clase, entregó tareas completas y realizó los trabajos de sus otras materias; comentó que le está costando trabajo, porque los maestros no reconocen su esfuerzo. La Sra. María no sólo dice lo que va a hacer, sino que realmente lo hace; se involucró y apoyó a Orlando en el ámbito escolar.

La Sra. María comentó que se dio cuenta de que Orlando se sentía desplazado por sus hermanos y lo importante que era para él que ella estuviera cerca, lo “apapachara” y le expresara su afecto.

Orlando se mostró relajado, tranquilo y deseoso de comentar lo que le estaba dando resultados *desde lo que sabe hacer* para alcanzar su meta. Compartió las felicitaciones que había recibido por parte de la trabajadora social y los profesores, por los pasos que había dado para salir adelante e involucrarse y participar en eventos y concursos que organizó la escuela. La Sra. María comentó ver tranquilo a su hijo Orlando. No han recibido queja de la escuela.

Madre e hijo reportaron cambios en su relación al tener un mayor acercamiento, diálogo, apoyo y espacios de esparcimiento para estar juntos. Destacaron el trabajo en equipo, que les permitió realizar las tareas escolares y las actividades en casa.

El trabajo y esfuerzo conjunto realizado por madre e hijo tuvo frutos. Le dieron inscripción a Orlando para el siguiente ciclo escolar, aprobó la mayor parte de sus materias y la posibilidad de presentar dos exámenes extraordinarios. La trabajadora social reconoció sus cambios al verlo tranquilo y relajado. Orlando comentó que se dio cuenta de lo que le funcionó y lo que le gustaría hacer para continuar en la escuela secundaria, además de reconocer el apoyo de su mamá.

Para la sesión nueve *los clientes reportaron haber alcanzado su meta* en el ámbito escolar y en la relación madre e hijo. En las ocasiones en que se presentó alguna dificultad, la tomaron como una pequeña prueba para poner en práctica lo que saben hacer, lo que les funcionó y hacer uso de sus recursos, habilidades, redes sociales para resolver la situación de manera satisfactoria.

*Sesión de cierre*, la señora María y su hijo Orlando comentaron que se cumplió el objetivo. Orlando se inscribió a segundo año. Mejoró su comportamiento y desempeño académico. Ha respetado las reglas establecidas en la escuela y en casa. En la relación madre e hijo hay un mayor acercamiento, comunicación y apoyo en las tareas de la escuela, labores en casa y en el ámbito de la salud. Han abierto nuevos espacios para salir como familia.

Confirmaron en las ocasiones que se presentó algún desacuerdo o dificultad que han retomado lo que saben hacer: se dan tiempo para tranquilizarse, escuchar al otro, expresar lo que cada uno siente y dialogar con calma, lo que les permite resolver sus diferencias y llegar a acuerdos funcionales.

Orlando encontró en la terapia un “poco de paz”, se dio cuenta *de lo que sabe y puede hacer* en la escuela y del apoyo que le brinda su familia.

*Sesión de seguimiento*, evaluación de la terapia. La Sra. María alcanzó la meta en lo escolar, se acercó, escuchó y se comunicó con su hijo Orlando, a quien tenía un poco olvidado. Orlando comentó que le sirvió asistir a terapia porque cambió su comportamiento tanto en la escuela como en casa y se acercó y comunicó con su mamá. Se dio cuenta de que la disciplina y el respeto de las reglas en la casa como en la escuela le permitió aprender de lo que se puede hacer y lo que no en diferentes espacios.

Reconoció que cuando se propone algo lo logra, como comportarse en la escuela, y hacer todo lo posible porque le dieran inscripción para el nuevo ciclo escolar, lo que lo hace sentir orgulloso. Orlando compartió su experiencia y los beneficios de la terapia con sus compañeros.

La terapeuta reconoció el trabajo, la cooperación y el compromiso de los clientes hacia su proceso terapéutico.

## 8. ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO

### FAMILIA

Orlando consideró que le sirvió asistir a la terapia porque encontró un “poco de paz”, de “calma” y la posibilidad de volver a “contar con alguien”, “contar y estar con su familia”. Mejoró su comportamiento en la escuela y la casa. La relación con su madre actualmente es más estrecha, se dan tiempo para salir y estar juntos. Aprendió que en la escuela y en casa existen reglas que tienen que ser respetadas y cumplidas como el ser disciplinado, cumplir con los trabajos que piden los maestros y apoyar en las labores de casa. Destacó “no todo es diversión”. Se consideró una persona tranquila, de lo que está orgulloso.

La Sra. María comentó que la terapia le permitió alcanzar la meta planteada en el ámbito escolar. A lo largo de la terapia se percató de que tenía un poco olvidado a su hijo Orlando y cómo éste le pedía a gritos que lo tomara en cuenta, al grado de decir: “Quiero que me escuches”, “quiero que me a papaches”. Actualmente la relación es más estrecha. Destacó la confianza y el apoyo brindado por Orlando en esos momentos difíciles de enfermedad, su preocupación y cuidado por ella y sus hermanos. El progreso que ha tenido al no recibir más quejas de la escuela.

La Sra. María y su hijo Orlando concordaron en que el espacio terapéutico les sirvió para “hablar”, “expresar lo que sentían”, “escuchar al otro sin agredirse”, dialogar y llegar a acuerdos, trabajar en equipo, estando unidos, lo que les permitió visualizar otras alternativas de solución ante las dificultades escolares y conversar en otros espacios.

A Madre e hijo les sirvió trabajar en equipo porque les permitió tener un mayor acercamiento, alcanzar su meta en el área académica y familiar; albergar proyectos. En relación con los límites y reglas en casa, la Sra. María platicó con Orlando de lo que puede hacer y lo que no, de manera clara: después de la escuela debe quitarse el uniforme, ayudar en la limpieza de la casa, cuidar en ocasiones a los hermanos pequeños y realizar las tareas escolares.

La Sra. María destacó que si en algún momento se les presentara alguna dificultad en la escuela, primeramente va a platicar con Orlando, lo va a escuchar para saber lo que sucedió y buscar alternativas de solución juntos. En el ámbito familiar van a mantener la comunicación y el acercamiento entre madre e hijo. Orlando mencionó continuar respetando las reglas establecidas por los profesores en la escuela secundaria.

La Sra. María y Orlando expresaron haberse sentido durante la terapia en “confianza”, “aceptados”, y “escuchados”, al expresar lo que sentían y pensaban. El trabajo realizado se centró en el objetivo del área escolar y la relación madre e hijo.

En relación al acompañamiento que les brindó el equipo de terapeutas detrás del espejo, la Sra. María mencionó que fue un apoyo; le permitió salir del error al relacionarse con su hijo Orlando. Orlando comentó que le sirvió como un desafío para demostrar que sí podía alcanzar la meta.

La Sra. María comentó que si se le presentara alguna otra dificultad volvería a asistir a terapia si fuera necesario. Orlando recomendó a sus compañeros de clase asistir a terapia si tenían algún problema, por los beneficios que podrían obtener.

## **TERAPEUTA**

Mi experiencia con la familia Hernández fue muy enriquecedora, me permitió acompañarlos a lo largo de su proceso, en el que descubrieron sus recursos, capacidades, redes sociales y los beneficios de trabajar en equipo en el ámbito escolar y familiar.

El escuchar las voces del equipo terapéutico, me permitió tener nuevas narraciones sobre la dificultad de la familia en torno a los problemas de conducta de Orlando en la escuela y la relación madre e hijo. La posibilidad de compartir otras ideas sobre la dirección del caso, retomar los diferentes puntos de vista y decidir cómo traducirlos en estrategias durante la conversación con los clientes, llevándolos a reestructurar, redefinir, identificando sus acciones, emociones y pensamientos; destacando lo que están haciendo para alcanzar la meta.

La terapia como espacio conversacional me permitió ver cómo a través del diálogo con la familia se entrelazan, entretienen constantemente elementos de sentido para la disolución y solución al problema a partir de la co-creación de significados. lo que impactó en los clientes en sus acciones, conducta e interacciones en el ámbito escolar y familiar, al reconocer lo que saben hacer, quieren hacer y pueden hacer.

En el acompañamiento de la familia Hernández partí de la postura donde las personas cuentan en su interior de las capacidades, recursos y en su sistema social, de las redes para superar las dificultades y resolver sus problemas, adoptando una *posición de curiosidad que me permitió hacer uso de mis pericias*, utilizando mi bagaje teórico, comprensión, cooperación, negociación y experiencia, etc. al escuchar y conocer las narraciones, la postura de los clientes respecto de la queja, explorando las creencias, costumbres, experiencias, recursos, habilidades, formas de relación de los clientes en su familia y escuela, entre otros.

No se cuestionó los términos de la descripción ni la forma de la explicación, sino se guió a los clientes en la identificación de sus recursos, habilidades, creencias, redes sociales, para resolver las situaciones a las que se enfrenta. En un ambiente de cooperación, negociación y respeto, donde se despliegan las posibilidades todavía inexpressadas de los

relatos aún no relatados. El adoptar esta posición permitió no limitarme por experiencias previas, métodos o por ciertas verdades formuladas teóricamente.

El trabajo realizado en el *sistema terapéutico total* fue muy productivo, pues se efectuó en un ambiente de respeto, se compartió con el equipo de supervisión el plan terapéutico, las líneas de trabajo, para enriquecerlo; la terapeuta era quien tenía la decisión de ver cómo introducía las sugerencias en la conversación con la familia. Esto permitió ampliar mis pericias y recursos, favoreciendo así la formación de mi estilo personal.

Un medio didáctico que fue muy útil en mi aprendizaje fue el ver y escuchar la grabación del caso atendido en audio y video, lo que permitió reconocer aspectos (sentimientos, palabras, silencios) antes no reconocidos, o bien reorganizar la información, entenderla de modo diferente, analizar la interacción analógica y verbal del sistema terapéutico, aclarando algunas dudas; al mismo tiempo, ver mi actuación (aspectos de lo que se cree que se hace en la sesión y lo que realmente se hace), identificando y reconociendo alguna falla e intentando los cambios pertinentes. La cinta conserva estos momentos que sirvieron de retroalimentación. En algunas ocasiones se presentaron problemas en cuestiones técnicas (mala calidad del sonido y/o de iluminación, etc), lo que no permitió sacar el mejor provecho de ésta.

## **9. ANÁLISIS TEÓRICO-METODOLÓGICO DEL MODELO**

**El Modelo Centrado en las Soluciones** en ese momento me proporcionó uno de los múltiples caminos para responder a las demandas de la familia, la cual alcanzó los objetivos propuestos en la terapia en el ámbito escolar como en el familiar. Como terapeuta partí de la creencia de que la familia contaba con los recursos necesarios para cambiar. Me centré en indagar los lados fuertes, las capacidades y los recursos de los clientes; las excepciones y soluciones funcionales intentadas en el pasado que permitieron *cambiar la percepción del problema significativamente*; al mismo tiempo, se creó un contexto en el que los clientes se sintieran mejor preparados para resolver sus dificultades e hicieran uso de sus fortalezas.

Las personas, cuando se encuentran abrumadas por las dificultades de la vida cotidiana, pierden de vista sus recursos para la resolución de sus problemas. Ante las dificultades se suman intentos reiterados e ineficaces para superarlas. Los clientes perciben la solución intentada como la única correcta, siendo esta idea lo que propicia la permanencia de la queja, puesto que les impide poner en práctica otras soluciones. Darse cuenta de que existen ocasiones en que la queja (síntoma) no aparece -*excepciones*- o lo hace con menos intensidad, abre la posibilidad de encontrar soluciones eficaces que posiblemente ya se están utilizando. Esto provoca en los clientes cambios perceptivos y conductuales. Los clientes sólo necesitan recordar las herramientas de que disponen para desarrollar soluciones

satisfactorias y duraderas o en otras ocasiones sólo hacer más de lo que funciona (más de lo mismo), a fin de identificar y ampliar la secuencia de solución.

Para los representantes del **Modelo Centrado en las Soluciones**, no es necesario saber mucho o tener información histórica sobre la queja para resolverla, es más útil tener información sobre lo que los clientes hacen y les da buenos resultados; si los pacientes utilizan con más frecuencia lo que les funciona esto les permite “no dejar espacio al problema”.

El modelo parte del supuesto de que todos los clientes cuentan con las fuerzas, recursos, habilidades y redes sociales necesarios para resolver sus dificultades y problemas. Esta idea ha sido señalada por Erickson (O’Hanlon,1993). Al ayudar al cliente a redescubrir los medios con los que cuenta, se le impulsa a utilizarlos en su presente y los visualiza para utilizarlos en su futuro, premisa que se conoce como **orientación hacia el presente y hacia el futuro**.

Para Furman,(1996) y O’Hanlon y Weiner-Davis,(1997) **El objetivo terapéutico** del Modelo Centrado en Soluciones consiste en ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo. Es decir, se amplifica la atención a las soluciones eficaces, a las cuales se les conoce como excepciones. Al dirigir la atención de los clientes hacia las soluciones eficaces (o excepciones), se produce en éstos un cambio perceptivo y conductual que facilita que continúen por este camino. También se puede resaltar aquello que es satisfactorio en la vida de las personas, obteniendo también un cambio favorable en los clientes. Al evidenciar que el síntoma no aparece en ciertas situaciones gracias a las estrategias de solución puestas en práctica por el cliente, se crea la expectativa de que es posible un futuro sin la conducta problemática

Los terapeutas de Milwaukee consideran el **proceso de la entrevista una intervención**; es decir, mediante el uso de diversas técnicas de entrevista centradas en las soluciones, los clientes pueden experimentar, ya sea en el transcurso o fuera de la sesión, cambios importantes en la forma de ver su situación. Algunas de estas técnicas son: *las preguntas presuposicionales, excepciones, preguntas orientadas al futuro o preguntas de avance rápido, utilización del lenguaje del cliente, la normalización/despatologización*; esta última como parte de un proceso paralelo.

La intervención con **preguntas presuposicionales** tiene como finalidad generar información acerca de los lados fuertes, las capacidades y los recursos de los clientes. Al utilizarlas se permite un cambio significativo de percepción del problema y se crea un contexto en el que los clientes se sienten mejor preparados para resolver sus dificultades a través del uso de sus fortalezas. Dichas preguntas inducen al cambio, de manera que en su formulación queda de manifiesto que existe un futuro sin el problema. Al mismo tiempo, es necesario buscar e identificar en otros contextos las capacidades y

recursos que el cliente ha puesto en práctica y que muestran lo que sabe hacer. Al indagar sobre las diferentes formas de resolver sus problemas, el cliente tiene la opción de aplicar soluciones conocidas que en algún momento ya le han funcionado.

**Las preguntas presuposicionales** ayudan a recabar información sobre las excepciones y desentierran soluciones. Al cliente se le interroga sobre las diferencias entre las ocasiones en que aparece el problema y las ocasiones en que no aparece. Los clientes recuerdan de esta manera cómo contribuyen en la solución y se les invita a hacer más de lo que les está dando resultado hasta que el problema deje de existir.

Cuando los clientes no pueden recordar excepciones, y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las que puedan sacar partido, se pueden realizar **preguntas orientadas al futuro o preguntas de avance rápido**. En éstas se les pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema. Una vez que el cliente describe el futuro sin problemas, ha descrito también la solución, en caso de centrarse en el pasado.

Un punto central del Modelo Centrado en las soluciones es el uso del **lenguaje**, el cual adquiere sentido a partir del modo como funciona o se da dentro de las pautas de relación, de cómo éstas se crean y utilizan dentro de un contexto. En el proceso terapéutico el lenguaje es utilizado como una estrategia para producir cambios en la percepción y en la conducta del cliente, a través de preguntas presuposicionales - formas de hablar que presume algo sin afirmarlo directamente- introduciendo ideas o expectativas de cambio. Ofrece la posibilidad de reificar, solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad del cliente y, en otras ocasiones, son una herramienta para cuestionar certezas inútiles. Se utiliza el lenguaje del cliente como una forma de unirse a él, se imita el uso de las palabras, expresiones idiomáticas, metáforas, lo que le hará sentirse comprendidos, permitiendo poco a poco alejarlo de etiquetas fijas y negativas y, encausando sus significados, llevarlo en una dirección productiva que tenga un efecto de despatologización o normalización de su situación.

Dentro de las **intervenciones del Modelo Centrado en las Soluciones** encontramos las redefiniciones, connotaciones positivas, intervenciones generales basadas en la secuencia sintomática, la intervención sobre el patrón del contexto y las “tareas de fórmula”.

◆ Las **redefiniciones** son intervenciones cognitivas que modifican el marco conceptual desde el cual el cliente o la familia perciben el problema, y que se presentan a lo largo de la entrevista.

◆ **Las connotaciones positivas.** Cita aquellas estrategias eficaces y recursos que poseen los clientes para solucionar sus dificultades. Existen dos tipos:

El primero hace referencia a la existencia de dificultades en la identificación de soluciones eficaces. Se puede modificar el punto de vista que los clientes tienen del problema asignándoles un nuevo significado, concretamente uniendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas relacionadas con el síntoma.

El segundo tipo se sitúa después de la pausa –normalmente se hace una única pausa para preparar la intervención final- y resalta aquellas capacidades positivas que los clientes han mostrado, tanto a lo largo de la sesión como fuera de la misma, en forma de recursos para superar problemas. A ésta se le llama “**elogio**”. Todos los pequeños cambios en el cliente se reforzarán a través de connotaciones positivas o elogios.

O’Hanlon y Weiner-Davis (1997) consideran que en el proceso terapéutico se deberán realizar tres cosas para la **prescripción para el cambio**:

- Cambiar la “forma de actuar” en la situación percibida como problemática. Un cambio en lo que hacen, en las acciones e interacciones que intervienen en la situación, puede producir también un cambio en el marco de referencia.
- Cambiar la “forma de ver” la situación percibida como problemática. Cambiar la percepción, la mirada de los clientes respecto del problema. Erickson (citado en: O’Hanlon y Weiner, 1997) consideraba a la psicopatología como una habilidad y la llamó “mecanismos mentales”, los que podían usarse tanto para curar como para producir problemas, de tal modo que convertía en ventajas lo que parecía desventaja.
- Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática. Se guía a nuestros clientes a recordar sus capacidades naturales que los pueden llevar a cambiar sus acciones y sus puntos de vista considerando lo que saben hacer, preparación académica, hobbies, redes sociales, recursos materiales, medios económicos y creencias.

◆ O’Hanlon y Weiner (1997) 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”.

- **Intervenciones sobre la secuencia sintomática.** Estas intervenciones conllevan a realizar una evaluación del síntoma y de las conductas que lo acompañan. Algunas de ellas son: cambiar la frecuencia o tasa de la queja, el momento de aparición, el tiempo de ejecución, las personas involucradas, la duración y el lugar donde se produce la queja,

añadir un elemento nuevo al patrón de la queja, cambiar el orden en los elementos y sucesos en el patrón de la queja, descomponer el patrón, la secuencia de la queja en piezas o elementos más pequeños, unir la aparición del problema a la de alguna actividad gravosa.

- **Intervención sobre el patrón del contexto.** En este tipo de intervenciones se requiere de un conocimiento de la secuencia sintomática y de su contexto más amplio. Se les pide a los clientes descripciones de conductas e interacciones relacionadas con la queja y se alteran las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan a ésta.

- **“Tareas de fórmula” o “llaves maestras”** son intervenciones generales, que se prescriben con independencia del contenido concreto del problema que presenten los clientes. Por tanto, no requieren que el terapeuta haya realizado una evaluación detallada del síntoma. Algunas de éstas tareas son:

La «tarea de fórmula de la primera sesión» y la «tarea de la sorpresa» están orientadas a soluciones eficaces no relacionadas directamente con la queja, y las «tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces» se centran en establecer y ampliar las estrategias adecuadas de solución del problema.

El Modelo Centrado en las soluciones cuenta con la premisa **“sólo es necesario un cambio pequeño**; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema”. Esto es hacer uso de la presencia de los recursos y medios más simples y directos para llegar a un fin, así como de la economía de los medios terapéuticos; generalmente se parte de un tratamiento que va de lo simple a lo complejo.

Un cambio en una parte de la familia lleva a cambios en otras partes de ésta. De igual forma, un cambio pequeño en una parte de la vida de un individuo crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas. Esto de acuerdo con Erickson, se le conoce como **“bola de nieve”** y **“efecto mariposa”**. Se requiere de cambios mínimos para empezar a resolver las dificultades y, después de iniciado el cambio el cliente generará nuevos cambios. Una característica del cambio, es que es contagioso; un cambio en una parte del sistema produce cambios en otra parte del sistema..

**El cambio es un proceso continuo.** Si los clientes perciben esto, se comportarán como si el cambio por medios verbales y no verbales fuera inevitable. *En el contexto de la terapia breve resulta útil pensar cuándo ocurrirá el cambio en lugar de pensar si se producirá.* Así, se co-crean profecías positivas autocumplidoras entre terapeuta y clientes.

**Steve de Shazer**, para describir este modelo, empleó la **analogía de la ganzúa**. Sostenía que el terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los

problemas de los clientes para resolverlos. Para él lo más importante es **la naturaleza de las soluciones**, tener la llave que abre la puerta y no la naturaleza de la cerradura. Analizar y entender la cerradura no es necesario si se tiene una ganzúa que se le ajusta.

## **10. MODELO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA (MC MASTER)**

### **IDENTIFICACIÓN Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

#### **IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS**

La Sra. María: refirió que Orlando tenía problemas en la escuela secundaria por su conducta al no respetar reglas y límites propuestos por los profesores y presentar calificaciones bajas, al grado de no considerar inscripción para el siguiente ciclo escolar.

Madre e hijo no mantenían una buena relación. Reportó tener problemas con Orlando por no respetar y cumplir las reglas en casa y pelear con sus hermanos.

Se observó un distanciamiento emocional entre la Sra. María, Orlando y sus hermanos. Orlando le reclamó a su mamá la falta de interés mostrado hacia sus cosas, pensamientos y sentimientos.

La abuela mencionó su preocupación por la relación entre su hija María y su nieto Orlando, debido a que su hija no se mostró interesada por Orlando.

- **Problemas instrumentales.** No hay problemas en esta área. La Sra. María cubrió las necesidades básicas de casa, alimentación, vestido, escuela, guardería y transporte de sus tres hijos. Orlando no cumplió con su obligación en la escuela al presentar problemas por su comportamiento y calificaciones muy bajas.
- **Problemas afectivos.** Entre Orlando, su madre y sus hermanos se manifestó una relación distante, al no convivir, no dialogar y en los momentos que estaban juntos peleaban o cada uno estaba por su lado. La Sra. María en las primeras sesiones habló de su familia y Orlando, como si éste no fuera parte de la familia.

*Negligencia emocional* por parte de la Sra. María hacia su hijo Orlando, al no tratarlo con cariño como a sus dos hijos pequeños, a quienes les dedicó tiempo, jugó con ellos y los atendió en sus necesidades básicas. Consideró que Orlando no la necesitaba porque contaba con el afecto de su abuelita, quien lo veía como a “un hijo”, lo cuidaba, atendía y platicaba con él. Dedicó gran parte de su tiempo al trabajo administrativo en la oficina, a la realización de las labores de casa y no a la integración entre madre e hijos.

- **Intentos de solución**

La Sra. María, ante las quejas y reportes que recibió en la escuela por el comportamiento de Orlando, trató de solucionarlo hablando con él y en algunas ocasiones golpeándolo, lo que empeoró la situación. Últimamente se apoyó en instituciones de salud para pedir orientación, asesoría y tomar terapia en el Centro de Servicios Psicológicos.

Ante las dificultades que mantenía la Sra. María con su hijo Orlando, pensó en irse de la casa con sus hijos pequeños, dejándolo con su abuela. Consideró que no la necesitaba y ahora tiene edad para cuidarse; se dio cuenta de que tiene problemas para comunicarse con él.

La Sra. María evitó acercarse y platicar con Orlando, porque no sabía cómo hacer para relacionarse y evitar conflictos. Le pidió que se mantuviera alejado de sus hermanos para evitar problemas.

Para Orlando, el medio que le sirvió para llamar la atención de su mamá fueron las quejas y reportes que le daba la trabajadora social de la escuela, y en casa al pelear con los hermanos, lo que la llevó a reprenderlo por su comportamiento.

En alguna ocasión trató de hablar con su mamá y le pidió que lo tratara como a sus hermanos, con quienes platicaba, jugaba y pasaba tiempo. Al no ver respuesta se enojaba y gritaba para llamar su atención.

La abuelita cuidaba y protegía a Orlando como a un hijo. Ante las dificultades que existían entre su hija María y su nieto Orlando, habló con su hija y le sugirió acercarse y cuidar a Orlando, que estuviera pendiente de él.

Los profesores, la trabajadora social y el director de la escuela secundaria, ante las dificultades con Orlando, hablaron con él, elaboraron una serie de reportes, mandaron llamar a su mamá y, al no ver respuesta favorable, le dieron un ultimátum de no continuar en la escuela y no darle inscripción para el siguiente ciclo escolar si no cambiaba su comportamiento.

## **COMUNICACIÓN**

En la familia Hernández se observó una **comunicación instrumental** directa y clara, en la que se cubrió las necesidades básicas de casa, alimentación, vestido, escuela, guardería y transporte para cada uno de los miembros de la familia. En la escuela secundaria se mantuvo una comunicación directa y clara con Orlando, al contar con un reglamento de permanencia para los alumnos, de lo que estaba permitido y de lo que no.

La **comunicación afectiva** es disfuncional encubierta y directa entre la Sra. María y su hijo Orlando y entre hermanos. La Sra. María estableció distinciones en el trato y atención con sus hijos, especialmente con Orlando al considerar que no la necesita por su edad y por pasar más tiempo con sus amigos y abuela.

## **ROLES**

La Sra. María. proveedora económica e instrumental de la familia, estuvo al tanto de la crianza y salud física de sus hijos. Aunque se mostró distante de las necesidades afectivas de su hijo Orlando por considerar que no necesita su atención y cariños. Organizó y realizó labores en casa. En su trabajo como administrativo de la UNAM se destaca profesionalmente.

Orlando, estudiante del primer año de secundaria, destacó su apoyo en la materia de Español y su creatividad en el concurso de poesía de la escuela. Asumió su papel de hermano mayor al cuidar y proteger a sus hermanos pequeños. Apoyó a su mamá en la limpieza de la casa y en esos momentos difíciles de enfermedad.

La abuela Antonia atendió y cuidó a Orlando, estuvo pendiente de sus necesidades instrumentales y supervisó que cumpliera con sus tareas en la escuela y sus actividades en casa. Cubrió las necesidades afectivas de su nieto, lo veía “como a un hijo”.

Los hermanos asistieron a la guardería y al preescolar. Se dedicaron a jugar y estar apegados a mamá.

La ex-pareja de la Sra. María se distanció de la familia por dos años y actualmente regresó y apoyó en el cuidado de sus hijos, para que Orlando y la Sra. María continuaran con la terapia.

## **RESPUESTA AFECTIVA**

La Sra. María reportó respuestas afectivas de emergencia: enojo, tristeza, impotencia y preocupación por las constantes quejas que recibía de la escuela secundaria y por no entender y tratar a su hijo Orlando. Cubrió las necesidades emocionales de bienestar de sus hijos pequeños al proporcionarles cariño, ternura, protección, apoyo y amor, lo que no sucedió con su hijo Orlando.

La abuela: mostró respuestas afectivas de bienestar, cariño, apoyo, ternura hacia su nieto Orlando, mientras que hacia su hija María respuestas afectivas de emergencia, especialmente de tristeza y enojo por ver que no trató de involucrarse como madre de Orlando.

Orlando mostró respuestas afectivas de emergencia, especialmente de tristeza y enojo hacia su madre por no sentir y ver que le demuestre su cariño, ternura, amor, como lo hacía con sus hermanos; esto lo llevó a entrar en constantes peleas con sus hermanos y a estar distante de la familia.

### **INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO**

La Sra. María se mostró poco involucrada a nivel afectivo con su hijo Orlando al no demostrarle su cariño de madre por considerar que no la necesita; sin embargo, estuvo pendiente de sus necesidades a nivel instrumental y educativo.

Orlando se mostró poco involucrado con su mamá y hermanos al sentirse ignorado y desplazado por ellos. El nivel de involucramiento afectivo con su abuela era de convivencia y bienestar.

La Sra. María como Orlando, a medida que avanzó la terapia, el nivel de involucramiento fue empático, de convivencia y participación por mejorar la relación en el ámbito familiar y escolar. Madre e hijo se mostraron comprometidos con su proceso terapéutico, se comunicaron, sonrieron, jugaron y abrieron espacios para estar juntos. Asistieron puntualmente a sus citas.

### **CONTROL DE CONDUCTA**

La Sra. María, ante las constantes quejas que recibió de la escuela por el mal comportamiento de sus hijos, especialmente de Orlando, se desesperó, tomó una conducta rígida y de control de la situación hablando y golpeando a su hijo, para que entendiera, lo que hacía que empeorara la situación. Buscó apoyo en instituciones de salud, acudieron al Centro de Servicios Psicológicos a tomar terapia donde madre e hijo participaron para alcanzar su meta.

## **FAMILIA GARCÍA**

### **1. RESUMEN GENERAL DEL CASO**

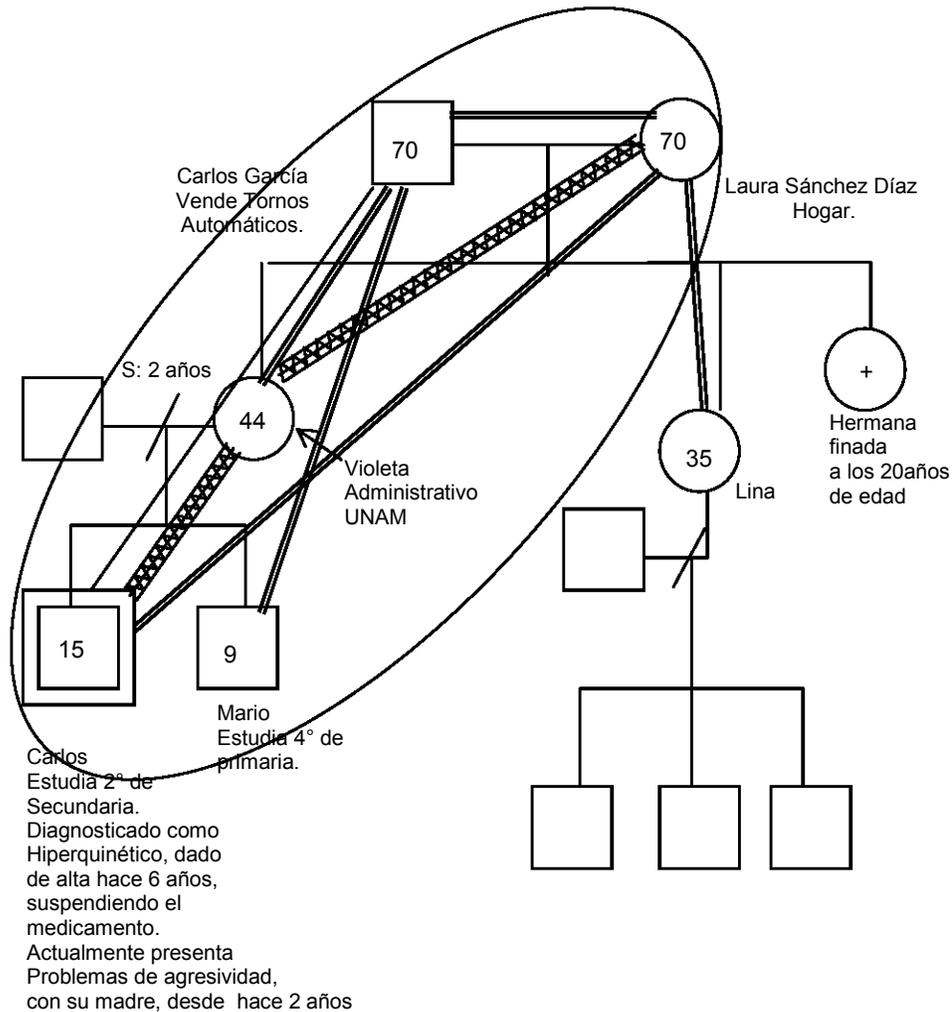
La familia se presentó en cuatro ocasiones. En las primeras tres sesiones se presentaron la Sra. Violeta (madre) quien solicitó la consulta, sus dos hijos (Carlos y Mario), así como los abuelos maternos (Carlos y Laura); sin embargo para la cuarta entrevista solo se presentó Violeta.

En el caso de las primeras sesiones el contenido giró en indagar sobre el motivo de consulta y la definición de la situación que había traído a la familia a terapia así como los intentos de solución. Solicitan apoyo ante la situación de que la Sra. Violeta discute con su hijo Carlos ante lo cual se muestra agresivo. Al mismo tiempo se mencionó el bajo rendimiento escolar de Carlos y los desacuerdos entre la Sra. Violeta y su madre en cuanto a la forma de disciplinar a éste lo cual ocurre desde hace dos años. Un rasgo distintivo de estas primeras sesiones. Es el hecho de que a pesar que Carlos presenta serios problemas en el área escolar las dificultades centrales se concentraban en las diferencias que Violeta y su madre tenían constantemente para disciplinarlo, de manera paralela se consideró la participación de los miembros de la familia en las situaciones donde se presentaban conflictos. Se observó también las funciones que cada uno de los miembros desempeñaba dada la ausencia del padre. Otro aspecto que conviene resaltar es el que se refiere a la profunda creencia de que ante la incapacidad del padre de Carlos y Mario, los desatinos de Violeta, los abuelos, principalmente Laura, asumen la dirección y el control de la familia, poniendo de manifiesto su auto definición como buenos progenitores y proveedores tanto en el aspecto instrumental como en el afectivo. Como resultado de la exploración de la terapeuta, también se observó la triangulación de la que Carlos formaba parte, ya que éste último y la abuela formaron una coalición en contra de Violeta. Un elemento más a considerar es que Carlos ha asistido en dos ocasiones a terapia individual y no concluyó ningún proceso.

En el caso de la última sesión, a pesar de que se esperaba la presencia tanto de Violeta como de sus dos hijos, solo ella se presentó. En esta sesión se pudo observar con mayor claridad que no era Carlos quien con su comportamiento sintomático cuestionaba el mito familiar, sino Violeta que al entablar constantes peleas con su hijo mayor, ponía en entredicho la creencia relacionada con la efectividad de los abuelos como buenos progenitores. Muestra de ello, fue lo reportado por Violeta en cuanto a la forma en como sus padres, en especial su madre, encubrían el comportamiento delictivo de su nieto, cosa que constituía el problema central para Violeta dado que no podía corregir a su hijo en tanto que gozara de la protección de los abuelos.

Finalmente, la familia ya no se presentó en las últimas tres sesiones, argumentando problemas serios de salud de los abuelos y los hijos de Violeta.

## 2. FAMILIOGRAMA



## 3. MOTIVO DE CONSULTA

La Sra. Violeta menciona que tiene problemas con Carlos al mostrarse un cuanto agresivo y tener bajo rendimiento escolar, además de los desacuerdos entre ella y su madre Laura en cuanto a la forma de disciplinar a Carlos.

## 4. INTENTOS DE SOLUCIÓN

En cuanto a los intentos de solución, la familia había recurrido a consultas psiquiátricas para Carlos, el cual tomó medicamento por un tiempo y después lo suspendió sin motivo. Asistió a dos procesos terapéuticos individuales en el centro de servicios psicológicos de la Facultad, los cuales no concluyó. Los abuelos reportaron que lo que habían hecho es

hablar con Carlos procurando utilizar las palabras y el tono de voz adecuado para que éste mejore su comportamiento y la relación con su madre. Por otro lado, la Sra. Violeta ha intentado disciplinar a su hijo por medio de gritos y castigos que a la postre la abuela deja sin efecto.

## 5. HIPÓTESIS QUE GUIARÍA LA META DE LA TERAPIA

La Sra. Laura y el Sr. Carlos se viven como buenos padres, no sólo como padres de Violeta sino también de sus nietos; Violeta cuestiona esta creencia a partir de sus quejas en torno al comportamiento de Carlos, al tratar de recuperar su papel de madre descalificando la forma de educar de sus padres.

De haber continuado la familia con la terapia, me hubiera gustado incluir en la hipótesis: La relación del padre biológico con sus hijos Carlos y Mario y la relación de éste con Violeta como padre, para incluir a todos los componentes de la familia, elementos y proponer una suposición relativa a todo el funcionamiento relacional.

Con la información recabada, el **mapa familiar** me permitió vislumbrar **el juego familiar** en el que se presentó una instigación por parte de la Sra. Laura y su nieto Carlos hacia su madre Violeta en torno a la disciplina de éste, en la que Carlos es un instrumento para hacerle ver a Violeta que no es capaz de desempeñar su rol de madre. Esta situación se vuelve sintomática cuando los miembros de la familia se adscriben roles y funciones que ya no corresponden a los requerimientos del momento evolutivo de la familia. Ante la instigación hacia la Sra. Violeta, la abuela a asumir el rol de madre, la Sra. Violeta asume un rol de hermana de Carlos, mientras que Carlos por esta instigación envuelve a la Sra. Violeta como hija y se presenta como pareja de su abuela.

Al mismo tiempo me hubiera gustado investigar algunos otros puntos: cómo en que momento la abuela desplaza la autoridad de Violeta y empodera a Carlos. Cual es la historia de Violeta con su pareja como padres, en que momento la Sra. Violeta le da la dirección y control de su familia a su mamá, en que momento la abuela desplazo al padre de sus hijos. Como es que se dio la instigación de la Sra. Laura y su hija Violeta hacia su esposo, cómo se da la duplicación y la descalificación de roles.

## 6. OBJETIVOS DE LA TERAPIA

El objetivo general de la terapia fue operar sobre la creencia que configura el comportamiento problemático de la familia, mediante:

◆ Mover triángulos que mantiene la familia utilizando tareas que permitan el acercamiento de la madre con sus hijos y tal vez el acercamiento de la Sra. Violeta en su función únicamente maternal.

◆ Romper la instigación que mantiene la abuela con el nieto hacia su madre, redefiniendo los roles de cada uno de los miembros de la familia de acuerdo a lo que están viviendo.

## 7. PLANEACIÓN DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN (TEÓRICO METODOLOGICAS):

- Durante el periodo que asistió la familia García a terapia, las sesiones se desarrollaron en 5 etapas:

Primeramente se recabó información vía telefónica, la cual fue comentada en la **pre-sesión** donde se reunía el equipo de supervisión –equipo terapéutico, la supervisora y la terapeuta responsable del caso –para dar lectura de la ficha de identificación de la familia y con estos datos elaborar una primera hipótesis de la situación problemática que lleva a la familia a terapia. En las sesiones subsecuentes nos reunimos a comentar la hipótesis y el plan de trabajo formulado por la terapeuta responsable del caso.

En la segunda parte de la sesión llamada **inter-sesión** la terapeuta estableció contacto con la familia, en la que estableció el contrato terapéutico, solicitó información de interés no solo de datos concretos, sino también del modo en cómo se suministra tal información al observar la comunicación verbal y no verbal de la familia y las relaciones entre los sistemas familiares. Tanto la supervisora como el equipo terapéutico detrás del espejo se mantuvieron alerta a las reacciones del terapeuta y del sistema familiar en un ambiente de colaboración y el respeto.

**Post-sesión** o **discusión de la sesión**, la terapeuta realizaba una pausa para reunirse con el equipo terapéutico y la supervisora detrás del espejo unidireccional en la que se comentaba la sesión y se decidía como se iba a concluir ampliando los comentarios y las prescripciones estudiándolas para que fueran paradójicos.

En una cuarta parte o **conclusión de la sesión** la terapeuta regresaba con la familia para comentar la conclusión de la sesión, al destacar elementos de la sesión y connotar positivamente algunos aspectos.

En la quinta parte o también llamada el **acta de la sesión**: después de despedirse la terapeuta de la familia se reunió nuevamente con el equipo para discutir las reacciones observadas al cierre de la sesión por la familia, esto permitió prever ciertas situaciones y destacar elementos de las relaciones del sistema familiar y de la terapeuta con la familia, y tomar nota de esto.

Posteriormente como terapeuta responsable del caso elaboraba un resumen de la sesión, se reformulaba la hipótesis con los nuevos datos proporcionados por la familia y se

planteaba un plan de trabajo, para ello también se tomaron como auxiliar didáctico las video-grabaciones de la sesión.

En un segundo momento pensando que la familia hubiera continuado asistiendo a la terapia algunas de las **estrategias de intervención** que me hubiera gustado considerar tomando en cuenta la hipótesis, el juego familiar, las relaciones, las pautas de interacción de los miembros del sistema familiar, así como el sistema de creencias que tiene cada uno del otros, de si mismo y de la familia en conjunto.

- Se propone continuar planteando una serie de **preguntas circulares** con el fin de obtener más información sobre el juego familiar y comprobar la hipótesis planteada, en la que se establecen comparaciones, clasificaciones y diferencias. Para identificar las relaciones entre las conductas y las creencias de los miembros de la familia. Lo que permitirá en los integrantes de la familia la definición y aclaración de una serie de ideas confusas y conductas cuestionables, además de reintroducir información en el sistema en forma de nuevas preguntas. Algunas preguntas podrían ser: a los abuelos ¿cómo se comporta un chico de 15 años que tiene una mamá que trabaja y que no puede estar con él todo el tiempo y que tiene un niño que cuidar?. al abuelo ¿qué cree que sentirá su hija Violeta cuando su esposa defiende a Carlos?. A Mario ¿qué hará sentir a tu mamá el que tú abuela defienda a Carlos?, ¿qué crees que le gustaría a tu mamá que la abuela hiciera cuando Carlos se portara mal?, ¿cómo tiene que comportarse un chico de 15 años?, al abuelo ¿qué cree que le gustaría a su hija Violeta que hiciera su esposa cuando Carlos se portara mal?, ¿cómo actúa diferente Violeta cuando la abuela sanciona a Carlos y cuando no lo hace?, ¿cómo crees que se pueden poner de acuerdo Laura y Violeta de cómo se tienen que disciplinar a Carlos?, ¿de que otra manera le podría apoyar la Sra. Laura a Violeta para darle sugerencias de cómo ser madre?, La hipótesis inicial era solo especulativa, la cual podría irse modificando a medida que se obtenía nueva información por parte de la familia.

- También se podría considerar **connotar positivamente el sistema de creencias**, Al cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas o al menos a causas que no supongan intenciones hostiles. El amor que existe en la familia los llevo a sacrificarse y a seguir esforzándose para mantener la imagen de los abuelos como buenos padres con el fin de proteger a Violeta y a sus hijos. Los abuelos asumiendo la educación de los nietos, Violeta denegando su responsabilidad como madre, permitiendo que la abuela discipline a Carlos cuando hay motivos para hacerlo, Mario y el abuelo manteniéndose al margen de la situación. El síntoma se presenta debido a razones altruistas -sacrificio o amor-, por parte del paciente identificado y por parte del resto de los miembros del sistema familiar. No se connota positivamente la conducta sintomática en sí, sino su relación con otras conductas más importantes, para las cuales el síntoma es en realidad una solución.

- Se podría connotar positivamente los comportamientos sintomáticos como una forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias a través de una **paradoja**. El amor que los abuelos sienten por sus nietos en especial por Carlos los ha llevado a protegerlos, cuidarlos, educarlos y a creer que su yerno es dañino, incapaz de cumplir como padre, llevando a no permitirle que se acerque a sus hijos y no enfrente los conflictos que mantiene con Violeta como padres.
- Es posible modifica la percepción del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia al **redefinir**:

La instigación al rol de Violeta por medio del mal comportamiento de Carlos es recordarle su rol de madre y reafirmar que es necesaria para todos en casa.

La instigación de la abuela le recuerda a Violeta que también es hija y le manda el mensaje de que siempre estará alerta de lo que necesite, al mismo tiempo la alerta de que debe seguir su rol de madre, al mandar la abuela un mensaje de preocupación por su hija y por el hijo de su hija .

El abuelo y su nieto Mario tienen un papel de observadores y de contención, ellos en su participación distante reciben todo el impacto emocional y le dan equilibrio al sistema familiar.

Violeta muestra su amor a la familia haciendo lo que ella sabe hacer, en este caso buscar un apoyo externo para reestablecer la tranquilidad dentro de casa.

- Como una forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias se puede **prescribir una paradoja**. Al calificar como positivos los comportamientos sintomáticos, connotar positivamente la tendencia homeostática de la familia y no a las personas. A través de mencionar: Como la familia se ha habituado a mostrar su amor y apoyo de esta manera. La familia correría muchos riesgos si alguno de sus miembros hiciera algo diferente. Si la madre dejara de quejarse sobre el comportamiento de Carlos no le daría la oportunidad a la abuela de defender a Carlos y demostrar el interés porque Violeta sea una buena madre. Si la abuela deja de defender y proteger a Carlos no podría demostrarle su amor y si dejara de solapar a Carlos le crearía a un mayores problemas a Violeta por tanto es conveniente que aun no cambien esta dinámica familiar hasta no encontrar una forma diferente de demostrar amor y apoyo.
- Se sugiere a la familia un experimento en la que se propone una secuencia de conductas, en la que se establece qué ha de hacer cada miembro de la familia, dónde y en qué momento, en la que permita clarificar patrones de interacción caóticos y contradicciones inherentes al sistema de creencias que permanecían sin reconocer. A través de **un rito para la familia**. Se le da un escrito a cada uno de los miembros de la

familia, para lo cual se tienen que reunir por la noche, cada uno lee lo suyo y los otros escuchan.

Abuela: como deseo que la familia siga unida por las siguientes semanas voy a seguir demostrándole mi amor a esta familia solapando a Carlos en sus malas conductas y le seguiré insistiendo a Violeta que sea una buena madre y que ella descubra en lo que Carlos esta haciendo mal.

Carlos: por el amor que le tengo a esta familia seguiré creando problemas para darle el mensaje a mi mamá que la necesitamos en casa, para que descubra lo que esta mal y trate de poner orden y hacer sentir a mi mamá que es parte de la familia.

Violeta: por mi parte le demostrare el amor a esta familia enojándome por todas esas cosas malas que suceden y me mostrare con firmeza para hacerles entender que a pesar de todo, que sigo estando preocupada por cada uno.

Abuelo y Mario: por nuestra parte seguiremos manteniéndonos al margen y muchas veces en silencio soportando todo el peso emocional que provoca ver toda esta situación de la familia por todo lo que los queremos seguiremos siendo un costal de boxeo donde puedan seguir golpeando.

- Se podría plantear como **tarea** la creación de espacios de convivencia exclusivos para la Sra. Violeta y su hijo Carlos para que puedan estar juntos, llevarlo a la escuela, salir al cine, salir juntos a comprar materiales para la escuela sin que medie la presencia de los abuelos. Con la intención de cambiar la relación hostil que viven madre e hijo llevándola a una relación más funcional.

## **8. RECURSOS Y REDES SOCIALES**

En Violeta se considera un **recurso** que a pesar de ser descalificada en su rol de madre ella se mantiene firme y busca soluciones.

Se considera **un recurso y una red** el que el Abuelo y su nieto Mario se muestren tolerantes y se mantengan en silencio soportando todo el peso emocional que provoca ver la situación familia.

Se considera **un recurso** el que la abuela y su nieto Carlos mantengan una alianza y una coalición en contra de Violeta para que esta reafirme su rol de madre, proveedora instrumental y afectiva de sus hijos y sea quien descubra lo que Carlos esta haciendo mal.

La abuela cuenta con **el recurso** de establecer fuerte alianza como la que mantiene con su nieto Carlos lo que es señal de que puede crear otras alianzas y tal vez otra sería con su hija Violeta.

El que los padres de Violeta la apoyen en el cuidado y educación de sus hijos se considera un **recurso** ya que a ella le permite salir a trabajar y llevar el sustento a casa, al considerarse la proveedora instrumental de la familia. Dándoles la oportunidad a los abuelos de volver a ser padres, de consentir, apapachar y disciplinar a los nietos.

Se considera un **recurso y una red** la asistencia de tres generaciones a la terapia, lo que permitió escuchar las voces de cada uno sobre la situación, explorar y conocer las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen cada uno de los otros y de la familia en su conjunto (juego familiar).

La Sra. Violeta consideró una **red y un recurso** la oportunidad de continuar asistiendo a terapia en el Centro de Servicios Psicológicos después de haber asistido en dos ocasiones y no haber concluido el proceso por razones de horario y tiempo.

La Sra. Violeta es un **apoyo** para sus padres en los momentos en que se encuentran enfermos, al cuidarlos y compartir gastos de la casa.

## **9. EVOLUCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA**

Se realizó solo una evaluación al explorar y recolectar información sobre las creencias, el mito familiar y la identificación de las relaciones entre los miembros de tres generaciones que viven juntos durante las primeras tres sesiones en las que asistieron. En la cuarta sesión sólo se presentó la Sra. Violeta argumentando que sus padres e hijos se encuentran indispuestos de salud, por lo que no asisten. “Lo que le permite comentar una serie de situaciones que no podría mencionar frente a su madre”, como: “el comportamiento delictivo de su hijo Carlos”.

La familia deja de asistir por cuestiones de enfermedad por parte de los padres y los hijos de la Sra. Violeta y por cuestiones de tiempo de esta última.

## **10. ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO**

### **FAMILIA**

La Sra. Violeta, comentó que el espacio terapéutico le permitió expresar algunas situaciones que se presentaron en la familia, como la forma en que sus padres y en especial su madre, encubrían el comportamiento delictivo de su hijo Carlos; cosa que ella

consideraba que constituía el problema central, dado que no podía corregir a su hijo en tanto gozara de la protección de sus abuelos.

Los abuelos y nietos comentaron que el espacio terapéutico les sirvió para “hablar”, “expresar lo que sentían”, “escuchar al otro sin interrumpir” y saber que piensan sin agredirse. Especialmente el abuelo enfatizó que en la terapia, tanto su esposa como su hija se escucharon y no gritaron como lo hacían en casa.

## **TERAPEUTA**

Mi experiencia con la familia García fue muy enriquecedora debido a que me permitió acompañarla a lo largo de su proceso, al escuchar la voz de cada uno de los integrantes del sistema familiar conformado por tres generaciones e identificar el juego familiar.

El contar con el equipo terapéutico tras el espejo unidireccional me permitió reunirme y compartir ideas acerca del caso, señalar algunos aspectos de la entrevista que merecieron ser resaltados como: destacar lo que cada uno de los miembros de la familia están haciendo, el rol que cada uno desempeña etc. y al mismo tiempo retomar los puntos de vista y decidir como traducirlos en estrategias durante la conversación con los miembros de la familia, llevándolos a reestructurar, redefinir, identificando sus acciones, emociones, pensamientos y creencias entre otros.

La supervisión con el caso de la familia García se convirtió en un espacio de reflexión e integración teórico y metodológico del Grupo de Milán, en el que la supervisora facilitó el análisis y la generación de una amplitud de visiones, apoyando al equipo y a la terapeuta a integrar y priorizar las visiones que podrían ser útiles para trabajar conjuntamente con la familia en la resolución del problema. Coordinó la realización de un diagnóstico, la definición de los objetivos terapéuticos y la decisión de las modalidades de intervención más adecuadas para el caso.

El trabajo realizado en el sistema terapéutico total fue muy productivo. Se dio en un ambiente de respeto, si bien es cierto se compartía con el equipo de supervisión el plan terapéutico, la o las hipótesis, para enriquecerlos; la terapeuta tenía la decisión de ver como introducía las sugerencias en la conversación con la familia. Esto permitió ampliar mis pericias y los recursos como terapeuta. Favoreciendo la formación de mi estilo personal.

El adoptar una posición de neutralidad y curiosidad en el acompañamiento de la familia García me permitió hacer uso de mis pericias, utilizando mi bagaje teórico, comprensión, cooperación, negociación experiencia, etc, al conocer el juego familiar, las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tiene cada uno del otro, de sí mismo y de la familia en conjunto. No se cuestionó los términos de la descripción, ni la forma de la explicación, sino se guió a los pacientes a identificar acciones, redes sociales, creencias, valores, mitos y soluciones, etc., con los que cuentan para resolver las

situaciones a las que se enfrenta. En un ambiente de cooperación, negociación y respeto, donde es posible desplegar las posibilidades todavía inexpresadas de los relatos aun no relatados. El adoptar esta posición me permitió no limitarme por las experiencias previas, métodos o por ciertas verdades formuladas teóricamente.

Un medio didáctico que fue muy útil en mi aprendizaje como terapeuta en formación fue el ver y escuchar la video-grabación, lo cual permitió muchas veces reconocer aspectos, sentimientos, palabras, silencios, relaciones, -antes no reconocidos-, o bien reorganizar la información entenderla de un modo diferente, analizar la interacción analógica y verbal del sistema terapéutico, aclarando algunas dudas. Al mismo tiempo ver mi actuación, ver las diferencias entre los aspectos de lo que se cree que se hace en la sesión y lo que realmente se hace, identificar y reconocer algunas fallas e intentar los cambios pertinentes. La cinta conserva estos momentos que sirven de retroalimentación. Sin embargo, en algunas ocasiones se presentaron algunos problemas en cuestiones técnicas: mala calidad del sonido, de iluminación, etc, que no permitieron sacar el mejor provecho de ésta.

## **11. ANALISIS TEÓRICO-METODOLOGICO DEL MODELO**

La **terapia del grupo de Milán** me proporcionó los elementos teórico-metodológicos necesarios para responder en ese momento a las demandas de la familia, considerándolo como uno de los posibles enfoques. Al postular que las familias con un paciente identificado en su seno están presas de patrones de interacción recursivos, regidos por una causalidad circular. Donde las secuencias de conductas susceptibles de ser observadas están determinadas por las reglas del **juego familiar**.

El grupo de Milán considera como punto central de la **evaluación** conocer el **juego familiar** sobre el que se establece una hipótesis inicial de trabajo. En la que se determina el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia, en el que aparece el síntoma y determina el papel que éste desempeña dentro del sistema relacional. El síntoma puede servir o aparecer para no enfrentar un cambio que amenaza con desequilibrar el sistema familiar o por reclamar la necesidad de que se produzca.

El **juego y el mito familiar** pertenecen al nivel de significado, que preside el nivel conductual, al conferir una interpretación establecida a las acciones e interacciones familiares.

Por lo que hay que considerar información acerca de: el mapa de relaciones familiares-alianzas y coaliciones-, reglas que parece presidir esas relaciones- qué está y qué no está permitido- la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema familiar y las creencias que tiene cada uno de sí mismo, de los otros y de la familia en su conjunto.

El *juego* permite identificar como se regula el funcionamiento del sistema familiar, éste se desarrolla a lo largo de muchos años antes de considerarse en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan las conductas e interacciones de la familia y en algunos casos incluso pudo heredarse de generaciones anteriores. La familia no percibe las variaciones que sus conductas sufren con el tiempo, porque su sistema de significados o creencias permanece fijo.

El *juego* deja de ser adaptativo cuando adscribe a los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a los requerimientos evolutivos que atraviesan. En otras palabras, la sintomatología es fruto de una discrepancia entre las conductas, que constantemente están sometidas a variaciones, y las creencias permanecen inalteradas porque los componentes de la familia ajustan las conductas y su interpretación a sus esquemas habituales de pensamiento. En consecuencia para cambiar las conductas problemáticas como terapeutas debemos modificar la visión que la familia tiene de sus creencias, relaciones y conductas, para lograr el cambio de las secuencias sintomática, tomando en cuenta que éstas se influyen recíprocamente.

El grupo Milán plateo **La entrevista circular** como instrumento de cambio en la propia entrevista, no solo para obtener información sobre el juego familiar sino para confirmar o falsear la hipótesis planteada, al establecer comparaciones, clasificaciones y diferencias. Al explorar distinciones y nexos relacionales en las conductas y creencias de los miembros de la familia en la que se hace explícita información implícita, lo cual permitirá a los integrantes de la familia plantear el problema, definirlo, aclarar una serie de ideas confusas y conductas cuestionables, además de reintroducir información en el sistema en forma de nuevas preguntas y encontrar por sí mismos soluciones eficaces.

La realización del **interrogatorio circular** permitió el respeto de la neutralidad del terapeuta hacia la familia. El hecho de formular una pregunta y lanzarla al azar ¿cuál es el problema actual que los trae a la terapia?, pone a la terapeuta a salvo de aliarse con un miembro de la familia y mantener intacta la neutralidad.

El que el terapeuta adopte una **posición de neutralidad** manda a la familia un doble mensaje: por un lado que la solución que sus miembros encontraron hacia su situación problemática había sido perfecta hasta ahora pero, a partir de ese momento, al estar en terapia les permitió encontrar otra interacción para buscar, inventar, otras posibilidades de las que pueden surgir nuevas soluciones.

El grupo de Milán tiene como **objetivo terapéutico** el 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. El cambio se produce cuando se **reemplaza el juego familiar** por otro juego menos perjudicial, ya que todo juego familiar necesita de un juego que regule su vida como sistema. Afecta el dominio afectivo, cognitivo y conductual ya que el *cambio* se

produce en las *percepciones y creencias de la familia*. Algunas de las técnicas propuestas por el grupo para el cambio:

◆ **Intervenciones cognitivas.** Su finalidad es alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma. Entre las que se encuentran: La redefinición y la connotación positiva.

- **La redefinición.** Modifica la percepción del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia.

- **La connotación positiva.** Se cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas o al menos a causas que no supongan intenciones hostiles. El síntoma se presenta debido a razones altruistas -sacrificio o amor-, por parte del paciente identificado y por parte del resto de los miembros del sistema familiar. No se connota positivamente la conducta sintomática en sí, sino su relación con otras conductas más importantes, para las cuales el síntoma es en realidad una solución.

◆ **Intervenciones Conductuales** dentro de estas se encuentran las prescripciones directas y las paradójicas.

- **Prescripciones directas.** Son tareas cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún /algunos componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma. Se utilizan para observar la capacidad de cambio del sistema y para consolidar las transformaciones ya conseguidas a partir de intervenciones paradójicas y ritualizadas.

- **Prescripciones paradójicas.** Se prescribe la secuencia patológica connotada positivamente. Se emplea cuando la situación es de orden y secuencia rígidas, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias. Al calificar como positivos los comportamientos sintomáticos, se connota positivamente la tendencia homeostática de la familia y no las personas, ubicando a todos sus miembros en un mismo plano.

- **Prescripciones Ritualizadas.** Consisten en la prescripción de una secuencia estructurada de conductas que introducen nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal. Entre las que se encuentran: los rituales

**Rituales.** El ritual puede prescribirse como un experimento, un rito de transición o un ensayo. La intervención propone una secuencia de conductas, definidas con precisión, en la que se establece qué ha de hacer cada miembro de la familia, dónde y en qué momento. La nueva actividad no siempre tiene que pasar a formar parte de la vida diaria familiar, sino que simplemente puede contribuir a clarificar patrones de interacción

caóticos y contradicciones inherentes al sistema de creencias que permanecían sin reconocer.

## **12. MODELO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA (MC MASTER).**

### **IDENTIFICACIÓN Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

#### **IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS**

La Sra. Violeta solicitó la terapia, mencionó que tiene problemas con Carlos porque es muy agresivo con ella y presenta bajo rendimiento escolar, además de tener desacuerdos con su madre en cuanto a la forma de disciplinar a sus hijos, en especial a Carlos.

La Sra. Laura comentó que su hija Violeta requiere terapia, porque discute constantemente con Carlos y con ella, se enoja por cualquier cosa. Se mostró preocupada por la relación de su hija Violeta y su nieto Carlos.

El Sr. Carlos señaló estar preocupado por las constantes discusiones entre su esposa y su hija Violeta, la facilidad con que ésta se enoja con su hijo Carlos y por la conducta agresiva de Carlos hacia la familia.

Mario comentó que le preocupa el hecho de que su mamá discuta y peleé con Carlos.

Carlos se describió como una persona muy autoritaria, desesperada, lo que lo hace que choque con su mamá y discuta constantemente con ella.

- **Problemas instrumentales.** No hay problemas en esta área; la Sra. Violeta cubre las necesidades básicas de alimentación, vestido y escuela de sus dos hijos, sin embargo, comentó que no le alcanza su sueldo. Los abuelos les brindaron a sus nietos y a su hija Violeta su casa después de que ésta se separó para que tuvieran un lugar donde vivir.

- **Problemas afectivos.** Se manifestó una relación conflictiva y distante entre Carlos y su madre, especialmente en el aspecto de la disciplina en casa. La Sra. Violeta dedicó la mayor parte de su tiempo a trabajar, a realizar las labores de casa, a cubrir las necesidades básicas de sus hijos, acudió a las juntas escolares, teniendo poco tiempo para la integración entre madre e hijos. Los abuelos se mostraban cariñosos y apapachadores con sus nietos, mientras que con su hija mantenían discusiones especialmente la Sra. Laura por no estar de acuerdo que se eduque a sus nietos a gritos.

## • Intentos de solución

La Sra. Violeta, comentó que ante los problemas que ha presentado Carlos ha buscado apoyo de psiquiatras, neurólogos y psicólogos a nivel individual. En dos ocasiones han suspendido su proceso. También comentó que en su momento quiso pegarle a Carlos pero éste se le reveló.

Ante las dificultades que mantenía la Sra. Violeta con su madre había pensado en irse de la casa con sus hijos y dejar a sus padres, pero aún no lo ha comentado con ellos.

La Sra. Violeta en el intento de disciplinar a su hijo Carlos le gritaba y lo castigaba, sin embargo, la abuela al darse cuenta de esto intervenía y los dejaba sin efecto.

Los abuelos reportaron que hablaron con Carlos y con su hija Violeta para que dialogaran, se escucharan uno al otro sin agredirse, utilizando las palabras y el tono de voz adecuado, para mejorar su relación. Sin embargo, había sido en vano su nieto no los escuchaba; y su hija se enojaba y discutía con su madre por proteger a Carlos y descalificar la forma en que ella educaba a sus hijos.

Carlos asistió a consultas psiquiátricas en el que le dieron medicamento, solo lo tomó por un tiempo y después lo suspendió. Posteriormente asistió a dos procesos terapéuticos a nivel individual en el centro de servicios psicológicos de la Facultad, los cuales no concluyó, y finalmente asistió a terapia familiar la cual suspendieron por problemas de salud.

## COMUNICACIÓN

En la familia se observó una **comunicación instrumental** directa y clara, en la que se cubrían principalmente las necesidades básicas de alimentación, vestido y escuela, por parte de la Sra. Violeta. Mientras que la **comunicación afectiva** de los abuelos hacia sus nietos era directa y clara al expresarles y demostrarles su amor y apoyo. Mientras que de la Sra. Violeta hacia sus hijos especialmente hacia Carlos, la comunicación afectiva era encubierta e indirecta las peticiones son vagas, lo mismo que el trato y las atenciones hacia éste.

## ROLES

La Sra. Violeta, es la proveedora económica de la familia, cubre las necesidades básicas de Carlos y Mario, aunque se muestra distante ante las necesidades afectivas de estos, al considerar que no tiene tiempo, al llegar muy tarde de trabajar. Sin embargo, esta al pendiente de la salud física y emocional de sus hijos especialmente de Carlos –busca apoyo psicológico- y de sus padres, los cuales últimamente han presentado una serie de síntomas que requieren asistencia médica. Con relación a su desarrollo profesional se destaca en su trabajo administrativo en la UNAM.

Mientras su hija trabaja, los abuelos cubren las necesidades afectivas de sus nietos al convivir la mayor parte del tiempo, al establecer reglas, llevarlos y traerlos de la escuela, prepararles y servirles sus alimentos, ponerlos a realizar sus tareas y apapacharlos. La abuela está activamente involucrada en la disciplina y en lo que tienen que hacer sus nietos y su hija Violeta.

Los hijos, Carlos estudió 2° de secundaria presentando bajo rendimiento escolar y Mario 4° de primaria, ambos realizaban actividades en casa y apoyaban con algunos mandados a su abuela. Carlos es el hijo mayor quien “debe ser un ejemplo para su hermano” tanto en la escuela como en casa.

### **RESPUESTAS AFECTIVAS**

La Sra. Violeta mostró respuestas afectivas de emergencia, básicamente de enojo hacia su madre por sentir que la invalida en su autoridad frente a sus hijos; y con su hijo Carlos al cuestionarla, no cumplir con sus actividades en casa y ponerse de parte de su abuela.

Los abuelos al estar a cargo de los nietos, cubren el área del bienestar afectivo al proporcionarles cariño, ternura, apoyo, apapacho, y de urgencia al estar en desacuerdo en que su hija Violeta eduque a sus hijos a través de “gritos” y “golpes”.

Carlos manifestó respuestas afectivas de urgencia, principalmente de enojo, cuando su mamá cuestionaba y le gritaba a su abuela y Mario se mostraba triste por la situación.

Ante las discusiones que mantenían la Sra. Laura y su hija Violeta, el abuelo y los nietos manifestaban respuestas afectivas de urgencia, principalmente de enojo.

### **INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO**

Los miembros de la familia se mostraron interesados por asistir a terapia, para entender y ver de que manera se pueden apoyar y llevar una mejor relación involucramiento empático. Los abuelos tomaron un interés activo en lo que es importante para sus nietos y la relación con su madre y en apoyarlos en lo que sea necesario. Mientras que la Sra. Violeta mostró interés en que se atendiera a Carlos porque para ella es quien presentaba problemas manifestándose un sobreinvolucramiento. También mencionó que le preocupa su relación con su madre.

### **CONTROL DEL COMPORTAMIENTO**

En la familia las reglas de disciplina, los permisos no son claros, ni el rol de la persona que debe ejercerla si es la madre o la abuela, por lo que los niños entran en conflicto sobre a quien deben obedecer. Por lo que el control de la conducta es caótico, debido a que los miembros de la familia no saben que estándares de disciplina seguir y aceptar.

## **FAMILIA CASTILLO**

### **1. RESUMEN GENERAL DEL CASO**

La familia se presentó a 13 sesiones terapéuticas. En las primeras seis sesiones se presentó la Sra. Tania (madre), quien solicitó el servicio y sus dos hijas Mariana y Maribel, así como la abuela Consuelo. En la quinta sesión la familia informó de la suspensión de su proceso terapéutico y en la sexta se realizó una evaluación de cierre. Mariana comentó su deseo de continuar, la familia retomó la terapia, en la que sólo se presentaron sólo la Sra. Tania y su hija Mariana y en la sesión de cierre y seguimiento también se presentó su hija Maribel.

En las dos primeras sesiones, el contenido de la entrevista giró en torno a la definición de la situación problemática, los intentos de solución de los clientes ante la situación, los antecedentes familiares así como las expectativas que tenían hacia la terapia. La Sra. Tania destacó “El problema es el comportamiento de Mariana, su manera de vestir, sus bajas calificaciones y el no responsabilizarse de sus actos en la escuela”. Para la Sra. Consuelo y su nieta Maribel su preocupación eran los desacuerdos y las fuertes discusiones que mantenía la Sra. Tania con su hija Mariana al ofenderla verbalmente y en ocasiones golpearla. Un rasgo distintivo de la primera sesión, es el hecho de que a pesar de que Mariana presentaba serios problemas en el área escolar por sus bajas calificaciones y el exponerse a situaciones de riesgo, la familia se centró en los desacuerdos y discusiones que mantenían madre e hija.

Se observaron fricciones entre la Sra. Concepción y su hija Tania, al mencionar aquélla cómo debe vivir, educar a Mariana y por la idea de que debe contar con un hombre a su lado para apoyarla en la educación de sus hijas. Al abordar el tema de la relación padre e hijas, éstas se mostraron molestas; argumentaron que su relación es distante y de rechazo, “no se ocupa de ellas”.

Se observó que la queja que presentaron los clientes comprendió una dificultad a la que se suman intentos reiterados e ineficaces para superarla. La Sra. Tania agredía verbal y físicamente a su hija Mariana. A estos intentos se sumaron otras personas como la abuela materna, la cual habló con su hija Tania y su nieta Mariana para que se apoyen y se “respeten como madre e hija”. Maribel actuaba como réferi cuando su mamá arremetía contra su hermana. Cada uno de los miembros de la familia percibió lo realizado como la única solución; estas ideas impedían poner en práctica otras soluciones y perpetuaban el problema.

Los clientes se mostraron pesimistas, insistían en la presencia del problema, al afirmar que las cosas continuaban igual o peor, al mencionar la dificultad cuando Mariana sufrió una congestión alcohólica estando en la escuela. Ante esta, la Sra. Tania la agredió física y verbalmente; justificó su comportamiento al mencionar que había vivido violencia en su

familia de origen. En esta ocasión también estableció algunas reglas claras con Mariana: le prohibió volver a ver a sus amigos, estableció horario de llegada a casa saliendo de la escuela y actividades en casa, como una forma de protegerla, corregirla y saber qué hace. Se explicó que los golpes no son la mejor forma de corregir y educar a los hijos y el hecho de haber sufrido violencia no la justifica; existen otras formas de educarlas y comunicarse con ellas de manera responsable; se le invitó a descubrirlas en la terapia. Se le pidió que durante el proceso terapéutico no hubiera golpes ni agresiones verbales hacia sus hijas.

En la cuarta sesión los clientes reportaron estar más tranquilos. La Sra. Tania mencionó que Mariana ha respetado el acuerdo de llegar temprano después de la escuela; no se presentaron discusiones; sin embargo, estaba un poco preocupada porque continuaba teniendo problemas en la escuela por sus bajas calificaciones y en algunas materias calificaciones reprobatorias. Se exploró lo que están haciendo, lo que están dispuestas a hacer madre e hija para llegar a acuerdos en casa y en la escuela.

Quinta sesión. La Sra. Tania informó de la suspensión de la terapia, que deseaba darse un tiempo y después retomar; se le invitó a la familia a una sesión de cierre.

Sexta sesión. Se realizó la evaluación del proceso terapéutico para identificar en qué medida se había alcanzado el objetivo planteado por la familia a través de las preguntas de la escala, que proporcionó a la familia una descripción de la situación problemática, una medición de los progresos producidos durante la terapia y la posibilidad de abrir nuevos caminos de comunicación y relación. La Sra. Tania llegó a un acuerdo con Mariana no solo en palabras sino en hechos por primera vez en el área escolar. Mariana comentó su deseo de continuar con la terapia y en la escuela preparatoria. Se les felicitó por sus avances y se les invitó a continuar haciendo lo que les funcionó.

A partir de la sesión siete la Sra. Tania y su hija Mariana se mostraron tranquilas, relajadas y cooperativas con su proceso terapéutico. Se redefinió el objetivo de la terapia: la relación madre e hija especialmente en el área de la comunicación para resolver los desacuerdos y llegar al diálogo, desde lo que saben hacer, quieren y pueden hacer. Se destacó: “ya no son palabras sino hechos con responsabilidad”.

La Sra. Tania señaló que había situaciones que no le permitían avanzar en la meta planteada, por lo que se consideró una estrategia brindarle una sesión para que expresara sus pensamientos, sentimientos y conductas que la limitaban para continuar actuando en la relación con sus hijas, lo que podría hacer diferente para no repetir la pauta de violencia que ella vivió. Comentó que el haber hablado de lo que sentía la relajó y le ayudó para darse cuenta de que el haber vivido violencia no la justificaba para repetirlo con sus hijas y que puede hacer cosas diferentes para mejorar la relación tales como: comprender y ser tolerante con sus hijas, deseo apoyar y comunicarse con sus hijas, especialmente con Mariana, por lo que asiste a terapia junto con ella para encontrar

nuevas formas de comunicación y abrir nuevos caminos en la construcción de la relación familiar.

Se identificaron, consolidaron y ampliaron los cambios que encaminaron a los clientes hacia la meta previamente establecida. Madre e hija consideraron estar haciendo cosas diferentes que les funciona para comunicarse, convivir, estar juntas y llegar a acuerdos en casa y en la escuela a través del diálogo. Participan con responsabilidad en sus obligaciones. Cuando hay alguna discusión se dan tiempo para tranquilizarse y después lo hablan, se escuchan y reflexionan sobre lo que se está haciendo para evitar confrontaciones, abrir espacios para estar juntas; todo esto como una forma de expresarse el amor, afecto y cariño que sienten.

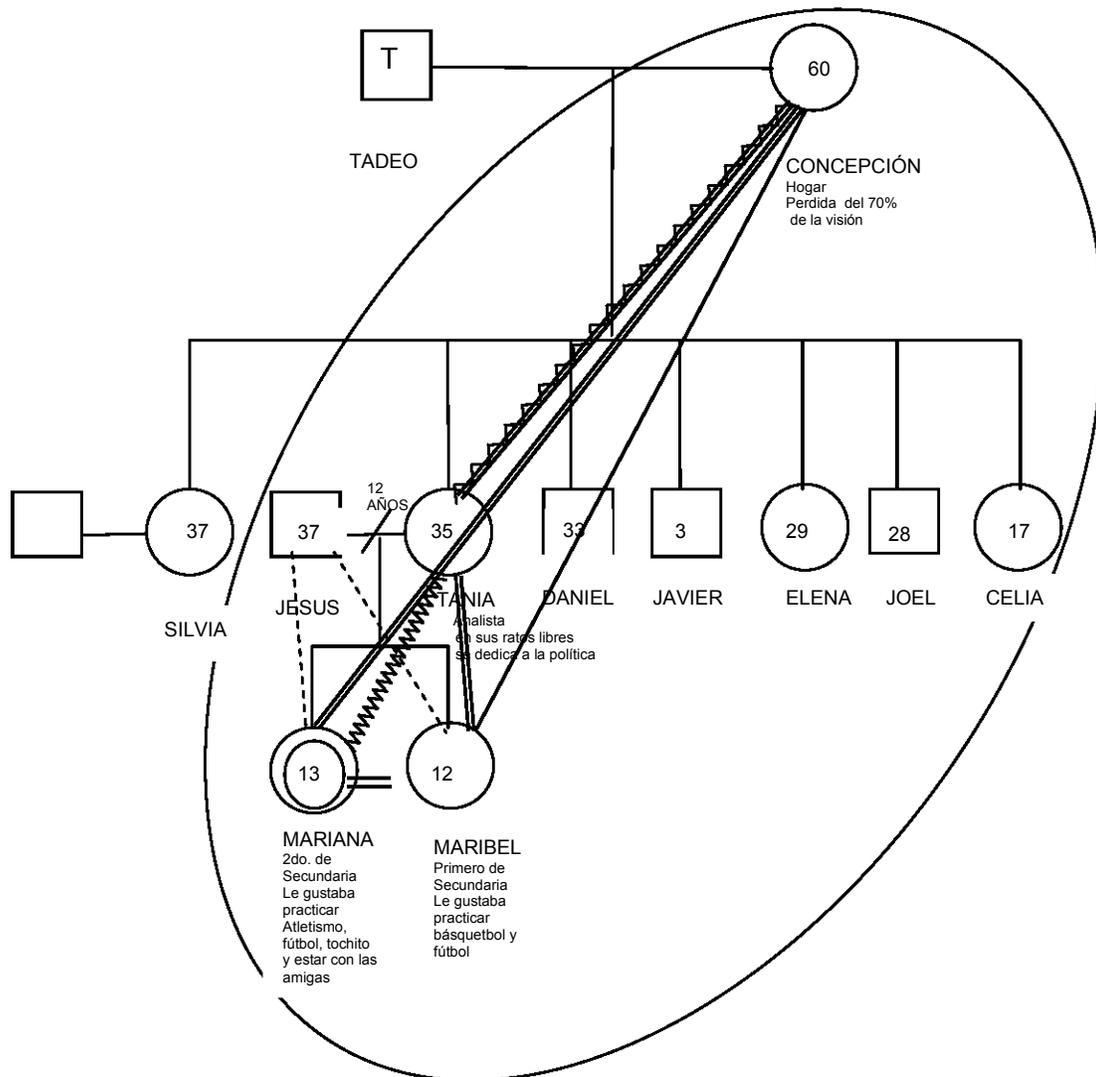
En un momento del proceso se observó a la Sra. Tania con una actitud pesimista, al comentar sus temores en el regreso a clases de sus hijas si éstas no cumplen con su responsabilidad y se apoyan como hermanas; manifestó el mismo pesimismo en cuanto al aspecto económico. Esto la llevó a centrarse en ellos y a desvanecer por un momento los logros obtenidos a partir del inicio de la terapia, sin embargo, Mariana rescató lo que había estado haciendo, lo que las llevó a generar recursos útiles para manejar y resolver la problemática.

Madre e hija consideraron que las discusiones en ese momento eran pruebas para saber cuánto habían avanzado, qué es lo que están haciendo diferente para solucionar, comunicarse y qué más puede hacer, cuáles son sus recursos; *lo importante no son los problemas, sino la forma en que resuelve en el beneficio de ambas.*

Sesión de cierre. Se realizó una evaluación del proceso terapéutico a través de las preguntas de la escala, en la que los clientes reportaron haber alcanzado su objetivo de llegar a acuerdos a través de la comunicación madre e hija, y éstos se expandieron en el ámbito escolar y familiar. Las discusiones disminuyeron de un 90% a un 20%. Se les entregó un reconocimiento.

Sesión de seguimiento. Los clientes evaluaron tanto el proceso como el desempeño de la terapeuta en satisfactorio; se “alcanzó la meta. La familia comentó que cuando llegaron a terapia “lo veíamos complicado”, “no veía salida”; el hecho de que asistieran y se trabajara en familia apoyó para solucionar los desacuerdos que tenían y para darse cuenta de que existen otros caminos para comunicarse.

## 2. FAMILIOGRAMA



## 3. HIPÓTESIS QUE SE MANEJARON A LO LARGO DEL PROCESO TERAPÉUTICO CON LA FAMILIA CASTILLO

**Hipótesis:** Que la madre y la hija tengan diferencias en torno a cómo vestir, comportarse, apoyar en casa y obtener buenas calificaciones, las ha llevado a tener fricciones, a distanciarse, a intentar soluciones ineficaces que ha agravado y mantenido el problema y también les ha impedido dialogar, valorar sus recursos para enfrentar las dificultades presentadas y llegar a acuerdos.

**Hipótesis:** La convivencia, el acercamiento entre madre e hija, les permitirá estar unidas, asumir cada una su rol con responsabilidad al reconocer y valorar sus recursos, llegar a acuerdos y buscar soluciones eficaces a las dificultades que se presenten a través del diálogo, llevándolas a estar tranquilas y a alcanzar las metas propuestas en el ámbito escolar y familiar.

#### 4. OBJETIVOS GENERALES DE LA TERAPIA

- ◆ Explorar e identificar las soluciones ineficaces intentadas por la familia, que llevan al agravamiento y mantenimiento del problema.
- ◆ Identificar y consolidar los recursos y habilidades con que cuentan los clientes, para superar las dificultades y resolver los problemas que se les presentan en la vida cotidiana y,
- ◆ Explorar y ampliar los aspectos funcionales en la comunicación madre e hija, en el área escolar, es decir, *ampliar las soluciones eficaces*, los momentos en que el síntoma no aparece -excepciones- o lo hace con menos intensidad.

#### 5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN (TEÓRICO-METODOLÓGICAS DEL MODELO CENTRADO EN LAS SOLUCIONES)

- **Contrato terapéutico.** Se les comentó a los clientes sobre la participación del equipo terapéutico. La frecuencia, el horario, el costo de la sesión, la importancia de asistir con puntualidad a cada una de sus citas, el manejo de la información estrictamente confidencial y el hecho de que cada sesión sería videograbada.
- En principio, se estableció **rappport (unión)** para crear un ambiente de cordialidad, confianza y calidez, lo que permitió conocer a cada uno de los integrantes de la familia, evitando la confrontación y los temas de controversia.
- Se realizó una serie de **cuestionamientos para obtener información clara y detallada sobre la queja.** La familia se centró en hablar de la problemática, se indagó sobre los marcos de referencia en la que los clientes sitúan el problema, en qué sentido lo ven como problema y los eventos que se encuentran relacionados con el mismo. Como una estrategia del Modelo Centrado en las Soluciones utilizada cuando los clientes no son capaces de describir excepciones desde la primera sesión. También se indagó sobre lo que han intentado para solucionar el problema actual; la Sra. Tania mencionó que la solución era golpear y agredir verbalmente en todo momento a Mariana. Buscó apoyo psicológico en varias ocasiones para ella y su hija Mariana, por la manera violenta en que se comportaban; sin embargo, ninguna de las dos terminó el proceso. Una compañera de

su trabajo la orientó en cómo debe tratar a sus hijas. Por su parte, la Sra. Consuelo habló con su hija y sus nietas para que convivan y pasen más tiempo juntas. La Sra. Tania asistió al Centro de Servicios Psicológicos a solicitar orientación y terapia para Mariana y su familia.

- En algunos momentos del proceso se observó a los clientes con una *actitud pesimista*. Insistían en la presencia de los problemas, especialmente la Sra. Tania, al recordar la situación de riesgo a la que estuvo expuesta Mariana; comentó sus temores en el regreso a clases de sus hijas si éstas no cumplen con su responsabilidad y se apoyan como hermanas; manifestó el mismo pesimismo en cuanto al aspecto económico. Esto llevó a los clientes a ver los problemas como actuales y a desvanecer los logros obtenidos a partir del inicio de la terapia. Se les ubicó en el **“grupo igual o peor”, en el cual los clientes no informan de cambios.**

- Ante tal situación; la terapeuta adoptó la estrategia de asumir una actitud pesimista y con esto propiciar una respuesta más optimista de los clientes que los lleve a generar recursos útiles para manejar y resolver la problemática. El resultado apareció cuando la Sra. Tania comentó que son sus temores, que Mariana había cumplido y depositado su granito de arena al organizarse en el ámbito escolar y en el apoyo en la casa. Habló con Mariana y ella mostró una escucha atenta; cree que cuenta con la experiencia y la madurez para conducirse en la escuela, por lo que ella le pidió que apoyara a su hermana. Habló con sus hijas y les pidió que se apoyaran en el camino a la escuela y en el regreso a casa, lo que la hizo estar más tranquila. Con relación a la cuestión económica, Mariana le comentó que quiere trabajar y estudiar para apoyarla y no verla presionada por esta situación. Sin embargo, la Sra. Tania consideró que en este momento “su responsabilidad es estudiar y no trabajar”.

- A lo largo del proceso terapéutico se utilizó el **elogio**, para destacar el esfuerzo que tanto la Sra. Tania como sus hijas realizaron para resolver la queja a través del diálogo y la participación en familia.

- Se **redefine** la idea de que una mujer debe contar con un hombre a su lado para que la apoye en la educación de las hijas y salir adelante. A través de la siguiente intervención existen mujeres solas que tienen hijos, que trabajan, realizan las labores en casa, que cuidan a sus hijos y salen adelante; son exitosas sin estar al lado de un hombre.

- Se realizó una **evaluación del proceso terapéutico** en el momento en que la familia decidió suspender la terapia y cerrar, para ver el avance de la meta planteada. Se emplearon **las preguntas de la escala**, instrumento terapéutico desarrollado por el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee (BFTC). Se les pidió a los clientes que valoraran sobre una escala de 1 a 10, de mayor a menor dificultad su situación, antes de venir a terapia y su situación actual. Mariana mencionó que “los cambios son poco a poco”, “y tal vez su mamá no los veía”; consideró haber avanzado al sentirse tranquila y

liberada; se dio cuenta de que ya no discutía tanto con su mamá, ubicándose antes de venir a terapia en 5 y evaluando su situación actual en 8.5. Destacó su deseo de continuar con la terapia, al considerarlo un compromiso con ella misma y con su mamá.

Maribel se percató que su mamá y Mariana ya no discuten tanto, su relación es diferente, antes estaban en 0 ahora en 7. También argumentó que Mariana ha hecho cosas para continuar en la escuela: al exentar una materia, tener organizado los tiempos y actividades para el siguiente ciclo escolar y empezar a estudiar para los exámenes extraordinarios.

La Sra. Tania consideró que por primera vez llegó a un acuerdo con Mariana sin presionarla en la cuestión escolar, *no sólo en palabras sino en hechos*. Le comentó que deseaba continuar en la preparatoria y con la terapia, lo consideró una señal, un paso. Se ubicó antes de venir a terapia en 1 y ahora en 7.

La abuela comentó que Tania y sus hijas ya platican y no discuten tanto, ambas están poniendo de su parte. Mariana participa en las actividades en casa y ha apoyado a su hermana en las cuestiones de la escuela, en preparar y organizar las cosas para la excursión y no sale con amigos que beben. Antes estaban en 1 y ahora en 8.

- **Connotación positiva** Se les felicitó por los avances, los acuerdos y los pasos que habían dado. Se les invitó a continuar haciendo lo que les ha funcionado en acciones para llegar a acuerdos por medio del diálogo en el área escolar, en la relación familiar y en las actividades en casa.

- **Comunicación estructurada de Raymundo Macías.** Se invitó a los clientes a realizar un experimento en el que A habló por 5 minutos y B sólo escuchó. Posteriormente, B le regresó lo que escuchó sin emitir juicio y A rectificaría y después se cambiarían los papeles. Los clientes comentaron que se dieron cuenta de lo importante de aprender a escuchar, de comunicarse sin interrupciones, de expresar lo que cada una piensa y siente, de escuchar a la otra persona, escuchar lo que no le agrada a la otra y también lo que le agrada; se dieron cuenta de lo que está haciendo la otra y decir lo que cada una está haciendo. Abrieron espacios y pasan más tiempo juntas, lo que las ha llevado a convivir, platicar y a ponerse en el lugar de la otra para llegar a acuerdos en el ámbito escolar y en casa, algo que no hacían antes.

- **Se validó y redefinió** el temor de la Sra. Tania ahora que sus hijas se integran a un nuevo sistema escolar, de lo que se podrían encontrar o se van a encontrar: droga, alcohol. El problema no es que los encuentren, sino si cuentan con las herramientas para defenderse, responder y resolver las dificultades que se les presenten. Para lo cual la comunicación, el diálogo, la confianza, los valores, las reglas claras en casa, son todos elementos clave para no caer en dificultades y resolver con responsabilidad. Mamá no puede estar todo el tiempo con las hijas y protegerlas aunque quisiera. Una mejor forma

de proteger es confiar en lo que se les ha enseñado y dialogar con los hijos para saber qué piensan, sienten, quieren, desean; y si se encuentran en dificultades dialogar, apoyarles y encontrar juntas alternativas de solución.

- Se consideró como una estrategia el brindar el **espacio terapéutico** sólo a la Sra. Tania por una sesión para que pudiera expresar sus pensamientos y sentimientos, que le estaban limitando para continuar haciendo cosas en la relación con sus hijas, y al mismo tiempo rescatar recursos de la comunicación en familia.

- **Se redefinió** el hecho de que si la Sra. Tania vivió violencia, eso no la justificó para repetirla y agredir a sus hijas. Así como aprendió la violencia la puede desaprender, y aprender nuevas formas de relacionarse y comunicarse con las hijas si es que lo desea. Hacer cosas diferentes para no repetir la pauta que ella vivió.

- **Se redefine** el remordimiento de la Sra. Tania por lo que hizo, no hizo y por su ausencia cuando sus hijas estaban pequeñas. Consideró que su sentimiento de culpa no le permitía vivir. *La redefinición* se hizo con la siguiente intervención: Alguien que vive tanto en el pasado -por lo que hizo o no hizo- se olvida de vivir el presente y cuando se da cuenta, el presente ya es parte del pasado y nos lamentamos por lo que hubiéramos hecho. Por el pasado ya no podemos hacer nada, sólo podemos asimilarlo y darnos cuenta de qué queremos y qué no; qué queremos que se repita y modificar lo que no queremos; crear cosas que nos permitan seguir adelante e ir construyendo ese futuro que deseamos.

- Se cuestionó a la sra. Tania de que si el hecho de controlar la forma de pensar, actuar, vestir, decirles a los hijos lo que se quiere o espera de ellos, hablar sin escuchar, sin preguntarles si están de acuerdo, no es una forma de ser violento; a lo que respondió: “No lo había pensado”, “sólo quería protegerlas”. Se consideró el uso del **lenguaje** una herramienta para cuestionar la forma violenta en que trataba la Sra. Tania a sus hijas, la cual adquirió sentido, a partir del modo en que se utilizó dentro de las pautas de relación familiar.

- Se realizó una serie de **preguntas presuposicionales**, al establecer diferencias entre las ocasiones en que aparece el problema y las ocasiones en que no aparece, qué les está dando buenos resultados para llegar a acuerdos. Los clientes recordaron cómo contribuyen en la solución, y se le invitó a hacer más de lo que les está dando resultado hasta que el problema deje de existir.

- **Se identificaron, consolidaron y ampliaron los cambios que las conducen hacia la meta previamente establecida.** Al explorar qué cosas diferentes están haciendo, qué les han funcionado para comunicarse y llegar a acuerdos por medio del diálogo en el ámbito escolar y familiar.

Cuando se presenta alguna dificultad, desacuerdo, las dos ponen de su parte, se dan un tiempo para tranquilizarse y después comentan lo sucedido; analizar el porqué se dio la falta de entendimiento, cada vez son menos frecuentes los desacuerdos; por ejemplo, la falta de disciplina por parte de Mariana en el uso de lentes, o el deseo de usar botas de tacón, la Sra. Tania le comentó las consecuencias en el caso de que no use sus lentes, pues va a aumentar la graduación y de cómo caminaría de usar tacones a edad temprana. Lo platicaron y trataron de negociar: usar los lentes por horas hasta que se acostumbre.

Mariana comentó haber aprendido a escuchar, a aceptar los comentarios de su mamá; aprendió de los errores cometidos en la escuela, por lo que ahora realiza tareas, asistió a clases, llegó temprano y participó en las labores de casa. Ha aprendido a quedarse callada cuando su mamá grita, al comprender que llegó estresada del trabajo.

La Sra. Tania comentó la necesidad de apoyar a sus hijas en los diferentes cambios físicos y emocionales que se están presentando en ellas; comprende que ya no son unas niñas, “que están creciendo”, que debe “escucharlas”, “orientarlas” y dejarlas que tomen sus decisiones con responsabilidad. Consideró que los desacuerdos, las confrontaciones ya no las llevan a la discusión, sino a la reflexión de lo que está haciendo cada una para evitar volver a caer en conflictos. Se dio cuenta de que Mariana está siendo responsable con “hechos” no sólo en la escuela, sino también en el apoyo en las labores de casa. Detectó que parte de comunicarse es orientar a su hija al mencionar los pros y los contras de la situación, y será ella quien tome la decisión y la responsabilidad de lo que van hacer en su beneficio o consecuencia.

- Se le cuestionó sobre qué pasaría si alguna de las dos o las dos no asumen su responsabilidad como madre o hija, si no ponen de su parte y se presentan nuevamente las discusiones. La Sra. Tania se dio cuenta de que como madre tiene que ser responsable y buscar otras formas de comunicarse, atender, entender, escuchar y ser tolerante con sus hijas, “las quiero”. Mariana por su parte consideró que ahora la relación con su mamá es diferente y pueden comunicarse.

- **Se redefinió** que una discusión no es problema de una persona. A través de la siguiente intervención: para que se dé una discusión, un desacuerdo o un acuerdo requiere de dos o más personas, depende de la disposición y la participación. *Las discusiones en este momento son pruebas para saber cuanto han avanzado*, qué es lo que están haciendo diferente para solucionar, comunicarse y qué más pueden hacer. Lo importante no son los problemas, sino la forma en que los resuelven en beneficio de ambas.

**Se confirmó** la idea de los clientes cuando mencionaron que el “**cambio es un proceso continuo**”, con la premisa de que todo cambio es constante cuando los clientes se comportan como si el **cambio** fuera **inevitable**. Se parte de la idea de que el cambio forma parte de la vida. El cambio depende del nivel de involucramiento, del interés, de la

tolerancia y de la responsabilidad de cada una en la conversación para llegar a acuerdos, comunicarse, abrir espacios para pasar tiempo juntas y apoyarse en lo escolar, familiar y económico con hechos.

- En el proceso terapéutico, **el lenguaje** ofreció la posibilidad de reificar, solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad del cliente y, en otras ocasiones, como herramienta para cuestionar certezas inútiles. El lenguaje adquiere sentido, a partir del modo en como funciona o se da dentro de las pautas de relación, de cómo éstas se crean y utilizan dentro de la cultura. Se cuestionó el hecho de la violencia como una forma de educar a las hijas.
- También se utilizó el **lenguaje del cliente** como una **forma de unirse a ellos**, siendo la terapeuta empática y respetuosa, a través de la imitación del uso de las palabras, expresiones idiomáticas, “el cambio es un proceso continuo”, “paso a paso”, “cambio” “no sólo en palabras sino en hechos”, “diálogo”, “madurez”, lo que hizo a las clientes sentirse comprendidas y apreciadas, encausando los significados y llevándolos en una dirección productiva.
- En *la sesión de cierre* se realizó una evaluación del proceso terapéutico a través de **las preguntas de la escala**, (instrumento terapéutico desarrollado por el BFTC. Se les pidió a las clientes que valoraran sobre una escala de 1 a 10, de mayor a menor dificultad su situación antes de venir a terapia y su situación actual. Las discusiones disminuyeron de un 90% a un 20%. Alcanzaron su objetivo, llegar a acuerdos a través del diálogo en la comunicación madre e hija y éstos se expandieron al ámbito escolar y familiar.
- El trabajar con el **equipo terapéutico** detrás del espejo unidireccional, durante la **pausa**, permitió a la terapeuta reunirse con el equipo para intercambiar ideas acerca de la dirección del caso, lo que sirvió como marcador de contexto, donde se decidía qué aspectos de la entrevista merecían ser destacados o dejar ideas nuevas en las clientes antes de que se marcharan.
- Se les entregó un **reconocimiento** a los clientes para reafirmar el esfuerzo, sus capacidades y sus recursos por resolver satisfactoriamente las dificultades que se les pudieran presentar en la comunicación entre madre e hijas y por el papel activo que desempeña el diálogo en la construcción de su historia de vida a partir de sus acciones.

## 6. RECURSOS Y REDES SOCIALES

Una **red de apoyo** fue el Hospital que brindó atención médica a Mariana cuando sufrió una congestión alcohólica. Otra **red** fue el Centro de Servicios Psicológicos, donde la Sra. Tania solicitó orientación, asesoría y terapia para Mariana y su familia.

Un **recurso/red** fue el **espacio terapéutico**; la familia lo vio como un **espacio emocional** en el que podían expresar lo que cada uno sentía, pensaba y podían escuchar a la otra al ser más tolerantes, en un ambiente de respeto y la posibilidad de encontrar nuevos caminos de comunicación. La Sra. Tania mencionó que en el espacio se dio cuenta de las pautas de comunicación “que no había entendido y no había visto en la relación con sus hijas”; expresó situaciones difíciles que le lastimaban desde hace años. Mariana dijo “Mi mamá me escuchó”, “me sentí tranquila y diferente al encontrar otras alternativas para comunicarme con mi mamá”.

Se consideró un **recurso** el que tanto madre como hija se escuchen y dialoguen no sólo para llegar a acuerdos, sino para encontrar otras alternativas de solución a las dificultades que se presenten.

La **evaluación** que se realizó del **proceso terapéutico** cuando la familia deseaba suspender la terapia, se consideró **un recurso**; los clientes comentaron y se dieron cuenta de los cambios, lo que están haciendo y lo que ven que están haciendo los otros para alcanzar la meta en hechos, en el plano de la comunicación y en el ámbito educativo. Se consideró un **recurso** el que tanto madre como hijas asumieran sus obligaciones con responsabilidad en el ámbito escolar y familiar, lo que las llevó al diálogo y a buscar alternativas de solución viables para la familia, donde el apoyo, el cariño, la responsabilidad y la tolerancia jugó un papel fundamental para alcanzar su meta, a pesar de las dificultades que se les ha presentado en el ámbito escolar, familiar y económico.

El que Mariana y Maribel como hermanas estén unidas se consideró un **recurso y una red afectiva** al apoyarse en el ámbito escolar, al asistir a la misma escuela en el mismo horario, acompañarse en el trayecto de ida y regreso, compartir algunas dudas de temas revisados en clase, apoyarse cuando alguna de las dos va a salir de campamento, acompañarse y apoyarse la mayor parte del día estando en casa.

**Una red de apoyo** para la Sra. Tania es su mamá Consuelo, al brindarle un departamento dentro de su casa para que viva con sus hijas. Al estar al cuidado de sus nietas cuando ella sale a trabajar. Otra red es Mariana y Maribel, quienes apoyan y cooperan en las actividades en casa.

Un **recurso** de la Sra. Tania es el cumplimiento de su papel de madre, al apoyar a sus hijas en los diferentes cambios físicos y emocionales que están presentando, guiarlas, acompañarlas, orientarlas, decirles las consecuencias de lo que podría pasar en una situación determinada, dejándolas tomar decisiones con responsabilidad.

Se consideró un **recurso** lo que Mariana está haciendo para prepararse para los exámenes extraordinarios: organizarse, preguntar las fechas de presentación, estudiar sobre las materias que va a presentar, estar al pendiente de los requisitos de ingreso al

siguiente ciclo escolar, además de apoyar en algunas actividades en casa: limpiar su cuarto y doblar su ropa.

Actualmente se consideró un **recurso** el que tanto madre como hija se escuchen y dialoguen no sólo para llegar a acuerdos, sino para encontrar alternativas de solución a las dificultades que se presenten.

**La familia** consideró un **recurso** el hecho de que todas asistieran a terapia. Les permitió expresarse y ser escuchadas sin interrupciones, buscar caminos de solución para poder solucionar los desacuerdos.

## 7. EVOLUCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Durante las primeras dos sesiones la familia se mostró angustiada, molesta y preocupada. Se dieron cuenta de que las ofensas verbales y los golpes como solución sólo empeoraban la situación.

En algunos momentos del proceso terapéutico se observó a los clientes con una actitud pesimista. Insistían en la presencia de los problemas. Especialmente la Sra. Tania al recordar la situación de riesgo a la que estuvo expuesta Mariana al no asumir la responsabilidad de sus actos en la escuela. La misma actitud hacia su temor en el regreso a clases de sus hijas. La llevó a ver los problemas como actuales, que se desvanecían los logros obtenidos a partir del inicio de la terapia. Los clientes no informaban de cambios. Se exploró qué cosas relacionadas con la queja sucedieron entre las sesiones y qué acciones y actitud tomaron ante la situación.

Para la cuarta sesión la familia reportó haber tenido una semana tranquila. *Se concretaron algunos cambios:* la Sra. Tania comentó que Mariana había cumplido y depositado su granito de arena al organizarse en el ámbito escolar y en el apoyo en la casa. Cree que cuenta con la experiencia y la madurez para conducirse en la escuela y apoyar a su hermana. Las peticiones de la Sra. Tania hacia sus hijas ahora son concretas y claras, las cuales han sido cumplidas. Reportaron que no se presentaron discusiones entre la Sra. Tania y su hija Mariana.

En la sesión seis, se realizó una evaluación del proceso terapéutico para identificar en qué grado se había alcanzado el objetivo planteado por la familia. Mariana comentó que le había servido para estar tranquila, liberada; se percató de que ya no discutía tanto con su mamá. Que “los cambios son poco a poco”, por lo que externalizó su deseo de continuar con la terapia. Lo consideró un compromiso con ella misma y con su mamá.

La Sra. Tania mencionó que por primera vez había llegado a un acuerdo con Mariana en cuestión escolar no sólo en palabras, sino en hechos, pues “está haciendo cosas para continuar en la preparatoria”.

Maribel descubrió que su mamá y Mariana ya no discutían tanto que su relación es diferente. Mencionó las acciones y esfuerzos realizados por Mariana para continuar en la escuela: estudiar para los exámenes extraordinarios, organizar tiempos y actividades para el siguiente ciclo escolar.

La abuela señaló que tanto su hija Tania como sus nietas están poniendo de su parte para no discutir y apoyarse. Mariana ya no sale con amigos que beben y ha apoyado a su hermana en las cuestiones de la escuela.

A partir de la sesión siete la Sra. Tania y su hija Mariana se mostraron tranquilas, relajadas y cooperativas con su proceso terapéutico. *Se dieron algunos cambios en hechos, desde lo que sabe hacer, quiere y puede hacer* cada una para comunicarse, resolver los desacuerdos y llegar al diálogo. Mariana empezó a asistir a clases, realizó tareas, llegó temprano a casa, dobló su ropa y apoya en la limpieza de la casa como había acordado con su mamá. Enfatizaron lo importante de aprender a escuchar, de comunicarse sin interrupciones, expresar lo que cada uno piensa y siente y escuchar a la otra.

La Sra. Tania se propuso la tarea de analizar el porqué de los malos entendidos: ha tratado de acercarse, ser tolerante, escuchar y orientar a sus hijas en algunas situaciones al mencionar los pros y los contras para que ellas tome decisiones con responsabilidad. Ha procurado ponerse en el lugar de sus hijas. Reconoció que Mariana estaba madurando al tomar decisiones con responsabilidad al continuar en la preparatoria y seguir con la terapia. Se ha concretado a buscar un trabajo de medio tiempo para pasar tiempo con sus hijas.

Madre e hija se dieron cuenta de que están avanzando poco a poco, que ambas están participando y asumiendo su responsabilidad para llegar a acuerdos, a través de escuchar, expresar lo que cada una piensa y siente sin interrupciones. Y en las situaciones donde hay algún desacuerdo. Se dan tiempo para tranquilizarse y posteriormente comentar lo sucedido, como en el caso en que Mariana tiene que usar lentes y su deseo de ponerse botas de tacón.

El trabajo y esfuerzo conjunto realizado por madre e hija tuvo frutos, al reportar cambios en su relación, al tener un mayor acercamiento, atención, diálogo, apoyo y espacios de esparcimiento para estar juntas. Las discusiones y los desacuerdos son cada vez menos frecuentes; ambas están participando, cooperando y tratándose de convivir.

La Sra. Tania confirmó que los desacuerdos con su hija ya no la llevan a la discusión, sino a la reflexión de lo que está haciendo en acciones para no volver a caer. Se dio cuenta de que Mariana está siendo responsable con hechos no sólo en la escuela, sino en las labores de casa y en la terapia y al brindarle su apoyo en la cuestión económica, lo que habla de madurez.

La Sra. Tania mencionó que haber hablado de lo que sentía le ha permitido estar tranquila. Se dio cuenta de que el haber padecido violencia no la justificaba para ejercerla con sus hijas. Ahora sabía que podía hacer cosas diferentes para comunicarse, atender, entender, escuchar y ser tolerante con sus hijas de manera responsable.

*Sesión cierre.* Los clientes reportaron haber alcanzado su objetivo en la comunicación madre e hija y en el ámbito escolar. Destacaron que todo había sido un proceso, poco a poco se fueron involucrando, participando y viendo cambios en la relación. Las discusiones disminuyeron de un 90% a un 20%.

Para la Sra. Tania ahora hay comprensión, mayor sensibilidad y tolerancia de su parte para hablar no sólo con sus hijas, sino con su madre. “Ahora reflexiono, me ubico y pienso qué estoy haciendo, por qué estoy discutiendo y no sigo, lo platico y llegamos a un acuerdo”, “ahora aceptó la forma de cooperar de mis hijas”.

Mariana comentó haber aprendido de sus errores y ahora ve las consecuencias de sus acciones en el pasado que la perjudicaron, por lo que está haciendo cosas diferentes para estar tranquila. Tiene un mayor acercamiento con su mamá y puede hablar de varios temas sin que se enoje o grite, incluso llegar a acuerdos. Como familia se dan tiempo para salir y estar juntas.

*Sesión de seguimiento.* Los clientes evaluaron tanto el proceso como el desempeño de la terapeuta en satisfactorio; se “alcanzó la meta. Los clientes comentaron que el hecho de que asistieran y se trabajara en familia ayudó a solucionar los desacuerdos que tenían. Les sirvió para darse cuenta de que existen otros caminos para comunicarse como: la escucha, la tolerancia y la responsabilidad de cada una. Desearon continuar construyendo a través del apoyo, la conversación familiar.

La Sra. Tania comentó que le ayudó a entender, mejorar la comunicación y la relación con sus hijas, sacar su enojó; expresó lo que le lastimó en su infancia, que la liberó y consideró nuevos caminos de comunicación.

Mariana evaluó como satisfactorio expresar lo que sentía bueno o malo, escuchar y ser escuchada por su familia. Consideró que la terapia había sido un proceso donde “fue creciendo a partir de lo que había aprendido y de lo que estaba dispuesta a hacer”; ahora entiende a su mamá y la escucha.

Como familia descubrieron que si se les presenta algún problema pueden resolverlo porque ahora pueden platicar, hablar, ser escuchadas y llegar a acuerdos, bromear, compartir sin que se enojen. La comunicación que mantienen sigue mejorando entre madre e hijas, la cual ha tenido un impacto en la relación con la familia extensa y en el área escolar. Cada una ha adquirido nuevas obligaciones con responsabilidad y confianza. Organizan y buscan espacios para salir y estar juntas.

La terapeuta reconoció el trabajo, la cooperación y el compromiso de los clientes hacia su proceso terapéutico.

## **8. ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO**

### **FAMILIA**

La Sra. Tania y sus hijas reportaron haber alcanzado la meta planteada en la relación madre e hija llegando a acuerdos por medio del diálogo. Se dieron cuenta de que todo había sido un proceso que dependía de su participación, nivel de involucramiento, interés, tolerancia y responsabilidad para llegar a acuerdos y comunicarse. Para seguir construyendo van a conversar y se van a apoyar con hechos.

Los clientes expresaron el hecho de que la familia asistiera a la terapia les permitió expresar lo que cada uno sentía, pensaba y escuchar a la otra al ser más tolerantes en un ambiente de respeto, lo que les permitió encontrar nuevos caminos de comunicación y solución a los desacuerdos. Mencionaron que la terapeuta se centró en el objetivo planteado, las hizo sentir en confianza, escuchadas.

El espacio terapéutico le sirvió a la Sra. Tania para expresar situaciones difíciles que la lastimaban desde hace años. Se dio cuenta de las pautas de comunicación que no había entendido y visto en la relación con sus hijas y la posibilidad de hacer cosas diferentes en la comunicación con Mariana y su madre Concepción al mostrarse comprensiva, sensible y tolerante. Aceptó el apoyo y la cooperación de sus hijas en las actividades de casa.

Mariana encontró en la terapia “tranquilidad”, “confianza”, la posibilidad de expresar lo que sentía bueno o malo, escuchar y ser escuchada por su familia, en especial por su mamá, lo que la llevó a sentirse “relajada” y “liberada” para buscar nuevos caminos para alcanzar su meta. Se dio cuenta que de los errores cometidos y ver las consecuencias de sus acciones en la escuela, la llevó a aprender y hacer cosas diferentes para no volver a caer en ellos.

La Sra. Tania comentó: “volvería si fuera necesario” a terapia, para buscar alternativas de solución si se le presentara algún problema que no pudiera resolver, a través de expresar

lo que siente. Mariana mencionó que a partir de su vivencia recomendaría asistir a terapia para buscar y encontrar nuevos caminos de solución que formen parte de un cambio.

En relación con el acompañamiento que les brindó el **equipo de terapeutas** detrás del espejo, la familia comentó que el poder escuchar varias voces los llevó a identificarse con alguna de ellas al expresar aquello que no podían expresar directamente, a darse cuenta y salir del error, el que la Sra. Tania hubiera sufrido violencia no la justificaba para ejercerla con sus hijas. Se dio cuenta del apoyo y cariño de sus hijas.

Mariana comentó que lo que le sirvió es que tanto la terapeuta como el equipo confiaban en ella, la escuchaba y se sentía con la confianza de expresar su sentir sin temor, agradece el acompañamiento en la búsqueda de nuevos caminos para el diálogo con su mamá.

## **TERAPEUTA**

Mi experiencia con la familia Castillo fue muy enriquecedora, debido a que me permitió acompañarla a lo largo de su proceso, en el que descubrieron sus recursos, capacidades, redes sociales con las que cuentan tanto en el área escolar como familiar. Comentaron los beneficios del diálogo entre madre e hijas, escuchar y ser escuchado, de expresarse y que los otros se expresen.

Las *voces del equipo terapéutico* me permitió tener otra visión, nuevas narraciones sobre la dificultad de la familia en torno a los desacuerdos que mantenían madre e hija en la familia y en la escuela. La posibilidad de compartir otras ideas sobre la dirección del caso, retomar los puntos de vista y decidir cómo traducirlos en estrategias durante la conversación con los clientes, llevándolos a reestructurar, redefinir, identificando sus acciones, emociones y pensamientos, destacando lo que están haciendo para alcanzar la meta.

La terapia como espacio conversacional me permitió ver cómo a través del diálogo se entrelazan, entretejen constantemente elementos de sentido para la disolución y solución al problema a partir de la co-creación de significados. Lo que impactó en los clientes en sus acciones, conducta e interacciones en la relación madre e hija y en el ámbito escolar, al reconocer lo que sabe hacer, quiere hacer y pueden hacer.

En el acompañamiento de la familia Hernández partí de la postura donde las personas cuentan en su interior de las capacidades, recursos y en su sistema social, de las redes para superar las dificultades y resolver sus problemas, adoptando una *posición de curiosidad*, que me permitió hacer uso de mis pericias, utilizando mi bagaje teórico, comprensión, cooperación, negociación y experiencia, etc, al escuchar y conocer las narraciones, la postura de los clientes en relación a la queja, explorando las creencias, costumbres, experiencias, recursos, habilidades, las formas de relación de los clientes en su familia y escuela, entre otros.

No se cuestionó los términos de la descripción ni la forma de la explicación, sino se guió a los clientes en la identificación de sus recursos, habilidades, creencias, redes sociales, para resolver las situaciones a las que se enfrenta. En un ambiente de cooperación, negociación y respeto, donde se despliegan las posibilidades todavía inexpresadas de los relatos aún no relatados. El adoptar esta posición permitió no limitarme por experiencias previas, métodos o por ciertas verdades formuladas teóricamente

Un medio didáctico útil en mi aprendizaje fue ver y escuchar la grabación del caso atendido en audio y video, lo cual permitió reorganizar la información, entenderla de un modo diferente, analizar la interacción analógica y verbal del sistema terapéutico, aclarando algunas dudas, al mismo tiempo ver mi actuación (aspectos de lo que se cree que se hace en la sesión y lo que realmente se hace), identificando y reconociendo algunas fallas e intentando los cambios pertinentes. La cinta conserva estos momentos que sirven de retroalimentación. En ocasiones se presentaron algunos problemas en cuestiones técnicas (mala calidad del sonido y/o de iluminación, etc.), que no permitió sacar el mejor provecho de ésta.

El trabajo realizado en el sistema terapéutico total fue muy productivo; se llevó a cabo en un ambiente de respeto; se compartió con el equipo de supervisión el plan terapéutico, las líneas de trabajo, para enriquecerlo; la terapeuta era quien tenía la decisión de ver cómo introducía las sugerencias en la conversación con la familia. Esto permitió ampliar mis pericias y recursos, favoreciendo así la formación de mi estilo personal.

## **9. ANALISIS TEÓRICO-METODOLOGICO DEL MODELO**

**El Modelo Centrado en las Soluciones** en ese momento me proporcionó uno de los múltiples caminos para responder a las demandas de la familia, la cual alcanzó los objetivos propuestos en la terapia en el ámbito escolar como en el familiar. Como terapeuta partí de la creencia de que la familia contaba con los recursos necesarios para cambiar. Me centré en indagar los lados fuertes, las capacidades y los recursos de los clientes; las excepciones y soluciones funcionales intentadas en el pasado que permitieron *cambiar la percepción del problema significativamente*; al mismo tiempo, se creó un contexto en el que los clientes se sintieran mejor preparados para resolver sus dificultades e hicieran uso de sus fortalezas.

Las personas, cuando se encuentran abrumadas por las dificultades de la vida cotidiana, pierden de vista sus recursos de resolución de problemas. Ante tales dificultades se suman intentos reiterados e ineficaces para superarlas. Los clientes perciben la solución intentada como la única correcta, siendo esta idea lo que propicia la permanencia de la queja, puesto que les impide poner en práctica otras soluciones. Darse cuenta de que existen ocasiones en que la queja (síntoma) no aparece *-excepciones-* o lo hace con menos intensidad, abre la posibilidad de

encontrar soluciones eficaces que posiblemente ya se están utilizando. Esto provoca en los clientes cambios perceptivos y conductuales. Los clientes sólo necesitan recordar las herramientas de que disponen para desarrollar soluciones satisfactorias y duraderas o en otras ocasiones sólo hacer más de lo que funciona (más de lo mismo), a fin de identificar y ampliar la secuencia de solución.

Para los representantes del **Modelo Centrado en las Soluciones**, no es necesario saber mucho o tener información histórica sobre la queja para resolverla, es más útil tener información sobre lo que los clientes hacen y les da buenos resultados; si los pacientes utilizan con más frecuencia lo que les funciona esto les permite “no dejar espacio al problema”.

El modelo parte del supuesto de que todos los clientes cuentan con las fuerzas, recursos, habilidades y redes sociales necesarios para resolver sus dificultades y problemas. Esta idea ha sido señalada por Erickson (O’Hanlon,1993). Al ayudar al cliente a redescubrir los medios con los que cuenta, se le impulsa a utilizarlos en su presente y los visualiza para utilizarlos en su futuro, premisa que se conoce como **orientación hacia el presente y hacia el futuro**.

Para Furman,(1996) y O’Hanlon y Weiner-Davis,(1997) **El objetivo terapéutico** del Modelo Centrado en Soluciones consiste en ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo. Es decir, se amplifica la atención a las soluciones eficaces, a las cuales se les conoce como excepciones. Al dirigir la atención de los clientes hacia las soluciones eficaces (o excepciones), se produce en éstos un cambio perceptivo y conductual que facilita que continúen por este camino. También se puede resaltar aquello que es satisfactorio en la vida de las personas, obteniendo también un cambio favorable en los clientes. Al evidenciar que el síntoma no aparece en ciertas situaciones gracias a las estrategias de solución puestas en práctica por el cliente, se crea la expectativa de que es posible un futuro sin la conducta problemática.

Los terapeutas de Milwaukee consideran el **proceso de la entrevista una intervención**; es decir, mediante el uso de diversas técnicas de entrevista centradas en las soluciones, los clientes pueden experimentar, ya sea en el transcurso o fuera de la sesión, cambios importantes en la forma de ver su situación. Algunas de estas técnicas son: *las preguntas presuposicionales, excepciones, preguntas orientadas al futuro o preguntas de avance rápido, utilización del lenguaje del cliente, la normalización/despatologización*; esta última como parte de un proceso paralelo.

La intervención con **preguntas presuposicionales** tiene como finalidad generar información acerca de los lados fuertes, las capacidades y los recursos de los clientes. Al utilizarlas se permite un cambio significativo de percepción del problema y se crea un contexto en el que los clientes se sienten mejor preparados para resolver sus

dificultades a través del uso de sus fortalezas. Dichas preguntas inducen al cambio, de manera que en su formulación queda de manifiesto que existe un futuro sin el problema. Al mismo tiempo, es necesario buscar e identificar en otros contextos las capacidades y recursos que el cliente ha puesto en práctica y que muestran lo que sabe hacer. Al indagar sobre las diferentes formas de resolver sus problemas, el cliente tiene la opción de aplicar soluciones conocidas que en algún momento ya le han funcionado.

**Las preguntas presuposicionales** ayudan a recabar información sobre las excepciones y desentierran soluciones. Al cliente se le interroga sobre las diferencias entre las ocasiones en que aparece el problema y las ocasiones en que no aparece. Los clientes recuerdan de esta manera cómo contribuyen en la solución y se les invita a hacer más de lo que les está dando resultado hasta que el problema deje de existir.

Cuando los clientes no pueden recordar excepciones, y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las que puedan sacar partido, se pueden realizar **preguntas orientadas al futuro o preguntas de avance rápido**. En éstas se les pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema. Una vez que el cliente describe el futuro sin problemas, ha descrito también la solución, en caso de centrarse en el pasado.

Un punto central del Modelo Centrado en las soluciones es el uso del **lenguaje**, el cual adquiere sentido a partir del modo como funciona o se da dentro de las pautas de relación, de cómo éstas se crean y utilizan dentro de un contexto. En el proceso terapéutico el lenguaje es utilizado como una estrategia para producir cambios en la percepción y en la conducta del cliente, a través de preguntas presuposicionales - formas de hablar que presume algo sin afirmarlo directamente- introduciendo ideas o expectativas de cambio. Ofrece la posibilidad de reificar, solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad del cliente y, en otras ocasiones, son una herramienta para cuestionar certezas inútiles. Se utiliza el lenguaje del cliente como una forma de unirse a él, se imita el uso de las palabras, expresiones idiomáticas, metáforas, lo que le hará sentirse comprendidos, permitiendo poco a poco alejarlo de etiquetas fijas y negativas y, encausando sus significados, llevarlo en una dirección productiva que tenga un efecto de despatologización o normalización de su situación.

Dentro de las **intervenciones del Modelo Centrado en las Soluciones** encontramos las redefiniciones, connotaciones positivas, intervenciones generales basadas en la secuencia sintomática, la intervención sobre el patrón del contexto y las "tareas de fórmula".

◆ Las **redefiniciones** son intervenciones cognitivas que modifican el marco conceptual desde el cual el cliente o la familia perciben el problema, y que se presentan a lo largo de la entrevista.

◆ **La connotaciones positivas.** Cita aquellas estrategias eficaces y recursos que poseen los clientes para solucionar sus dificultades. Existen dos tipos:

El primero hace referencia a la existencia de dificultades en la identificación de soluciones eficaces. Se puede modificar el punto de vista que los clientes tienen del problema asignándoles un nuevo significado, concretamente uniendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas relacionadas con el síntoma.

El segundo tipo se sitúa después de la pausa –normalmente se hace una única pausa para preparar la intervención final- y resalta aquellas capacidades positivas que los clientes han mostrado, tanto a lo largo de la sesión como fuera de la misma, en forma de recursos para superar problemas. A ésta se le llama “**elogio**”. Todos los pequeños cambios en el cliente se reforzarán a través de connotaciones positivas o elogios.

O’Hanlon y Weiner-Davis (1997) consideran que en el proceso terapéutico se deberán realizar tres cosas para la **prescripción para el cambio**:

- Cambiar la “forma de actuar” en la situación percibida como problemática. Un cambio en lo que hacen, en las acciones e interacciones que intervienen en la situación, puede producir también un cambio en el marco de referencia.
- Cambiar la “forma de ver” la situación percibida como problemática. Cambiar la percepción, la mirada de los clientes respecto del problema. Erickson (citado en: O’Hanlon y Weiner, 1997) consideraba a la psicopatología como una habilidad y la llamó “mecanismos mentales”, los que podían usarse tanto para curar como para producir problemas, de tal modo que convertía en ventajas lo que parecía desventaja.
- Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática. Se guía a nuestros clientes a recordar sus capacidades naturales que los pueden llevar a cambiar sus acciones y sus puntos de vista considerando lo que saben hacer, preparación académica, hobbies, redes sociales, recursos materiales, medios económicos y creencias.

◆ O’Hanlon y Weiner (1997) 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”.

- **Intervenciones sobre la secuencia sintomática.** Estas intervenciones conllevan a realizar una evaluación del síntoma y de las conductas que lo acompañan. Algunas de ellas son: cambiar la frecuencia o tasa de la queja, el momento de aparición, el tiempo de ejecución, las personas involucradas, la duración y el lugar donde se produce la queja, añadir un elemento nuevo al patrón de la queja, cambiar el orden en los elementos y

sucesos en el patrón de la queja, descomponer el patrón, la secuencia de la queja en piezas o elementos más pequeños, unir la aparición del problema a la de alguna actividad gravosa.

- **Intervención sobre el patrón del contexto.** En este tipo de intervenciones se requiere de un conocimiento de la secuencia sintomática y de su contexto más amplio. Se les pide a los clientes descripciones de conductas e interacciones relacionadas con la queja y se alteran las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan a ésta.

- **“Tareas de fórmula” o “llaves maestras”** son intervenciones generales, que se prescriben con independencia del contenido concreto del problema que presenten los clientes. Por tanto, no requieren que el terapeuta haya realizado una evaluación detallada del síntoma. Algunas de éstas tareas son:

La «tarea de fórmula de la primera sesión» y la «tarea de la sorpresa» están orientadas a soluciones eficaces no relacionadas directamente con la queja, y las «tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces» se centran en establecer y ampliar las estrategias adecuadas de solución del problema.

El Modelo Centrado en las soluciones cuenta con la premisa **“sólo es necesario un cambio pequeño**; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema”. Esto es hacer uso de la presencia de los recursos y medios más simples y directos para llegar a un fin, así como de la economía de los medios terapéuticos; generalmente se parte de un tratamiento que va de lo simple a lo complejo.

Un cambio en una parte de la familia lleva a cambios en otras partes de ésta. De igual forma, un cambio pequeño en una parte de la vida de un individuo crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas. Esto de acuerdo con Erickson, se le conoce como **“bola de nieve”** y **“efecto mariposa”**. Se requiere de cambios mínimos para empezar a resolver las dificultades y, después de iniciado el cambio el cliente generará nuevos cambios. Una característica del cambio, es que es contagioso; un cambio en una parte del sistema produce cambios en otra parte del sistema..

**El cambio es un proceso continuo.** Si los clientes perciben esto, se comportarán como si el cambio por medios verbales y no verbales fuera inevitable. *En el contexto de la terapia breve resulta útil pensar cuándo ocurrirá el cambio en lugar de pensar si se producirá.* Así, se co-crean profecías positivas autocumplidoras entre terapeuta y clientes.

**Steve de Shazer**, para describir este modelo, empleó la **analogía de la ganzúa**. Sostenía que el terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los

problemas de los clientes para resolverlos. Para él lo más importante es **la naturaleza de las soluciones**, tener la llave que abre la puerta y no la naturaleza de la cerradura. Analizar y entender la cerradura no es necesario si se tiene una ganzúa que se le ajusta.

## **10. MODELO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA (MC MASTER)**

### **IDENTIFICACIÓN Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

#### **IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS**

La Sra. Tania destacó los desacuerdos, discusiones que mantiene con Mariana por su comportamiento, por no responsabilizarse de sus actos en la escuela, en casa por su manera de vestir. Como madre no llevaba una buena relación con Mariana y con su madre Consuelo.

Mariana: señaló el distanciamiento emocional con su mamá, refirió no ponerse de acuerdo con ella en lo relacionado con la escuela y la casa, discuten por cualquier cosa.

La Sra. Consuelo y su nieta Maribel externaron su preocupación por las fuertes discusiones que sostenían la Sra. Tania con su hija Mariana al ofenderla verbalmente y en ocasiones golpearla. La Sra. Consuelo consideró que su hija Tania debería procurar un mayor acercamiento con sus hijas, pues no les dedica tiempo, no está pendiente de ellas porque trabaja mucho.

- **Problemas instrumentales.** No hay problemas en esta área; la Sra. Tania cubre las necesidades básicas (alimentación, vestido y escuela) de sus dos hijas, y en relación al lugar donde habitar contaron con el apoyo de la Sra. Consuelo, al brindarles un departamento en su casa. Sin embargo, Mariana presentaba problemas en la escuela por su comportamiento y por sus bajas calificaciones en algunas materias.
- **Problemas afectivos.** Se manifiesta una relación distante y conflictiva entre Mariana y su madre, especialmente en el aspecto de la comunicación, La Sra. Tania la ve como un “problema”, una “irresponsable”, “no cumple con sus obligaciones”, en los momentos que están juntas discuten, se agraden; por ejemplo, a la hora de la comida. La Sra. Tania ha cubierto las necesidades básicas de sus hijas, descuidando la comunicación e integración familiar. La Sra. Consuelo tiene una relación cercana con sus nietas, porque está pendiente cuando llegan de la escuela. Las escuchaba, platicaba con ellas, y defiende a Mariana cuando su hija arremete contra ella; con su hija Tania se mostraba molesta por no atender a sus hijas.

*Negligencia emocional* por parte de la Sra. María hacia su hija Mariana, al no escucharla, agredirla verbal y físicamente, dedicar gran parte de su tiempo a trabajar, a realizar las labores de casa, y no a la integración como madre e hijas. Mencionó que sus hijas no necesitan que les demuestre su cariño o esté con ellas, que “lo más importante es que ella trabaje y les lleve qué comer”.

La relación de Mariana y Maribel con su padre es distante y de rechazo porque argumentaron que no se ha preocupado ni ocupado de ellas.

- **Intentos de solución.**

Sra. Tania comentó que ante las dificultades y desacuerdos que tenía con Mariana, lo solucionaba a través de golpes, agresiones verbales, platicando con una compañera de trabajo de los problemas que tenía. Asistió a terapia por mostrarse violenta con sus hijas física y verbalmente. Cuando Mariana tenía la edad de diez años la llevó a terapia por mostrarse violenta con Maribel. Ni madre ni hija terminaron su proceso por falta de tiempo. Ante las dificultades actuales la Sra. Tania había pensado en meter a Mariana en un internado, con la esperanza de que corrigiera su comportamiento, pues “no logra comunicarse con ella” y en ocasiones golpea y agrede verbalmente a su hija. Buscó apoyo en el Centro de Servicios Psicológico; se le brindó el servicio de psicoterapia, el cual terminaron y asistieron a una sesión de seguimiento.

Mariana ha intentado hablar con su mamá, que escuche su punto de vista; sin embargo, lo consideró contraproducente porque terminan discutiendo: “No me escucha”, “no me entiende”. Externalizó su deseo de continuar con la terapia al considerarlo un espacio donde ha encontrado y puede encontrar nuevos caminos para el cambio y poderse comunicar con su mamá.

Maribel mencionó actuar como réferi cuando su mamá arremetía contra Mariana; está cansada de dicha situación.

La Sra. Consuelo, al ver las dificultades entre madre e hijas, ha hablado con su hija y sus nietas para que se apoyen, se escuchen, platicuen y se respeten. Habló a solas con su hija Tania y le mencionó que está bien que trabaje todo el día, pero sus hijas necesitan que les demuestre su amor, ante lo cual se molestó y le pidió que no se metiera.

## **COMUNICACIÓN**

En la familia Castillo se observó una **comunicación instrumental** directa y clara, en la que se cubren principalmente las necesidades básicas (casa, alimentación, vestido y escuela); lo mismo sucede en la escuela preparatoria al establecer el reglamento de permanencia para los alumnos. La **comunicación afectiva** en la relación de Mariana con su madre es de tipo disfuncional encubierta e indirecta; esto se observó en las peticiones,

las cuales eran vagas, el trato, no pasan tiempo juntas, no conversan y cuando lo hacen sólo discuten.

## **ROLES**

La Sra. Tania es la proveedora económica e instrumental de la familia, cubre las necesidades básicas, cuida la salud física, está al tanto de la crianza de sus hijas, aunque se muestre distante ante las necesidades afectivas de su hija Mariana por considerar que no se compromete y no es responsable con sus obligaciones y actos. Para ella lo más importante es cubrir las necesidades de alimentación. Organiza y realiza las labores en casa. En relación con su desarrollo profesional, no terminó el bachillerato por quedar embarazada de Mariana y tener que trabajar, lo que la hace sentirse frustrada. Actualmente desea retomar sus estudios, estudiar inglés y aceptar el apoyo de Mariana en cuanto al manejo de la computadora; está en la búsqueda de un trabajo de medio tiempo que le permita estudiar y estar con sus hijas.

Mariana es estudiante de primero de preparatoria, se prepara para presentar exámenes extraordinarios, se informó sobre las inscripciones y requisitos para el siguiente ciclo escolar; desempeña el rol de hermana mayor al apoyar, acompañar a su hermana Maribel en el trayecto a la escuela y a casa; la orienta en algunas materias y temas de la escuela, la ayuda a preparar su maleta cuando sale de viaje. Apoya en la limpieza de su cuarto y de la casa. Compartió con su mamá sus conocimientos sobre computación.

Maribel es estudiante de preparatoria; ingresó al Programa Iniciación Temprana a la Universidad; es quien le comentó a su mamá de las cosas que hace Mariana en la escuela para salir adelante y se dé cuenta que está siendo responsable al estudiar y apoyar en casa. Realiza la limpieza de su recámara. Maribel y Mariana se acompañan durante el día estando en casa

La abuela Consuelo es quien está pendiente de lo que podrían necesitar, en el aspecto instrumental, sus nietas cuando llegan de la escuela y cuando hay desacuerdos entre madre e hija es la intermediaria y detiene las discusiones. Cuida y consciente a sus nietas.

## **RESPUESTA AFECTIVA**

La Sra. Tania: reportó respuestas afectivas de emergencia de enojo, tristeza, impotencia, preocupación por no entender el comportamiento de su hija Mariana, al no medir la consecuencia de sus actos en la escuela y por no sentir que sus hijas le tengan confianza y se comuniquen con ella. No cubre las *necesidades emocionales* de bienestar de sus hijas al compartir y pasar tiempo juntas, al demostrarle todo el amor y cariño que siente hacia ellas.

La Sra. Consuelo mostró respuestas afectivas de bienestar, cariño, ternura hacia sus nietas, hacia su hija Tania. Mostró respuestas afectivas de emergencia básicamente de enojo, preocupación y tristeza por ver que no demuestra cariño y respeto hacia sus hijas.

Mariana mostró respuestas afectivas de emergencia, especialmente de tristeza y enojo hacia su mamá por no escucharla, decir sólo lo que tiene que hacer, sin saber si ya se hizo lo que las ha llevado a tener desacuerdos, peleas constantes y a distanciarse. Hacia su abuela mostró respuestas afectivas de bienestar y cariño porque está pendiente de sus necesidades y la apoya cuando tiene dificultades con su mamá. Hacia su hermana Maribel mostró respuestas afectivas de cariño.

Ante las discusiones que mantenían la Sra. Tania y Mariana, la Sra. Consuelo y su nieta Maribel manifestaban respuestas afectivas de urgencia, principalmente de enojo e impotencia por su comportamiento.

### **INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO**

La Sra. Tania se mostraba poco involucrada a nivel afectivo con sus hijas al no demostrarles su cariño, por estar preocupada por la cuestión económica. Estaba pendiente de lo que le sucedía en la escuela y de cuáles eran sus necesidades a nivel instrumental.

Mariana se mostró poco involucrada con mamá por las constantes discusiones que mantenían, lo que no sucedía con la abuela, con quien podía compartir diversos momentos.

En un primer momento la Sra. Tania se mostró interesada en que se atendiera a Mariana solamente por considerar que era la que tenía problemas; sin embargo, en la medida que fue avanzando la terapia, la familia, especialmente la Sra. Tania y Mariana se mostraron interesadas por asistir, para entender y ver de qué manera pueden llegar acuerdos por medio del diálogo y llevar una mejor relación como madre e hija, involucramiento empático. Asistían puntualmente a sus citas, se comunicaban, sonreían, había espacios y tiempos para estar juntas las tres como familia. Terminaron su proceso terapéutico, lo cual las hacía sentir orgullosas, por haberse dado el tiempo y la oportunidad de aclarar sus ideas, sentimientos.

### **CONTROL DE CONDUCTA**

La Sra. Tania, ante los desacuerdos y su preocupación por el comportamiento de Mariana, en especial porque no se responsabiliza de sus actos en la escuela, como cuando sufrió una congestión alcohólica y fue a parar al hospital, y presentar calificaciones muy bajas, la llevó a desesperarse, no dialogar con Mariana, mantener una conducta rígida, dándole solución de manera inadecuada por medio de golpes y

agresiones verbales; en otro momento establecerle reglas claras en casa y en el ámbito escolar como horarios de llegada después de la escuela y actividades específicas en casa; acercarse a ella, orientarla, apoyarla para que tome sus decisiones con responsabilidad.

### 3.1.2.1 ANÁLISIS TEÓRICO-METODOLÓGICO DE LAS CONCORDANCIAS EN LAS FAMILIAS ATENDIDAS

**En los casos clínicos atendidos se encontraron algunas coincidencias:**

- Las familias eran extensas de tres generaciones, uniparentales con hijos adolescentes en edad escolar que presentaban problemas en el área escolar y familiar, una de ellas también era una familia reconstituida.
- Los adolescentes mostraron problemas de respeto a las reglas establecidas por la autoridad no sólo en casa sino también con las autoridades escolares. Mostraron irresponsabilidad en la realización de sus tareas escolares lo cual era un reflejo del poco compromiso de las responsabilidades en casa. Además, los adolescentes contaban con escasas redes sociales con sus pares.
- Las abuelas fungían el rol parental al cuidar y educar a sus nietos mientras las madres laboraban fuera de casa, por ser las únicas proveedoras instrumentales.
- También presentaron problemas con otros sistemas diferentes a la familia con la que cohabitaban. En el caso de Marina, ella estuvo hospitalizada por sufrir una congestión alcohólica, Orlando se fugó de casa por 12 horas durante las cuales estuvo conviviendo con niños de la calle y por último Carlos llegó a robar dinero de una tía que no habitaba con ellos.

Al observar estas similitudes y los resultados obtenidos con el proceso terapéutico se puede decir que *el Modelo Centrado en las Soluciones es un enfoque conveniente y funcional* en el tratamiento con familias extensas de tres generaciones, uniparentales y reconstituidas que están en la etapa del ciclo vital con hijos adolescentes en edad escolar que presentan problemas en el área escolar y familiar. Esta opción terapéutica permitió a las familias identificar sus recursos, habilidades, redes sociales, formas alternas de comunicarse, dialogar, negociar, abrir espacios para la recreación, buscar alternativas de solución a las dificultades que se les presentaron, retomar lo que saben hacer y lo que les funciona en los ámbitos escolar, familiar, de salud y recreativo entre otros.

La familia es un sistema dinámico e interdependiente en el que las acciones de unos influye en las de los otros; esta influencia afecta en mayor o menor medida la calidad y estilo de las relaciones internas de tipo parental (madre e hijos), fraterno (hermanos) o sociales externos en las que surgen procesos Inter-psicológicos de tipo afectivo, escolar y

recreativo entre otros. De acuerdo a Bertalanffy las partes influyen al todo y el todo en las partes, por lo que era de esperarse que lo que sucediera con los individuos de estas familias influyera en sistemas más amplios.

Primeramente, el término **Familia** se define como un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por sus reglas de comportamiento, por funciones dinámicas y en intercambio permanente con el exterior (Andolfi, 1997).

Además, desde esta perspectiva, la familia es un sistema total compuesto por subsistemas: el conyugal, el parental y el fraternal o fraterno; los cuales son las unidades básicas en cualquiera de los sistemas familiares estructurados. En los casos reportados se abordaron las dinámicas que integran la variedad de sistemas familiares actuales, de acuerdo a su composición por el número de elementos que comprende (familia nuclear y familia extensa) y de acuerdo con la forma en que están constituidas (familias uniparentales y familias reconstituidas).

El modelo de familia tradicional, que implicaba la presencia de un hombre y una mujer unidos en matrimonio, con hijos tenidos en común, todos viviendo bajo el mismo techo, es a lo que se le llamó **familia nuclear**. Actualmente ya es una excepción, algunos núcleos familiares se disuelven a consecuencia de procesos de separación y divorcio. En muchos casos algunos de los padres se vuelve a unir con una nueva pareja para crear una familia nuclear reconstruida, sin embargo, el adulto solo o soltero que vive con los hijos establece el compromiso de educarlos y cuidarlos en forma independiente y autónoma; en otros caso buscan el apoyo de los abuelos, como es el caso de la Sra. María, Sra. Tania y la Sra. Violeta .

**Las familias extensas** están constituidas por varias generaciones que viven en íntima relación, como ocurrió en estos casos donde cohabitan abuelos, padres e hijos. Minuchin y Fishman (1984), destacan que la configuración de la familia extensa aloja en la multiplicidad de sus generaciones la posibilidad de una especialización funcional. La organización del apoyo y la cooperación en las tareas familiares se pueden llevar acabo con una flexibilidad inherente a esta forma de familia y a menudo se puede desarrollar una genuina pericia.

La familia extensa desempeña un importante papel como red social de apoyo y alianza principalmente para los hijos que inician una familia a corta edad, aquellas que su nivel socioeconómico es bajo, donde la madre es la única proveedora económica, para los padres que trabajan por largo tiempo y para las progenitoras solteras, (Rodrigo y Palacio,1998). Esto hace que vivan muy cerca entre sí o bajo el mismo techo y que se influyan entre sí las ideologías y los valores de cada uno de sus miembros, en especial en

la educación de los menores de edad que viven en ella. Esta pluralidad de ideologías en ocasiones pueden confundirlos en especial al intentar marcar los límites y adoptar los roles familiares que tendrían que mantener.

Las familias que asistieron a terapia se caracterizaban por ser *familias extensas con tres generaciones con la combinación de progenitora soltera, abuelos e hijos adolescentes que vivían en la misma casa*. Las funciones parentales -cuidado y disciplina- se delegaban principalmente a la abuela, por cuestión de tiempo, ya que la madre era la única proveedora económica. Esta situación llegó a causar en su momento dificultades, ya que entraron en conflicto los roles de abuela/madre y de madre/hija. En el proceso terapéutico las progenitoras rescataron el papel que venía desempeñando la abuela. Encontraron en la abuela una alternativa de cuidado y educación para sus hijos exclusivamente dentro de las horas que la madre pasaba fuera de casa. Se resaltó la importancia del apoyo familiar no sólo para la madre que necesita la ayuda de los abuelos, sino también para los abuelos que requerían de los hijos cuando la enfermedad constituye una amenaza como lo señaló Sra. Maria, Sra. Tania y la Sra. Violeta con respecto a sus padres. En el proceso terapéutico se rescataron los beneficios y las fortalezas adaptativas que tenía el vivir de esta forma.

Otra de las características a resaltar por su constitución es la condición de uniparentales y reconstituidas.

La familia uniparental puede surgir cuando la pareja decide no vivir junta y se separa o divorcia, otra es cuando se ha vivido duelo por la muerte de la pareja y una más que implica la función de ser madre soltera. En esta situación el progenitor cuida y educa a los hijos, se relaciona constantemente con ellos, desarrolla barreras y busca apoyos familiares para salir adelante.

Anteriormente la sociedad había criticado fuertemente la formación de una familia uniparental, particularmente en los casos de madres solteras, el argumento de esta crítica es que se atentaba contra la construcción familiar tradicional. Esto se traducía en discriminación jurídica hacia los hijos procreados extramaritalmente y en sanciones a la madre relacionadas a su imagen social.

Haley (1994) menciona que es frecuente en las **familias con un solo progenitor**-madre- que vive con los abuelos la aparición de un problema estructural típico: La abuela se alía con el chico(a) en contra de la madre. Si la madre es joven, la abuela suele tratarlos a ella y a su hijo como si fueran hermanos y en algunos casos el chico queda atrapado en una lucha de generaciones, entre lo que dice la madre y la abuela. Las madres atendidas refirieron esta situación en torno a la educación y disciplina de sus hijos, donde sus intentos eran saboteados y descalificados por las abuelas.

**En las familias reconstituidas** con cierta frecuencia, tras la separación o el divorcio, los progenitores vuelven a formar pareja con otros para iniciar una nueva convivencia con vínculos matrimoniales o sin él. En estas familias al menos un miembro de la pareja proviene de una unión anterior.

La constitución de una familia como resultado de segundas nupcias resulta más complicada, porque involucra a un mayor número de familias. Algunos problemas que dificultan la integración de una familia reconstituida son: la claridad para marcar los límites de la familia nuclear que particularmente se complica con relación al padre biológico ausente. La liga emocional del padre biológico ausente y los hijos compite con el nuevo padre instrumental, como si las relaciones estuvieran en el mismo nivel. También ocurre un cambio de roles con la presencia de por lo menos un miembro más en el sistema familiar.

La formación de una familia en segundas nupcias precisa conceptualizar y planear el nuevo matrimonio con base a un modelo distinto dado la cantidad de relaciones familiares que tienen que negociarse simultáneamente. Relaciones que incluyen a la familia extensa ya que éstas son consideradas vitales para estabilizar el sistema.

La *familia Hernández* además de ser una *familia extensa y uniparental en un primer momento, paso a ser reconstituida con hijos pequeños y adolescentes*. La Sra. Talía estableció una nueva relación de pareja y estableció vínculos matrimoniales. De esta manera se constituyó una nueva familia, lo que propició renegociar la definición de los roles de cada uno de los miembros y su respectivo estatus como integrantes de dicho sistema familiar.

La composición y la constitución de los distintos sistemas familiares permiten reconocer los diversos contextos en que se expresa el desarrollo humano. Desde la perspectiva sistémica, la familia es una institución social en que las relaciones establecidas entre los miembros (menores, adolescentes, jóvenes, adultos y/o ancianos) posibilitan desarrollar habilidades, valores, actitudes y conductas que, en una atmósfera de cariño, apoyo, implicaciones emocionales y compromiso mutuo, permite la integración y funcionalidad de los seres humanos.

También se observó que los casos clínicos atendidos eran **familias con hijos maltratados** física y verbalmente, donde el sistema familiar no podía controlar las respuestas destructivas de la madre hacia sus hijos, Cada expresión o acción, de los hijos era vivenciada por la madre como una alusión personal. Era común que las madres carecieran de sistemas de apoyo en el que se pudieran desenvolver competentemente. La familia se convirtió en el único campo en el que podían desplegar su agresión.

## **Familias con Hijos adolescentes en edad escolar**

**La familia es un sistema vivo** que experimenta importantes cambios evolutivos por los propios procesos de desarrollo de sus miembros, los cambios de sus relaciones y los acontecimientos ocurridos en la vida de cada uno. Los hechos nodales en la evolución familiar que forman parte del **ciclo vital de la familia** de acuerdo a Carter y McGoldrick (1981) son: las relaciones de noviazgo, matrimonio, crianza de los hijos, la partida de éstos del hogar y la muerte de algún miembro de la pareja. Todas estas etapas producen cambios que requieren ajustes en las reglas de relaciones del sistema familiar, por lo que el paso de una fase a otra ésta marcado por un periodo de inestabilidad y crisis.

La crisis puede ser entendida como la oportunidad de hacer cambios, cambios que no necesariamente tienen una carga valorativa negativa. Las crisis producen transformaciones adaptativas ligadas a los cambios del entorno y a los del desarrollo de los miembros del grupo familiar. El sistema debe mostrar ajustes, reorganizando los papeles que cada uno desempeña y adaptando las reglas a las edades de sus integrantes.

Las etapas del ciclo vital no son rígidas ni están ligadas obligatoriamente a las edades de la pareja, aunque cuanto más joven sea la pareja que inicia el ciclo, sus propios padres y abuelos se verán enfrentados a otras etapas del ciclo. Por tal razón, es conveniente considerar tres generaciones en la observación o estudio, es decir, a la pareja junto con el sistema de padres y abuelos.

Para Minuchin y Fishman (1984), **el desarrollo de la familia** transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente. Hay periodos de equilibrio y adaptación, caracterizados por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes y hay también periodos, de desequilibrio, originados en el individuo o en el contexto. Las consecuencias de éstos es el salto a un estadio nuevo y más complejo, en el que elaboran tareas y aptitudes también nuevas. El desarrollo se concibe en cuatro etapas organizadas en torno al crecimiento de los hijos comprende: la formación de la pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos adolescentes o en edad escolar y la familia con hijos adultos.

Considérese a las **familias con hijos adolescentes en edad escolar**. Cada hombre o mujer, en pareja o solo, enfrenta cotidianamente el enorme reto de ser guía. En la infancia, los padres desempeñan un papel fundamental en la influencia intelectual, afectiva y social en los niños, los cuales dependen de sus progenitores desde la gestación, en el área de la salud, alimentación, educación, descanso o diversión, no existe una escuela para padres y nadie enseña formalmente a educar a los hijos. En el

caso de educar a adolescentes en algunos casos para los padres y los mismos adolescentes es un periodo lleno de dudas, temores y obligaciones.

Arancibia y Zegers, (1983 citado en: Elsner, Montero, Reyes y Zegers, 2001) definen a la adolescencia como un periodo de transición entre la infancia y la adultez, es el lapso de tiempo en que se produce el largo y difícil pasaje de ser dependiente de otros, a ser un adulto independiente y autónomo. Existe la idea de que éste es un período negativo por los conflictos, roces y discusiones que se producen entre padres e hijos. Cuya causa se atribuye generalmente, a la rebeldía de los jóvenes en esta etapa. Sin embargo, la dificultad no sólo puede existir por los procesos que el joven está viviendo, sino también por lo que los padres están enfrentando en éste periodo de sus vidas, que los afecta como individuos y como padres. Se puede decir que lo que se produce es un choque de dos generaciones, cada una con sus propias problemáticas. Por un lado esta el adolescente en su búsqueda de independencia e identidad, y por otro, los padres a quienes, además de las dificultades de su propio período de desarrollo, tiene que mediar con el adolescente que discute y confronta las reglas que norman la interacción familiar.

Fishman, (1995) y Elsner, Montero, Reyes y Zegers, (2001) consideran que algunos de los principales problemas que afrontan los adolescentes son: la búsqueda de la propia identidad, el logro de una adecuada competencia social, la renuncia al narcisismo y la separación paulatina de su familia.

- Búsqueda de la identidad: el adolescente busca su identidad dentro de un contexto familiar y social en el que los demás miembros de la familia también están adaptándose a una nueva etapa de su ciclo vital. A diferencia de las concepciones tradicionales, para las que la adolescencia implica la ruptura del vínculo padre –hijo, la terapia familiar sistémica promueve una gradual renegociación de ese vínculo desde la autoridad asimétrica de la niñez hacia una reciprocidad en la edad adulta. En el tratamiento de un adolescente con problemas, el terapeuta observa, los recursos, las interacciones familiares que se manifiestan en la sesión y afianza el proceso de formación de la identidad de los integrantes de la familia, fomentando la negociación entre la generación de los padres y la generación de los hijos para crear relaciones flexibles y funcionales.
- Competencia social: en la familia se aprenden y mantienen reglas de interacción social, adecuadas o inadecuadas, que se generalizan más tarde a las situaciones externas. Sin embargo, también los sistemas sociales que rodean a la familia como: la escuela, comunidad, amigos, pueden contribuir a generar o mantener pautas conductuales funcionales o disfuncionales. En consecuencia, ante la presencia de una dificultad en un adolescente conviene abordar, cuando se crea necesario, no sólo las interacciones familiares, sino las interacciones en el medio externo para corregir patrones disfuncionales y retomar recursos funcionales que a su vez influyen en el sistema familiar.

- Narcisismo adolescente: el adolescente se caracteriza por considerarse en el centro de atención familiar. Cuando presenta conductas problemáticas, el narcisismo propia de esta edad le hace sentirse omnipotente, de tal forma que juzga innecesario adaptarse a las realidades sociales. El adolescente únicamente se ve obligado a cambiar cuando experimenta la necesidad de valerse por sí mismo, sin el constante apoyo de sus progenitores que refuerzan así inadvertidamente sus conductas inadecuadas. Por ello, para lograr que maduren es imprescindible hacerle abandonar ese narcisismo, creando una crisis existencial mediante la experiencia de distanciamiento de sus padres.
- Separación: los integrantes de la familia se separan de manera gradual y luego se conectan a partir de un nuevo tipo de relación más igualitaria, en la que el adolescente elige amigos entre los vecinos y los compañeros de escuela, así como algunas actividades deportivas y de esparcimiento.

Al atender a los adolescentes y a sus familias, debemos actuar como negociadores intergeneracional, trabajando en ambos lados de la situación problemática. Poniendo hincapié en las demandas de los padres y en las expectativas y objetivos de los adolescentes. Al ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo. Al atender a las soluciones eficaces – *excepciones*-, lo que permitió un cambio perceptivo y conductual que facilitó que las familias continuaran por este camino.

Con los adolescentes que habían tenido experiencias terapéuticas en el pasado, resultó útil apelar a su capacidad, conocimientos y averiguar las cosas que les gustaba y les disgustaban de sus antiguos terapeutas, a fin de no caer en los mismos errores.

Las familias atendidas pertenecían a las *familias con hijos adolescentes en edad escolar*. Los adolescentes estaban en busca de su identidad, confrontaban la autoridad, cuestionaban las reglas tanto en el ámbito familiar como escolar, esto los llevó a presentar algunas dificultades para adaptarse a los nuevos lineamientos del sistema educativo en la escuela secundaria y preparatoria. Las reglas que les funcionaban con las cuales habían aprendido qué hacer y a como comportarse ya no eran viables para este nuevo sistema educativo.

Cuando los hijos ingresan a un nivel superior de escolaridad se produce un cambio tajante. En el que la familia tiene que relacionarse con un sistema nuevo, en el que tiene que elaborar nuevas pautas y aprender a negociar con el sistema escolar que impone nuevas reglas. La familia debe decidir, entre otras cosas, cómo se organizará, cómo ayudar en las tareas escolares, determinar quién debe hacer qué, establecer reglas sobre el tiempo de estudio, de esparcimiento y las actitudes a tomar en relación a las

calificaciones, quejas, reportes escolares, cuando hay un problema cómo habrá de solucionarse.

En los casos atendidos las madres se involucraron en las actividades cotidianas de sus hijos. En la convivencia, compartieron y se transmitieron valores, costumbres y hábitos. La planeación de las actividades tanto en el hogar como en la escuela implicó, en todos los casos clínicos, un ejercicio de negociación de criterios, horarios, actividades, personales y laborales de parte de los padres y del resto de la familia.

En el proceso terapéutico las madres que tenían hijos adolescentes negociaron, ajustaron y modificaron algunas reglas, flexibilizaron un poco las normas y delegaron responsabilidades a los hijos, estableciendo cuáles eran sus obligaciones en relación a la escuela, la casa y las salidas. De esta manera, los chicos aprendieron a tomar decisiones y a asumir la responsabilidad de sus actos. En la medida en que los hijos ganaron autonomía, se incrementó el grado de responsabilidad con el grupo familiar. Por ejemplo, el adolescente puede salir solo, pero debe avisar a dónde va, con quién estará y a qué hora regresará. Los límites claros entre madre e hijo les permitió mayor contacto y acercamiento, al tiempo que dejaron en libertad al hijo para reservarse ciertas experiencias. El grupo de los pares cobró mucho más significado y poder.

El enorme reto de las madres fue guiar, corregir y aprender junto con sus hijos a vivir su adolescencia en los ámbitos familiar y escolar, así como aceptar el grupo de pares de sus hijos.

El abordaje de las familias atendidas desde *la terapia familiar sistémica desde el modelo centrado en las soluciones* fue significativo ya que demostró que cuando la familia es tratada como un todo, el resultado es de calidez, armonía, comunicación y mayor afecto, esto atmósfera permitió cambio en el rol del adolescente de una manera cooperativa. Antes del tratamiento, los adolescentes estaban desvinculados de la familia o mantenían un conflicto abierto con su madre, presentaban problemas de conducta en la escuela y en casa. Después del tratamiento había un mayor acercamiento y comunicación entre los miembros de la familia y una mayor vinculación con la escuela. La relación entre madre y adolescente se torno significativamente cálida y con mayor apertura para comunicarse entre ellos. Los adolescentes tuvieron una mayor participación en la interacción familiar y mostraron cambios en su comportamiento tanto en el ámbito familiar como escolar.

Fishman y Selekmán han trabajado desde la terapia familiar sistémica en el tratamiento de los adolescentes, el primero desde la terapia estructural y el segundo desde el Modelo Centrado en las soluciones.

Fishman, (1995) considera algunos puntos de la terapia familiar para tratar a los adolescentes

- Las relaciones causales como un fenómeno circular Esto es, que en lugar de centrarse en una cadena de causa y efecto, el terapeuta tiene considera al sistema como un círculo autorreforzador -en ocasiones un círculo vicioso- o como una reacción en cadena que se alimenta a sí misma.

El poder de la circularidad radica en que el terapeuta puede abordar cualquier parte del sistema, trabajar con tantas partes del mismo como le sea posible, y con el tiempo transformar al sistema en su totalidad.

- Tratar, considerar a las personas significativas en la vida del adolescente, y a las fuerzas sociales que están manteniendo la conducta problema....”
- Considera la noción del sí-mismo [*self* ] multifacético, esto es, cada individuo tiene facetas funcionales que podrán expresarse si el contexto cambia. Así, el problema no reside en el individuo sino en el contexto, cambiando el contexto se permitirá que se expresen otras conductas diferentes y funcionales.

Selekman(1996) por su parte estima que el Modelo Centrado en Soluciones es un enfoque adecuado para ayudar a los adolescentes y a sus familias a superar los problemas que entraña una difícil etapa del ciclo vital como es la adolescencia. La familia es el principal contexto en el que se desarrolla el adolescente, si este contexto cambia, cada miembro del sistema familiar, incluyendo al adolescente podrá desplegar nuevos recursos y pautas de conducta más funcionales.

El Modelo Centrado en las Soluciones parte del supuesto de que todos los adolescentes y sus familias cuentan con recursos y habilidades necesarios para cambiar y resolver la queja. Se incita a los clientes a realizar *más de lo que les funciona, lo que hacen mejor, lo que saben hacer y les da buenos resultados, capitalizando de ese modo sus fortalezas y los recursos* para co-construir la solución de una forma cooperativa. Se impulsa a los clientes a utilizar sus recursos en el presente y visualizarlos para utilizarlos en su futuro (O’Hanlon 1993 y Selekman, 1996).

El terapeuta pone atención en lo que parece estar funcionando, por pequeño que esto sea. Así el cliente puede aprender a repetir una y otra vez lo que funciona, hasta “no dejar espacio” al problema y sí el cambio se da en un área crucial, lo que parece pequeño puede cambiar todo el sistema. Un cambio en una parte de la familia lleva a cambios en

otras partes de la familia. De igual forma, un cambio pequeño en una parte de la vida de un individuo crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas. Esto de acuerdo a Erickson se le conoce como “**bola de nieve**” o “**efecto mariposa**” se requiere de cambios mínimos para empezar a resolver las dificultades y después de iniciado el cambio el cliente generará nuevos cambios.

**El objetivo terapéutico** consiste en ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo. Es decir, se amplifica las soluciones eficaces, a las que se les conoce como *excepciones*, se produce en los clientes un cambio perceptivo y conductual que facilita que continúen por este camino. También se puede resaltar aquello que es satisfactorio en la vida de las personas, obteniendo también un cambio favorable en los clientes. Al evidenciar que el síntoma no aparece en ciertas situaciones gracias a las estrategias de solución puestas en práctica por el cliente, se crea la expectativa de que es posible un futuro sin la conducta problemática Furman,(1996) & O’Hanlon y Weiner-Davis,(1997).

En el contexto de la terapia breve resulta útil pensar *cuándo ocurrirá el cambio* en lugar de pensar sí se producirá el cambio. Se necesita co-crear entre terapeuta y clientes *profecías positivas autocumplidoras*. Gringerich y sus colegas (1988, citado en: Selekman, 1996), en una de sus investigaciones sobre entrevista, demostraron que existe una relación directa entre la “conversación sobre el cambio” y los resultados positivos del tratamiento. Como es el caso de los terapeutas que emplearon un lenguaje presuposicional que implica el uso del “cuando” y del verbo en futuro en lugar del uso del “si” y de los verbos en condicional, al pasar la mayor parte de la sesión haciendo que los clientes hablaran sobre sus éxitos, de lo que les funcionó en el pasado, el presente y lo que les funcionará en el futuro. Sin embargo, los terapeutas que emplearon la “conversación sobre el problema”, ahondaron sobre un mar de información acerca del conflicto del pasado y del presente, tendientes a dar resultados negativos.

La terapia familiar es vista como un tratamiento eficaz y breve, en la que todos los miembros de la familia participan y reciben tratamiento, en comparación con el tratamiento psicoanalítico (Fishman, 1995, Selekman, 1996 y O’Hanlon y Weiner,1997). La terapia familiar hace hincapié en la perfectibilidad de la gente; en la que el terapeuta busca explorar, identificar y destacar recursos, habilidades, y capacidades, acrecentar las interacciones sociales que les permita a las personas funcionar del modo más competente (Selekman, 1996 y O’Hanlon y Weiner,1997).

Tanto Selekman como Fishman contemplan a la familia como un recurso, una red social que es preciso potenciar para facilitar el restablecimiento del adolescente. Por lo que se contempla a la familia como un recurso para la recuperación, abarcando a todas las

personas significativas en la vida del adolescente y a las fuerzas sociales que están manteniendo la conducta problema. Este carácter inclusivo determina que los cambios tiendan a mantenerse, debido a que el sistema familiar mismo, y no sólo el individuo se está transformando. Dado que todos los miembros de la familia cambian, sus respectivos cambios tienden a reforzarse y a mantenerse entre sí.

## **3. 2 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN**

### **3.2.1 PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.2.1.1 DETERMINANTES QUE CONSIDERAN LOS UNIVERSITARIOS DE LAS PAREJAS ESTABLES.**

En el primer semestre de la Residencia se realizó un **proyecto de investigación** sobre el tema: Determinantes que consideran los universitarios de las parejas estables.

#### **JUSTIFICACIÓN**

Los estudios que se realizan en torno al tema de la relación de pareja son abordados desde distintas perspectivas; dada su complejidad, algunas de éstas son la sociológica, la antropológica y la psicológica. La mayoría de los estudios se encuentran enfocados en la investigación de los aspectos negativos o disfuncionales tales como: la dinámica de la conflictiva en pareja, la separación, el divorcio -su proceso y consecuencias-, la infidelidad, la agresión y la violencia en la relación de pareja, etc. Perlman (1999), al respecto señala que tal vez es un reflejo de la época, ya que las separaciones y los divorcios van en aumento, tienden a pasar de ser una excepción a convertirse en lo cotidiano. Sin embargo, los estudios sobre los aspectos funcionales que se dan dentro de la relación de pareja son casi nulos; tal vez por no considerarlos un problema. Si bien es cierto que resulta muy conveniente hacer estudios exhaustivos sobre todos aquellos aspectos que resultan disfuncionales dentro de la relación de pareja, tomando en cuenta su contexto y circunstancias específicas con la finalidad de poseer información importante sobre ciertos fenómenos, también es cierto que en la actualidad es necesario tomar en cuenta todos aquellos aspectos que de alguna manera resulten ser funcionales y que sirvan para hacer más satisfactoria la relación de pareja. Se puede pensar, incluso, que resultaría inútil estudiar aspectos funcionales en la pareja por el simple hecho de que éstos no causan problema; sin embargo, considerarlos dentro de un estudio formal puede permitir reconocerlos y utilizarlos de forma sistemática dentro del ámbito terapéutico, al proporcionar directivas a nivel preventivo. Esto me lleva a enfocar el tema, no desde lo que no resulta y lleva al rompimiento, sino desde lo que sí funciona. En este sentido, *la presente investigación tiene como finalidad*, realizar una aproximación y exploración de

los determinantes que los universitarios consideran son aspectos funcionales de las relaciones de parejas estables.

## **OBJETIVOS**

- Realizar un estudio de carácter exploratorio, como un primer acercamiento, para identificar aquellos determinantes, variables, aspectos funcionales de las relaciones de pareja estables heterosexuales.
- Centrar las bases teóricas en torno a algunos de los determinantes, que consideran diversos investigadores, en torno a los aspectos funcionales en la relación de las parejas estables heterosexuales.
- Elaborar un instrumento válido y confiable que permita explorar, investigar los determinantes antes mencionados y ampliar el panorama en torno a éstos (se realizó en tercer semestre).

## **TEMAS QUE SE ABORDARON**

Mutuo conocimiento, intimidad, satisfacción marital, acuerdo sexual, atracción física, atracción intelectual, atracción afectiva, comunicación, afecto, empatía, respeto y estabilidad.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los determinantes, aspectos funcionales en las relaciones de parejas estables heterosexuales?

Es importante señalar que para los fines de esta propuesta, no se requiere de ambos miembros de la pareja, sólo de uno de ellos.

**Definición de la variable pareja estable heterosexuales:** Unión afectiva entre dos personas, hombre y mujer, que se han comprometido mutuamente a mantener una relación con vista en la permanencia, la funcionalidad y la perpetuación de la reciprocidad,

el respeto, la comunicación, la fidelidad, la intimidad y la práctica de la sexualidad. Rodríguez (s/a), Satir (1991) y Álvarez-Gayou (1996).

## **ESTABILIDAD**

Tradicionalmente, se conoce a la pareja como una asociación particular de individuos de sexos diferentes; sin embargo, el concepto de pareja ha cambiado con el tiempo. Por ejemplo, Rodríguez (s/n) menciona que cuando se habla de pareja se alude a la unión de dos personas. Su análisis nos dice muy poco o casi nada. En lo físico, considerada ésta como la unión de dos necesidades internas, es el encuentro de dos fuerzas polares que llegan a la experiencia más importantes en la vida: el amor. Para González Núñez (1984 citado en: Rodríguez, 1994), la pareja es la unión que se realiza esperando satisfacer necesidades de carácter interno y externo; y como factor esencial de dichas necesidades se encuentra la seguridad y la madurez emocional de la personalidad. Alberoni (1997), afirma que la pareja es "... una unidad dinámica como un crisol creativo en el que dos personalidades se funden, se alían, discuten, se complementan para afrontar un mundo cada vez más complejo". Para Álvarez-Gayou (1996), el *propósito de la vida en pareja* significa, entre otras cosas, un proyecto en común, la unión, es el deseo de formar una relación estable con vistas a la permanencia.

Aún y cuando muchas de las definiciones se muestran incompletas en cuanto a no reflejar la verdadera complejidad de la pareja, es porque resulta sumamente complejo abordar en unas cuantas líneas cada uno de los elementos sociales, históricos, emocionales, económicos, culturales y psicológicos que componen la dinámica de la vida en pareja.

Antes de hablar de la estabilidad dentro de la relación de pareja, es necesario hacer un precisión; con frecuencia se piensa que *la estabilidad* se refiere al tiempo de duración de la relación, es decir, que se cree que mientras más dura una pareja, más estable es; esto en algunos casos resulta ser una afirmación errónea, puesto que existen casos donde se gestan y desarrollan problemáticas muy agudas y, pese a ello, los miembros de la pareja pueden permanecer mucho tiempo juntos. Cuando se habla de estabilidad no se habla necesariamente ni exclusivamente de duración, de los años en que están juntos, sino de factores determinantes que permiten que una pareja permanezca estable. Por lo tanto, se considerará *la estabilidad no tanto en términos de cantidad sino de calidad*.

Cuando se habla de la estabilidad dentro de una relación de pareja, en la presente investigación se entiende la unión afectiva entre dos personas, hombre y mujer, que se han comprometido mutuamente a mantener una relación con vista en la permanencia, la funcionalidad y la perpetuación de la reciprocidad, el respeto, la comunicación, la fidelidad, la intimidad y la práctica de la sexualidad Rodríguez (s/a), Satir (1991) y Álvarez-Gayou (1996). Refiriéndose concretamente a algunos de los muchos elementos involucrados dentro de la estabilidad de pareja, Klagsbrunn (1985) y Álvarez-Gayou (1996), mencionan que un componente importante en la estabilidad de la pareja es la **intimidad**, y la definen como *un intercambio de mutuo conocimiento* y, con él, la habilidad para dar al otro sin resentimiento y, a su vez, recibir del otro sin malestar.

Otra de las variables que con frecuencia se encuentra estrechamente relacionada con la relación de pareja o conyugal es la **satisfacción marital**, Burr (1970, citado en: Díaz Loving, Rivera y Sánchez, 1996), define la satisfacción como "la evaluación subjetiva experimentada del matrimonio de uno"; y al respecto se han realizado numerosas investigaciones por ser un posible indicador de la estabilidad y felicidad de una relación (Hicks y Platt, 1970).

Una de estas investigaciones es el desarrollo de un modelo para el estudio de la satisfacción marital de Miller (1976, citado en: Rivera, 1992), quien establece siete antecedentes para la satisfacción marital: antecedentes de socialización, los roles de transición en la familia, el número de hijos, los años de casados, la frecuencia y la duración de la convivencia, el nivel socio económico y el espacio para los niños. El autor realizó la verificación del modelo a través de un análisis de trayectoria, a partir del cual concluye que de los siete antecedentes, sólo el de manifestación de roles y la duración de la convivencia afecta directamente la satisfacción marital.

Jeanett y Laver (1985) realizaron una investigación para explorar la razón por la cual los matrimonios sobreviven y son satisfactorios. En una muestra de 351 parejas con más de 15 años de casadas, se utilizó un cuestionario de 39 afirmaciones, que abarcaba como temas: matrimonio, acuerdo sexual, finanzas, metas en la vida, actitud hacia el esposo o esposa. Con base en los resultados encontrados en la investigación, los autores concluyeron que el *éxito del matrimonio es una tarea constante*, que se logra con esfuerzo

y no se da por sí solo; en la que destaca que el sexo no es lo más relevante, sino el compromiso que representa el matrimonio.

Por otro lado, Álvarez-Gayou (1996) menciona que una vez constituida **la pareja, la relación entre ambos requiere para su mantenimiento de tres niveles de atracción mutua**: a) **nivel de atracción física**, que muestra el hecho de que exista un gusto físico por la otra persona, y que los acercamientos y relaciones físicas sean gratificantes para ambos; b) **nivel de atracción intelectual**, que implica la posibilidad de una comunicación abierta, en la que los integrantes de la pareja tengan de qué hablar y compartan intereses y actividades y c) **nivel de atracción afectiva**, que consiste en que para que una pareja armónica exista y se desarrolle deben prevalecer sentimientos de amor o cariño, ternura, y bienestar entre ambos. Además de los tres niveles de atracción, en todas las parejas funcionales deben conjugarse otros elementos tales como: **la comunicación, la empatía y el respeto**.

En el caso de la comunicación, se trata de un término que tal vez parezca trillado, ya que en la actualidad se ha puesto de moda hablar de su importancia en todos los niveles. (Miller, Corrales y Wackman, 1975, citado en: Nina, 1985). Lo cierto es que la **comunicación** es uno de los principales elementos que pueden llegar a facilitar, enriquecer y mantener una relación. Álvarez Gayou (1996), señala que en las relaciones permanentes de dos personas, éste es uno de los factores de mayor importancia y trascendencia, porque de no existir, o bien ser ésta inadecuada, puede minar o corroer la atracción afectiva. De hecho, una comunicación deficiente no permite que se dé la atracción intelectual. Autores como Watzlawick, Beavin y Jackson (1997) afirman que la funcionalidad de la pareja se permite entender a nivel conversacional, al destacar que en todo sistema interaccional lo importante no es tanto el contenido de la comunicación, sino el aspecto conativo que ésta guarda. Desde esta teoría, la interacción se describe como uno de los axiomas de comunicación que señala como el nivel digital (lenguaje verbal) y el analógico (lenguaje no verbal), son elementos que deben considerarse para lograr una buena comunicación. En el primero, el individuo es capaz de expresar al otro sus verdaderos sentimientos y temores; en el segundo, en vez de responder al mensaje captado, se debe tener la capacidad de detenerse un momento a ratificar o rectificar si lo que se había entendido era realmente lo que el otro deseaba expresar. Por su parte,

Gilberts (1956) ve a la **comunicación** como la cantidad de información intercambiada, la cual suele ser un indicador de una relación positiva y estable.

Otro elemento es la **empatía**, que se refiere a la capacidad para interiorizar al máximo posible todos los sentimientos y deseos de la pareja (Álvarez Gayou, 1996). De manera más precisa, la empatía se refiere a una *involucración y conocimiento activo*, en donde ambos miembros de la pareja se esfuerzan por entender las motivaciones del otro, para así colocarse en sus zapatos al máximo posible, en términos coloquiales indica, Satir (1991), que “con la **empatía** trataremos de colocarnos en el lugar del otro, en sus zapatos. Cabe señalar que la empatía debe ser mutua, dado que cuando sólo se da en uno de los miembros de la pareja, surge un resentimiento acumulado en el otro.

Un tercer elemento es **el respeto**, que junto con la comunicación y la empatía, se consideran los complementos necesarios para la integración, mantenimiento y estabilidad de una pareja. Para Álvarez Gayou (1996), el respeto es la plena convicción de que nuestra pareja es un individuo por sí mismo, y no un ser dependiente y que, por otro lado, tampoco es amo y señor.

Finalmente, existen algunos otros *elementos que se encuentran relacionados con la estabilidad* dentro de las relaciones maritales y de pareja Cammack y Young (2001), en un *estudio realizado en Indonesia*, investigaron las posibles razones por las cuales los índices de divorcio han disminuido en ese país. Los hallazgos de estos investigadores se refieren en primera instancia a los *cambios en algunos aspectos culturales* que en ese país se están dando, ya que la occidentalización ha traído como consecuencia cambios en la organización familiar y, particularmente, en las costumbres y tradiciones. *El impacto de la expansión educacional, el retraso en el matrimonio, la urbanización y el incremento del empleo*. Dichos cambios han hecho a la pareja más independiente, puesto que antaño los respectivos progenitores de cada miembro de la pareja elegían a la pareja y arreglaban el matrimonio; además de tener ingerencia directa sobre los asuntos económicos de la pareja, ya que los matrimonios se llevaban a cabo a muy temprana edad. En la actualidad, particularmente la educación en el sector femenino de Indonesia y el retraso en el matrimonio, como consecuencia directa del punto anterior, han sido factores críticos para el detrimento del divorcio. Aunado a lo anterior, el status de la mujer

de Indonesia se modificó, dándole más influencia dentro de la díada marital y, por ende, más equilibrio, lo que a su vez ha repercutido en mucha más estabilidad en el matrimonio.

Otros **hallazgos empíricos** dan cuenta de la existencia de algunos otros elementos fuertemente relacionados con **la estabilidad en la pareja**. Tal es el caso del estudio realizado por Helms-Erikson (2001), quien investigó la calidad marital después de diez años de matrimonio, usando una muestra de 180 parejas no divorciadas, encontrándose que durante el periodo de crianza de los hijos, resulta ser con frecuencia un factor de riesgo para la pareja, de tal forma que, aquellas parejas que tendían a dividir el trabajo doméstico de manera tradicional, presentaron una evaluación negativa en cuanto a su matrimonio; en cambio, quienes empleaban una forma no tradicional en cuanto a la **división del trabajo doméstico**, es decir, empleaban una forma más equitativa en *la distribución de labores domésticas, evaluaron su relación marital como más satisfactoria y estable*. Además, se encontró que aquellas parejas en donde ambos miembros **se involucraban** activamente en la **crianza de los hijos**, lograban también una autoevaluación positiva en cuanto a su matrimonio.

### 3.2.1.2 ESTABILIDAD Y FIDELIDAD EN LAS RELACIONES DE PAREJA

En el segundo semestre de la Residencia se llevo a cabo, junto con Miguel Ángel Ruiz, la **propuesta de un instrumento para evaluar la estabilidad y fidelidad en la pareja.**

#### PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

Recién atravesado el umbral de un nuevo siglo, la humanidad entera enfrenta nuevos retos en diferentes áreas de la vida, y no son la excepción las relaciones humanas, que se encuentran en constante cambio, y las relaciones de pareja no escapan a estos cambios. No hace muchos años, el hecho de que una pareja se uniera en matrimonio, constituía un vínculo indisoluble de permanencia (Álvarez Gayou, 1996). La ley como la religión así lo consideraban. En la actualidad la realidad nos indica que cada día aumenta el número de divorcios y separaciones. Esto se ve reflejado en los trabajos de investigación, pues son menos numerosos los que abordan el tema de la estabilidad y fidelidad en las relaciones de pareja, que los que exploran los aspectos de infidelidad, las causas de divorcio y la violencia dentro de la relación de pareja, entre otros. (Perlman 1999), señala que tal vez es un reflejo de la época, el que la atención está dirigida a los aspectos negativos o tóxicos en las relaciones, ya que los divorcios tienden a pasar de ser la excepción para convertirse en lo cotidiano. Por lo que es necesario tomar en cuenta todos aquellos aspectos, que de alguna manera resulten ser funcionales, satisfactorios en las relaciones de parejas heterosexuales. *La propuesta de investigación tiene la intención de realizar una aproximación al estudio de aquellas variables, aspectos positivos, funcionales, que se encuentran presentes en las relaciones de pareja satisfactoria*, lo que permitirá tener un conocimiento más profundo de estas variables para el diseño de nuevas estrategias terapéuticas en el área de pareja y familia, al proporcionar directivas a nivel preventivo.

#### OBJETIVOS

- Realizar un estudio de carácter exploratorio de aquellas variables que se consideran estrechamente relacionadas con las relaciones de parejas heterosexuales satisfactorias, considerando, en este primer acercamiento, la relación entre estabilidad en la pareja y fidelidad.

- Elaborar una propuesta de instrumento que evalúe la estabilidad y la fidelidad dentro de la relación de pareja heterosexual.

## **TEMAS QUE SE ABORDARON**

Compromiso, intimidad, exclusividad en el ámbito sexual, comunicación, empatía, respeto, equidad, conocimiento real y objetivo de la pareja, expectativa de duración de la relación, satisfacción subjetiva en la relación de pareja y red vinculada con su pareja.

## **POBLACIÓN**

Se propone un muestreo accidental para la aplicación del instrumento con 150 estudiantes de la Carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM, de ambos turnos; la mitad de los participantes serán del sexo masculino y los otros del sexo femenino, cuyas edades oscilen entre los 18 y los 40 años de edad; tendrán como condición estar unidos por lo menos desde hace dos años y que quieran participar voluntariamente. Aquellos que no cumplan con las características antes mencionadas, no podrán participar en la investigación.

## **INSTRUMENTO**

El instrumento está diseñado como una primera aproximación para la exploración de la fidelidad y la estabilidad dentro de la relación de pareja (ver anexo 1).

El instrumento se encuentra constituido por 11 áreas: compromiso, intimidad, exclusividad sexual, expectativa de duración de la pareja, comunicación, empatía, respeto, conocimiento real y objetivo de la pareja, red de vinculación fuerte con la pareja (intereses comunes), equidad y satisfacción subjetiva.

El instrumento cuenta con 60 preguntas tipo likert, diseñado para ser contestado no sólo por aquellas personas que cuentan con una pareja, sino también para aquellas que se encuentren sin una.

## **ESTABILIDAD Y FIDELIDAD EN PAREJA**

### **ANTECEDENTES**

Muchos son los fenómenos que atañen al ser humano dentro de su vida en sociedad; no obstante, es probable que uno de los más inquietantes, por lo complejo y cambiante de su proceso, sea el de la convivencia en pareja. De hecho, se considera que la base para muchas sociedades es la pareja por sus directas implicaciones en la formación de la familia.

Actualmente, los estudios que de la pareja se realizan, son abordados desde distintas perspectivas, dada su complejidad como la sociológica, la antropológica y la psicológica. Tradicionalmente, la mayoría de estos estudios se encuentran enfocados en la investigación de los aspectos básicamente disfuncionales como son: la dinámica de la conflictiva en pareja, la separación y el divorcio (su proceso y consecuencias), la infidelidad, la agresión y violencia que se muestra dentro de la relación de pareja, etc.

Particularmente, en el ámbito psicológico se desprenden una serie de investigaciones destinadas a explorar, describir o explicar diversos aspectos que componen la vida de los seres humanos en pareja con un enfoque similar al descrito en líneas arriba, es decir, se suele investigar los motivos y el impacto de los aspectos disfuncionales en la esfera psicológica. Sin embargo, son casi nulos los estudios de todos aquellos aspectos funcionales que dentro de la convivencia de pareja se dan; si bien es cierto que resulta muy conveniente hacer estudios exhaustivos sobre todos aquellos aspectos que resultas disfuncionales dentro de la relación de pareja, tomando en cuenta su contexto y circunstancias específicas con la finalidad de poseer información importante sobre ciertos fenómenos, también es cierto que en la actualidad es necesario tomar en cuenta todos aquellos aspectos que de alguna manera resulten ser funcionales y que sirvan para hacer más satisfactoria la relación de pareja. Se puede pensar, incluso, que resultaría inútil estudiar aspectos funcionales en la pareja por el simple hecho de que éstos no causan problema; sin embargo, el considerarlos dentro de un estudio formal puede permitir reconocerlos y utilizarlos de forma sistemática dentro de los ámbitos terapéuticos. En este sentido, la presente investigación tiene como finalidad, realizar una aproximación y exploración sobre sólo algunos de estos aspectos funcionales como son la estabilidad y la

fidelidad, que hoy en día resultan ser aspectos básicos para el funcionamiento adecuado dentro de las relaciones de pareja.

Tradicionalmente, se conoce a la pareja como una asociación particular de individuos de sexos diferentes; sin embargo, el concepto de pareja ha cambiado con el tiempo. Por ejemplo, Rodríguez (s/n) menciona que cuando se habla de pareja se alude a la unión de dos personas; su análisis nos dice muy poco o casi nada, en lo físico, considerada ésta como la unión de dos necesidades internas, es el encuentro de dos fuerzas polares que llegan a la experiencia más importantes en la vida: el amor. Para González Núñez (1984, citado en: Rodríguez, 1994) la pareja es la unión que se realiza esperando satisfacer necesidades de carácter interno y externo, y como factor esencial de dichas necesidades se encuentra la seguridad y la madurez emocional de la personalidad. Alberoni (1997) afirma que la pareja es "... una unidad dinámica como un crisol creativo en el que dos personalidades se funden, se alían, discuten, se complementan para afrontar un mundo cada vez más complejo". Aun y cuando muchas de las definiciones se muestran incompletas en cuanto a que no reflejan la verdadera complejidad de la pareja, es porque resulta sumamente complejo abordar en unas cuantas líneas cada uno de los elementos sociales, históricos, emocionales, económicos, culturales y psicológicos que componen la dinámica de la vida en pareja.

## **ESTABILIDAD EN PAREJA**

Antes de hablar de la estabilidad dentro de la relación de pareja, es necesario hacer un precisión; con frecuencia se piensa que *la estabilidad* se refiere al tiempo de duración de la relación, es decir, que se cree que mientras más dura una pareja, más estable es; esto en algunos casos resulta ser una afirmación errónea, puesto que existen casos donde se gestan y desarrollan problemáticas muy agudas y, pese a ello, los miembros de la pareja pueden permanecer mucho tiempo juntos. Cuando se habla de estabilidad no se habla necesariamente ni exclusivamente de duración, de los años en que están juntos, sino de factores determinantes que permiten que una pareja permanezca estable. El presente documento considerará *la estabilidad no tanto en términos de cantidad sino de calidad*.

Cuando se habla de **la estabilidad** dentro de una relación de pareja se entiende la unión afectiva entre dos personas, hombre y mujer, que se han comprometido mutuamente a

mantener una relación con vista en la permanencia, la funcionalidad y la perpetuación de la reciprocidad, el respeto, la comunicación, la fidelidad, la intimidad y la práctica de la sexualidad Rodríguez (s/a), Satir (1991) y Álvarez-Gayou (1996). Refiriéndose concretamente a algunos de los muchos elementos involucrados dentro de la estabilidad de pareja, Klagsbrunn (1985) y Álvarez-Gayou (1996), mencionan que un componente importante en la estabilidad de la pareja es la **intimidad**, y la definen como *un intercambio de mutuo conocimiento* y, con él, la habilidad para dar al otro sin resentimiento y, a su vez, recibir del otro sin malestar.

Otra de las variables que con frecuencia se encuentra estrechamente relacionada con la relación de pareja o conyugal es la **satisfacción marital**, Burr (1970, citado en: Díaz Loving, Rivera y Sánchez, 1996), define la satisfacción como “la evaluación subjetiva experimentada del matrimonio de uno”; y al respecto se han realizado numerosas investigaciones por ser un posible indicador de la estabilidad y felicidad de una relación (Hicks y Platt, 1970).

Una de estas investigaciones es el desarrollo de un modelo para el estudio de la satisfacción marital de Miller (1976, citado en: Rivera, 1992), quien establece siete antecedentes para la satisfacción marital: antecedentes de socialización, los roles de transición en la familia, el número de hijos, los años de casados, la frecuencia y la duración de la convivencia, el nivel socio económico y el espacio para los niños. El autor realizó la verificación del modelo a través de un análisis de trayectoria, a partir del cual concluye que de los siete antecedentes, sólo el de manifestación de roles y la duración de la convivencia afecta directamente la satisfacción marital.

En un caso más específico, Jeanett y Laver (1985) realizaron una investigación para explorar la razón por la cual los matrimonios sobreviven y son satisfactorios. En una muestra de 351 parejas con más de 15 años de casadas, se utilizó un cuestionario de 39 afirmaciones, que abarcaba como temas: matrimonio, acuerdo sexual, finanzas, metas en la vida, actitud hacia el esposo o esposa. Con base en los resultados encontrados en la investigación, los autores concluyeron que el *éxito del matrimonio es una tarea constante*, que se logra con esfuerzo y no se da por sí solo; en la que destaca que el sexo no es lo más relevante, sino el compromiso que representa el matrimonio.

Por otro lado, Álvarez-Gayou (1996) menciona que una vez constituida la pareja, la relación entre ambos requiere para su mantenimiento de tres niveles de atracción mutua: a) **nivel de atracción física**, que muestra el hecho de que exista un gusto físico por la otra persona, y que los acercamientos y relaciones físicas sean gratificantes para ambos; b) **nivel de atracción intelectual**, que implica la posibilidad de una comunicación abierta, en la que los integrantes de la pareja tengan de qué hablar y compartan intereses y actividades y c) **nivel de atracción afectiva**, que consiste en que para que una pareja armónica exista y se desarrolle deben prevalecer sentimientos de amor o cariño, ternura, y bienestar entre ambos. Además de los tres niveles de atracción, en todas las parejas funcionales deben conjugarse otros elementos tales como: **la comunicación, la empatía y el respeto**.

En el caso de la comunicación, se trata de un término que tal vez parezca trillado, ya que en la actualidad se ha puesto de moda hablar de su importancia en todos los niveles. (Miller, Corrales y Wackman, 1975, citado en: Nina, 1985). Lo cierto es que la **comunicación** es uno de los principales elementos que pueden llegar a facilitar, enriquecer y mantener una relación. Álvarez Gayou (1996), señala que en las relaciones permanentes de dos personas, éste es uno de los factores de mayor importancia y trascendencia, porque de no existir, o bien ser ésta inadecuada, puede minar o corroer la atracción afectiva. De hecho, una comunicación deficiente no permite que se dé la atracción intelectual. Autores como Watzlawick, Beavin y Jackson (1997) afirman que la funcionalidad de la pareja se permite entender a nivel conversacional, al destacar que en todo sistema interaccional lo importante no es tanto el contenido de la comunicación, sino el aspecto conativo que ésta guarda. Desde esta teoría, la interacción se describe como uno de los axiomas de comunicación que señala como el nivel digital (lenguaje verbal) y el analógico (lenguaje no verbal), son elementos que deben considerarse para lograr una buena comunicación. En el primero, el individuo es capaz de expresar al otro sus verdaderos sentimientos y temores; en el segundo, en vez de responder al mensaje captado, se debe tener la capacidad de detenerse un momento a ratificar o rectificar si lo que se había entendido era realmente lo que el otro deseaba expresar. Por su parte, Gilberts (1956) ve a la **comunicación** como la cantidad de información intercambiada, la cual suele ser un indicador de una relación positiva y estable.

Otro elemento es la **empatía**, que se refiere a la capacidad para interiorizar al máximo posible todos los sentimientos y deseos de la pareja (Álvarez Gayou, 1996). De manera más precisa, la empatía se refiere a una **involucración y conocimiento activo**, en donde ambos miembros de la pareja se esfuerzan por entender las motivaciones del otro, para así colocarse en sus zapatos al máximo posible, en términos coloquiales indica, Satir (1991), que “con la empatía trataremos de colocarnos en el lugar del otro, en sus zapatos. Cabe señalar que la empatía debe ser mutua, dado que cuando sólo se da en uno de los miembros de la pareja, surge un resentimiento acumulado en el otro.

Un tercer elemento es **el respeto**, *que junto con la comunicación y la empatía, se consideran los complementos necesarios para la integración, mantenimiento y estabilidad de una pareja.* Para Álvarez Gayou (1996), el respeto es la plena convicción de que nuestra pareja es un individuo por sí mismo, y no un ser dependiente y que, por otro lado, tampoco es amo y señor.

Finalmente, existen algunos otros *elementos que se encuentran relacionados con la estabilidad* dentro de las relaciones maritales y de pareja Cammack y Young (2001), en un *estudio realizado en Indonesia*, investigaron las posibles razones por las cuales los índices de divorcio han disminuido en ese país. Los hallazgos de estos investigadores se refieren en primera instancia a los *cambios en algunos aspectos culturales* que en ese país se están dando, ya que la occidentalización ha traído como consecuencia cambios en la organización familiar y, particularmente, en las costumbres y tradiciones. *El impacto de la expansión educacional, el retraso en el matrimonio, la urbanización y el incremento del empleo.* Dichos cambios han hecho a la pareja más independiente, puesto que antaño los respectivos progenitores de cada miembro de la pareja elegían a la pareja y arreglaban el matrimonio; además de tener ingerencia directa sobre los asuntos económicos de la pareja, ya que los matrimonios se llevaban a cabo a muy temprana edad. En la actualidad, particularmente la educación en el sector femenino de Indonesia y el retraso en el matrimonio, como consecuencia directa del punto anterior, han sido factores críticos para el detrimento del divorcio. Aunado a lo anterior, el status de la mujer de Indonesia se modificó, dándole más influencia dentro de la díada marital y, por ende, más equilibrio, lo que a su vez ha repercutido en mucha más estabilidad en el matrimonio.

Otros **hallazgos empíricos** dan cuenta de la existencia de algunos otros elementos fuertemente relacionados con **la estabilidad en la pareja**. Tal es el caso del estudio realizado por Helms-Erikson (2001), quien investigó la calidad marital después de diez años de matrimonio, usando una muestra de 180 parejas no divorciadas, encontrándose que durante el periodo de crianza de los hijos, resulta ser con frecuencia un factor de riesgo para la pareja, de tal forma que, aquellas parejas que tendían a dividir el trabajo doméstico de manera tradicional, presentaron una evaluación negativa en cuanto a su matrimonio; en cambio, quienes empleaban una forma no tradicional en cuanto a la **división del trabajo doméstico**, es decir, empleaban una forma más equitativa en *la distribución de labores domésticas, evaluaron su relación marital como más satisfactoria y estable*. Además, se encontró que aquellas parejas en donde ambos miembros **se involucraban** activamente en la **crianza de los hijos**, lograban también una autoevaluación positiva en cuanto a su matrimonio.

## **FIDELIDAD EN PAREJA**

Es probable que tradicionalmente se tome en cuenta a la fidelidad como uno de los indicadores más importantes en relación con el estado en el que se encuentra la pareja y, si bien es cierto que la infidelidad suele causar muchos problemas y, por lo regular, resulta ser un buen termómetro para indicar el estado de deterioro que existe en la relación de pareja, también es cierto que la fidelidad es sólo uno de los muchos aspectos positivos y útiles para el bienestar de la pareja. La fidelidad resulta una parte importante de la relación de pareja, puesto que se trata de la contraparte de la infidelidad. Ésta se refiere a la necesidad asociada con las emociones y la búsqueda de seguridad (O' Nell, 1980, citado en: Conde, 1991), pero también puede ser definida como la exclusividad en el ámbito romántico y sexual que conlleva el deseo por parte de alguno de los miembros de la pareja a sentir que el otro está llenando las necesidades del ser amado en forma completa (Hernández Rosete, 2000); dicha conceptualización se encuentra muy relacionada con el concepto de amor, en el cual descansan la **intimidad** y el **compromiso** con la otra persona, simultáneamente con la preocupación por su bienestar (Morales, Moya, Reboloso, Fernández Dols, Márquez Páez y Pérez, 1994 y Fromm, 1976).

Como ya se dijo con anterioridad, la **intimidad** es un concepto estrechamente ligado a la estabilidad y la fidelidad en las parejas, y es considerada como un tipo de interacción en donde los miembros de la pareja: 1) comparten algo personal y privado, 2) experimentan pensamientos positivos hacia ellos mismos y hacia la otra persona con base en la interacción y 3) se percibe en la interacción un reflejo del mutuo entendimiento (Prager, 1995). De hecho, algunos autores afirman que la intimidad se encuentra muy relacionada con el efecto de cubrir las necesidades del otro, Prager y Buhrmester (1998) condujeron dos estudios; en el primero de ellos se exploró en primera instancia si la intimidad dentro del contexto social de la relación de pareja contribuye a la cobertura de las necesidades individuales; los resultados que se encontraron se referían a una correlación positiva entre la intimidad y el bienestar físico y psicológico con el cubrir necesidades a nivel individual.

La fidelidad es un concepto escasamente abordado dentro de la literatura psicológica, puesto que su contraparte es la que ha acaparado el interés de la comunidad científica en este campo; no obstante, es posible conceptualizarla como la actitud de esperar cubrir las necesidades de dependencia y filiación, cuidado del otro, exclusividad en el ámbito romántico y sexual, así como en la posesividad e intimidad que una persona tiene hacia su pareja (Hernández Rosete, 2000; Rojas, 1997; Rubin, 1976 citado en: Morales, *et al*, 1994).

Como ya se mencionó en líneas superiores, el **compromiso** es un elemento que rara vez se encuentra ausente cuando se habla de fidelidad, y éste es considerado fundamentalmente como “una actitud, una expresión continua de la medida en que se valora a la otra persona. El hecho de mantener un compromiso es intención, es amor en acción, puesto que en una buena relación cada acto intencional de amor no sólo tiene significado en el momento, sino que además sirve para solidificar y reforzar aún más el vínculo creciente entre ambos miembros de la pareja” (Avelarde, Díaz Loving y Rivera, 1998); además de referirse a una declaración de lealtad, se refiere también a un código más amplio de conducta ética y honor, cumplimiento de acuerdos y el reconocimiento de responsabilidades. Por otro lado, algunos autores afirman que con frecuencia se piensa que compromiso es sinónimo de matrimonio, cuando en realidad aquél es tan sólo la preparación para éste (Jones, Shanberg y Byer, 1980). Por su parte, Cowan y Kinder (1987) afirman que el compromiso cuenta con dos componentes fundamentales; el primero de ellos se refiere al hecho de decidir contraer matrimonio y el segundo tiene que

ver con los sentimientos desinteresados y los actos de amor. Existen algunos modelos teóricos relacionados con el compromiso dentro de la relación en pareja, tal es el caso de la teoría sobre el amor expuesta por Beach y Tesser (1988), en la cual está constituido por cuatro componentes: *compromiso, intimidad, cohesión e interacción sexual*; particularmente *el compromiso* es conceptualizado como un grupo de cogniciones, actitudes y conductas que indican una disposición a continuar con la relación y es un esquema desarrollado a través de experiencias dentro de la relación en sí, es decir, un esquema dinámico que fluctúa sobre la vida de la relación; estos autores agregan además, que conforme se incrementa el compromiso, incrementa también la atención en la pareja, dándose un prejuicio positivo hacia la relación que está asociado con sentimientos estables.

En relación con otros conceptos íntimamente relacionados con la fidelidad, algunos autores, (Waite y Joyner, 2001), han encontrado que particularmente la **exclusividad en el ámbito sexual**, se encuentra fuertemente relacionada con la satisfacción emocional y puede ser un importante determinante para la fidelidad. Wite y Joyner (2001), encontraron, en un estudio realizado con la finalidad de explorar la satisfacción emocional y el placer físico entre parejas adultas de los Estados Unidos, que para ambos miembros de la pareja, **la expectativa en cuanto a la duración de la relación y la exclusividad sexual** se encontraban fuertemente ligados a la satisfacción marital por encima de otras variables como el placer físico derivado del sexo. Por otro lado, Treas y Giesen (2000), en su estudio sobre la infidelidad sexual entre parejas estadounidenses casadas y solteras, encontraron que existen menos probabilidades de que se presente la infidelidad si cada uno de los miembros de la pareja tiene **valores sexuales menos permisivos, intereses sexuales menos acentuados, una mayor satisfacción subjetiva en su relación de pareja y una red más fuerte vinculada con su pareja.**

En otras investigaciones, relacionadas con las cuestiones de la fidelidad, se destaca el hecho de que un **conocimiento más profundo y objetivo** de cada uno de los miembros de la pareja en su contexto relacional, puede ser un predictor a considerar en cuanto a la fidelidad (Tena, 1997; Rage, 1996; Turnbull, 1990; Alberoni, 1984; Fromm, 1976). Autores como Whipple y Whittle (1976) afirman que este conocimiento mutuo, profundo, realista y objetivo sólo puede lograrse superando la etapa del enamoramiento; según ellos, la fase del enamoramiento no es sino una estrategia de la naturaleza que sienta las bases para la

propagación. Se supone, entonces, que la naturaleza permite que el interés de conservación de la especie sea a costa de la felicidad del individuo, y hacer que el individuo crea que está siguiendo sus propias convicciones en su elección amorosa. Siguiendo este orden de ideas, para Álvarez Gayou (1984), una de las primeras fuentes de conflicto en la relación de pareja se debe fundamentalmente al desconocimiento que tiene el uno del otro puesto que el individuo se encuentra en pleno estado de enamoramiento sólo cuando se pueden ver las cualidades de la otra persona, incluso potenciales defectos pueden ser vistos como cualidades; de esta forma, muchas parejas inician una convivencia más formal sin contar con un conocimiento más profundo y objetivo del compañero, sin que esta persona sepa a su vez cómo somos. De tal forma, la consecuencia es que cuando el enamoramiento decae aunado a la convivencia, surge la verdadera personalidad de cada uno de los miembros de la pareja con sus verdaderas cualidades y defectos y, con ello, los conflictos.

Como se puede observar con cierta claridad, los conceptos de estabilidad y fidelidad se encuentran estrechamente relacionados, puesto que muchos de los elementos de los cuales se componen cada uno de ellos se hayan involucrados, y más aún, son elementos compartidos. De tal suerte que la estabilidad y la fidelidad se consideran elementos importantes que pueden influirse mutuamente durante las relaciones de pareja satisfactorias.

### **3.3 HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO, ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA**

#### **3.3.1 ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE UN PRODUCTO TECNOLÓGICO (MONOGRAFÍA DE MILTON H. ERICKSON)**

Se elaboró una **monografía** sobre el **trabajo de Milton H. Erickson**, conjuntamente con cuatro compañeros de la Maestría: Betzabé Figueroa Fuentes, Julieta González Vázquez, Miguel Ángel Ruiz González y Virginia Morales Noguez. La monografía fue elaborada como **apoyo a los programas de formación de terapeutas**. La monografía tiene como finalidad proporcionar un marco teórico-conceptual, a través de un recorrido por su obra, iniciando por sus antecedentes: al revisar su biografía, las generalidades sobre su obra, supuestos ericksonianos y características del terapeuta; continúa con el *método naturalista*, en el que se contempla la definición, las premisas básicas y las aportaciones clínicas y terapéuticas de Milton H. Erickson. En el *método de hipnosis* se expusieron los elementos de las inducciones del trance, algunas de sus técnicas, sus aportaciones clínicas y terapéuticas y *el método de utilización*.

#### **ANTECEDENTES**

La finalidad del presente apartado no es tan sólo proporcionar una breve biografía de Milton H. Erickson, sino brindar un marco bajo el cual el lector pueda entender su obra y sus principales aportaciones, tanto en el área clínica como en los contextos terapéuticos; y pese a que existe una gran variedad de datos biográficos y anecdóticos que enriquecen la historia de este singular personaje, aquí sólo nos limitaremos a referir aquellos eventos de evidente relevancia para su obra.

**Milton H. Erickson** nace el 5 de Diciembre de 1901 en el poblado de Aurum, Nevada, en el seno de una comunidad agrícola del medio oeste estadounidense. Fue el tercero de nueve hijos (siete mujeres y dos varones). Para 1905 su familia se trasladó a una pequeña granja en Wisconsin, donde tres años más tarde asiste a la escuela elemental en Lowell (Milton Erickson y la hipnosis ericksoniana, Internet). En 1919 termina sus estudios de bachillerato superior en Wishfield. Un año antes sufre su primer ataque de poliomielitis, cuando contaba con 17 años de edad y, como consecuencia de dicha enfermedad, los

movimientos de su pierna y brazo derecho se vieron afectados. Estuvo en coma durante quince días. Comenzó su rehabilitación, y al final del verano de ese mismo año, fue capaz de moverse por sí solo. Ingresó después a la Escuela de Medicina de la Universidad de Wisconsin. Para 1923 y el siguiente año, Erickson asistió a sus primeros seminarios formales sobre el tema de hipnosis. Un año más tarde contrae nupcias por primera vez. Procreó 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 como psiquiatra en el Hospital de Psiquiatría de Colorado, para más tarde ingresar en el Hospital Estatal de Rhode Island (Haley, 1999).

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, cargo que ocupa hasta 1939 y el 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, 1999; Biografía de Milton H. Erickson, Internet). En 1934 se casó por segunda ocasión y procreó cinco hijos más: Betty Alice, Allan, Robert, Roxanne y Kristina. En la misma época es nombrado editor asociado de la revista "Enfermedades del Sistema Nervioso", cargo que desempeña hasta 1955. En 1940 Erickson es consultado por la antropóloga Margaret Mead, para analizar películas del trance espontáneo en los bailarines balineses. También colabora con dicha autora en investigaciones gubernamentales durante la Segunda Guerra Mundial, relacionado 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 anécdotas en distintas publicaciones bajo el seudónimo de "Eric the Badger "(El Tejón Eric)". Muchas veces publicó artículos para clarificar la opinión pública en materia de hipnosis (Milton Erickson y la hipnosis ericksoniana, Internet).

En 1948 Erickson se mudó a Phoenix, Arizona, para iniciar práctica terapéutica privada; aunque otra razón motivó su cambio: un año antes se le administra una vacuna antitetánica que le ocasionó diversos shocks anafilácticos que agravaron su situación e incrementaron su sensibilidad al polen, y por prescripción médica se trasladó a otro clima

(Haley, 1994; Milton Erickson y la hipnosis ericksoniana, Internet). A pesar de ello y, principalmente por motivos de salud, en ese mismo año acepta el puesto de Director Clínico en el Hospital, en la ciudad de Phoenix.

En los comienzos de la década de 1950, Erickson toma parte en los seminarios de hipnosis con Leslie Le Cron y otros, en Los Ángeles. También entra en contacto con Aldous Huxley, con quien realizó investigaciones en torno a los estados de conciencia (Hughes, Internet; Biografía de Milton H. Erickson, Internet; hipnosis ericksoniana, Internet). Más tarde trabajó con el Dr. Linn Cooper, quien se interesaba por el tema de distorsión del tiempo y juntos diseñan experimentos para estudiar el fenómeno. El resultado de dichas investigaciones es la publicación conjunta en 1954 del libro "La Distorsión del Tiempo en la Hipnosis". Una segunda edición fue pública en 1959 e incluye trabajos de Erickson y su mujer sobre "la expansión del tiempo" y "la condensación del tiempo". En 1952 sufre un segundo ataque de poliomielitis; a partir de ese momento su deterioro físico aumentó por efecto de las torsiones y presiones anormales a las que sometió su columna dorsal, en un intento de mantener el cuerpo en una postura lo más normal posible.

Durante mucho tiempo Erickson desarrolló un peculiar enfoque terapéutico. En 1953 establece un vínculo con quienes habían de ser los principales introductores de su obra en el ámbito de la terapia familiar sistémica. *Jay Haley*, colaborador de *Gregory Bateson* en el programa de investigación sobre la comunicación paradójica, asiste a un seminario que dictó Erickson sobre la hipnosis. A partir de ese momento *Haley* y otros estudian varios aspectos de la terapia e hipnosis ericksoniana, interesados en su aplicación a la Terapia Familiar. En 1957 Erickson, con varios colegas -E. Aston, S. Hershman, W. Kroger, I. Sector, entre otros- funda la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica, de la cual fue primer presidente (1957-1959). En 1959 inicia el *American Journal of Clinical Hipnosis*, ocupando el puesto de editor durante la primera década (1958-1968); fue el momento de más ocupación de su vida. Cuidando de una familia de ocho hijos, de fama en constante expansión como editor, consultor y profesor. Su trabajo era extremadamente variado; la 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 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 continuó dando seminarios y escribiendo numerosos artículos. El fruto de siete años de trabajo intenso se encuentra relatado en el texto de Jay Haley, "Técnicas avanzadas de hipnosis y terapia" (1967). Durante la década de 1970, Erickson enseñó a muchos profesionales, en su casa y en pequeños grupos de seminarios. En 1973 Jay Haley publica el libro "Terapia no convencional". Otros autores como Bandler y Grinder (1975) aplican el enfoque de "modelado", publicando dos libros sobre 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, a causa de una infección aguda. Desde entonces Rossi y Haley han escrito muchos libros sobre él y sobre su trabajo (Milton Erickson y la hipnosis ericksoniana, Internet; Hughes, Internet; Biografía de Milton. H. Erickson, Internet; hipnosis ericksoniana, Internet).

La obra y las aportaciones de Erickson son por demás bastas en diversas áreas de la clínica y la terapéutica. Ejemplo de lo anterior es su enorme influencia en el desarrollo de la Terapia Estratégica como derivación de las técnicas hipnóticas de éste. Además, 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 el reconocimiento del más grande especialista en dicho campo. También sus aportaciones en el ámbito de la comunicación fueron importantes, al aplicar ciertos aspectos de sus técnicas de hipnosis a otras formas de comunicación. De hecho, se sabe del trance hipnótico, que es un tipo especial de comunicación entre dos personas.

## **GENERALIDADES SOBRE SU OBRA**

En reiteradas ocasiones se ha mencionado la singularidad de la obra de Milton H. Erickson y sus dotes en el manejo de la hipnosis. Sus aportaciones van 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 del método y abordaje táctico del paciente.*

En este apartado intentaremos brindar un marco de los aspectos más importantes y sobresalientes de su trabajo, para posteriormente abordar algunos de ellos con más detalle en apartados posteriores.

Se dice con frecuencia, que de forma paralela al desarrollo de las técnicas de hipnosis que le dieron fama a Erickson como una autoridad mundial, gran parte de sus esfuerzos estaban destinados a descubrir, emplear y enseñar principios de psicoterapia eficaz (O'Hanlon, 1993). De tal forma que, si bien es cierto que **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** en relación al **ser humano**, concepción que permeó toda su obra. Éste 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 encuentran latentes al momento de enfrentar dificultades y problemas (Haley, 1999). De ahí se desprendió la convicción de Erickson de que cada persona es diferente y enfrenta sus dificultades de forma distinta de acuerdo con su experiencia personal. Vio a los seres humanos como capaces por naturaleza de conservar y sostener su salud si se les permite hacerlo (O'Hanlon, 1993); idea que influyó profundamente en los contextos terapéuticos, ya que consideró que el trabajo del terapeuta consistía en contribuir a la formación de un contexto que permitiera a cada paciente alcanzar las capacidades y recursos naturales que no habían sido usados para enfrentar con éxito sus adversidades; es decir, que las capacidades naturales emergieran; a lo cual 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. A esta versatilidad Erickson la denominó **responsividad**. Como parte de esta versatilidad de respuesta, con que cada persona cuenta, él sabía que también había una serie de exigencias, conductas, creencias y características rígidas que formaban parte de la experiencia de cada individuo. No obstante, y 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, 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 elementos

contrarios del cambio; por lo cual, para Erickson, cualquier persona era susceptible de cambiar 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.

Otro aspecto distintivo era el hecho de que **Erickson era directivo y utilizaba técnicas y sugerencias indirectas**. Era directivo en el abordaje de los problemas, en el bloqueo de antiguas pautas que mantenían el síntoma y muy indirecto en lo concerniente a la manera en que las personas vivirían sus vidas una vez suprimido el problema, e incluso con lo que tenía que ver específicamente con la resolución del problema. No pretendía decirles a las personas cómo tenían que vivir o deberían manejar su vida en general, porque pensaba que eso era erróneo. Se centraba en asignar tareas o formular sugerencias que se limitaban a aflojar la rigidez de la persona en la medida de lo posible, como para que ella descubriera otros modos de pensar y comportarse y poder eliminar el problema. Sus sugerencias e instrucciones permitían al paciente encontrar sus propios significados y modos de resolver sus problemas.

Algunas posturas como la analítica y la psicodinámica en la que había una fuerte tendencia a ubicar la etiología de los problemas humanos en el pasado, se contraponían al pensamiento ericksoniano. **La postura del pensamiento ericksoniano insistía en orientar los esfuerzos de los pacientes en el presente y hacia el futuro**: las personas no sólo intentan modificar algún aspecto insatisfactorio en el presente, sino que además desean mejorar su futuro; lo cual lo llevó a concentrar los esfuerzos terapéuticos hacia las soluciones más que hacia los problemas (O'Hanlon, 1993).

## **SUPUESTOS ERICKSONIANOS**

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

Con frecuencia **Erickson** señalaba que **no era necesario que el terapeuta conociera las causas del comportamiento sintomático** que cada paciente, pareja o familia presenta **para poder modificar la conducta**. De hecho, no era nada extraño que él pudiera intervenir exitosamente sobre el comportamiento problemático con sólo contar con cierta información básica, pero sin profundizar en absoluto sobre las causas que dieron origen a dicho comportamiento. En concordancia con esta idea, autores como: O'Hanlon y Wilk, 1987, Watzlawick, 1984 y Keeney, 1983 (citados en: O'Hanlon, 1993), han sugerido que es prácticamente imposible conocer con certeza las causas precisas del origen de cierto problema y que, por tanto, puede resultar infructuoso hacer una investigación exhaustiva sobre dicho acontecimiento.

O'Hanlon, (1993) menciona que es posible que la divergencia más radical del trabajo de Erickson, respecto de otras terapias, reside en el hecho de que cuestionaba la necesidad de que hubiera una comprensión o toma de conciencia, para que se produjera el cambio. "Muchos psicoterapeutas consideraban que la terapia dependía de que se hiciera consciente lo inconsciente. Cuando se piensa en el papel que el inconsciente desempeña en la vida experimental total de una persona, desde la infancia en adelante, esté despierta o dormida (se ve que poco), cabe esperar que pueda hacer algo más que volver consciente algunas pequeñas partes de él. Además, el inconsciente como tal no es transformado en consciente, constituye una parte central del funcionamiento psicológico del individuo".

**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 presuposiciones acerca del individuo y su entorno; que a la postre resultan un lastre para el terapeuta, ya que inevitablemente limitan la visión que pudiera tener sobre una situación específica. Por tal razón, Erickson evitó sistemáticamente apoyarse en cualquier teoría en particular, y si bien es cierto que su trabajo estaba guiado por ciertos conceptos generales, éstos carecían de la sistematización teórica; no aportó una teoría, procuraba hacer su abordaje único para cada caso que trataba (O'Hanlon, 1993).

A Erickson le preocupaba que sus concepciones fueran codificadas o deificadas, porque pensaba que al actuar de ese modo no darían respuesta a la variabilidad y a las necesidades individuales de sus clientes; se limitarían a imitarlo mecánicamente, sin aplicar ni desarrollar sus propias técnicas y conceptualizaciones, por lo que aconsejaba que no trataran de imitarlo, sino descubrir nuestro propio estilo; decía que fueran “personas naturales”.

Ya se ha dicho que **la característica más sobresaliente de la terapia ericksoniana es su carácter innovador**. Este marcado acento en lo novedoso provocó un choque frontal con creencias muy arraigadas en el ámbito terapéutico. Por ejemplo, la idea que se contraponen a aquella que afirma que la personalidad en el individuo es de carácter inmutable y que las experiencias del individuo en edades muy tempranas dejan su huella indeleble por el resto de su vida. El estilo de Erickson se basaba en la idea de que, por el contrario, 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 de contextos terapéuticos se desprendían a partir de la existencia de elementos 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, 1993).

Un aspecto más se refiere a la función de la sintomatología del problema en particular. Para Erickson, la idea de la funcionalidad del problema carecía de sentido, ya que para él se trataba de la forma en cómo los individuos pautan su comportamiento, como una forma habitual de respuesta. Es en este punto donde Erickson concentraba sus esfuerzos y no en los síntomas, ya que desde su punto de vista, no siempre constituyen manifestaciones de problemáticas más profundas o de eventos del pasado sin resolver (O’Hanlon, 1993).

## **CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA**

Ha quedado claro que no existen directrices generales ni específicas que puedan ensamblar un marco teórico ericksoniano, Por el contrario, se sabe que una de las recomendaciones que hacía el mismo Erickson era **tratar a cada caso como único**.

Respecto de los terapeutas, es posible resaltar algunos **aspectos deseables** en todo aquel que pretenda trabajar desde esta peculiar perspectiva.

Precisamente, partiendo de la idea de la singularidad de cada uno de los pacientes que asisten a terapia, se considera qué necesidades y objetivos pueden repetirse. Por tal motivo, una característica deseable en el terapeuta es la **flexibilidad**, que permite dar lugar a explicaciones, significados y motivaciones alternativos para la conducta y experiencia humanas. Erickson consideraba que si lo que se estaba haciendo en el trabajo terapéutico no suscitaba la respuesta deseada, se debería hacer otra cosa; no sentirse atado por ninguna teoría al realizar dichos cambios; lo que debería guiar es un sentido de curiosidad, flexibilidad, combinado con un agudo sentido de observación. Tan importante era este aspecto para él, 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, 1993).

Erickson también puso atención a la capacidad de **observación** con la que debían contar los terapeutas. Sin duda se trata de un elemento básico dentro del estilo de Erickson. Éste partía 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. Con ese propósito, **Erickson enfatizó el uso de diversas modalidades sensoriales como medios de observación minuciosa del comportamiento del paciente**; con los cuales el terapeuta se torna capaz de percibir el momento en que el comportamiento deseado se produce. Con frecuencia, dichas sutilezas se reflejan en aspectos aparentemente intrascendentes del comportamiento humano, tales 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 los individuos presentan (O'Hanlon, 1993).

Sería difícil comprender la obra de Erickson sin antes considerar los elementos, que en este apartado se han abordado de manera general, puesto que constituyen los fundamentos bajo los cuales se desarrollan muchos de sus conceptos. Además, si bien es cierto que tales conceptos son de gran relevancia, también lo es el hecho de que de ninguna manera agotan la totalidad de su trabajo, el cual, por el contrario, no podría ser considerado a fondo en tan pocas líneas. No obstante, la pretensión de este apartado es tan sólo servir de base para lograr introducir al lector a la obra de este notable impulsor de la psicoterapia.

## MÉTODO NATURALISTA

### Definición

Toda persona cuenta con los recursos necesarios en su interior y en sus sistemas sociales para superar dificultades, resolver problemas y experimentar fenómenos de trance (O'Hanlon, 1993).

### Premisas básicas

1. Todo está en el interior de la persona: si los pacientes tienen problemas es porque no saben cómo emplear todas sus capacidades (Rossi, 1980, en: O'Hanlon, 2001). Los síntomas y las patologías son bloqueos para mantener la buena salud, que permiten explorar, acceder y tomar en cuenta los recursos a los que aún no ha accedido el paciente para el cambio. Las personas no tienen que añadir nada del exterior.

2. Rechazó la idea de que las personas fueran fundamentalmente imperfectas o que les hiciera falta arreglo. La psicoterapia no es 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, 1993). **No se tiene que añadir nada del exterior porque todas las respuestas están en el interior.** Erickson consideró que la tarea del terapeuta consiste en crear un contexto, que le permita a los clientes acceder a capacidades y recursos que ya posee, pero que no ha 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, en: O'Hanlon, 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 está en el enfoque de la comunicación mente-cuerpo de Rossi, que actualmente es conocido como psiconeuroinmunología (Zeig y Geary, 2000, en: Pacheco, 2001).

## **Aportaciones terapéuticas**

Erickson concibe la terapia como un proceso natural, totalmente exento de rituales, semejante a la hipnosis, en la cual, a través de la conversación, se puede entrar en trance, y donde el cliente no tiene por qué ser consciente de que la inducción se estaba produciendo.

Para Steve de Shazer (1991, citado en: Pacheco, 2000); **la terapia ericksoniana** es uno de los **fundamentos de la terapia breve**; un refinamiento de las técnicas y un desarrollo de los principios ericksonianos para la resolución de problemas clínicos. En especial, la terapia orientada a las soluciones; retoma la idea de despatologización, enfocándose en la utilización de los recursos de los clientes y no en sus déficit y centrándose en la visión a futuro. Erickson, a través de la técnica de “pseudorientación en el tiempo”, usa la hipnosis, en la que ayudaba a las personas a crear una sensación de distorsión temporal, de forma que podían ir con facilidad hacia delante y atrás en el tiempo. Una vez que dominaba la distinción temporal, les pedía que alucinaran un encuentro con el problema en ese futuro imaginario en el que había llevado a la resolución de la dificultad (“bola de cristal”) (O’Hanlon, 1997). Este procedimiento está en la propuesta de Shazer y su equipo, a lo que han llamado “la pregunta del milagro”, la cual induce al paciente a una creación activa de comportamientos que resuelven el problema.

## **HIPNOSIS ERICKSONIANA**

La hipnosis ericksoniana participa de la orientación naturalista. Más que inducir desde afuera un estado alterado de conciencia, se trata de facilitar o aprovechar el trance que aparece en forma natural en diferentes momentos. Su objetivo es que la atención del cliente 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, 1990).

En el siguiente apartado se hace mención de algunos de los aspectos esenciales que dan cuenta de por qué la hipnosis fue considerada como una de las principales herramientas que utilizó en su trabajo clínico. En primera instancia, se brindan dos definiciones de hipnosis, así como sus tipos. En segundo término, se habla de las siete fases que sistematizaron su trabajo. En tercer lugar, se revisan los elementos así como algunas de

las técnicas de inducción de trance. Y por último, se hace referencia a las aportaciones que la hipnosis ericksoniana brindó a la clínica y a la terapia.

### **Definiciones de hipnosis**

Erickson (1959, en: Procter, 2001), definió la hipnosis como la división de los procesos mentales en procesos conscientes e inconscientes. Según Robles (1991), 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 exterior. Asimismo, se pueden distinguir **dos tipos de hipnosis**: *la hipnosis formal*, en la que se siguen ciertos procedimientos para la inducción de trance y se utilizan los fenómenos hipnóticos clásicos o estrategias para alterar la pauta del problema presentado; y *la hipnosis no formal*, en que se busca la disposición del paciente para recibir metáforas y anécdotas terapéuticas.

### **Premisas o conceptos básicos**

#### **Fases de la terapia ericksoniana**

Según Erickson (en: O'Hanlon, 1993), todo proceso terapéutico sigue una serie de etapas, desde el inicio hasta su término. En el presente apartado se hace referencia a cada una de las **siete fases** en que dicha terapia se basa:

1) Es necesario que el hipnoterapeuta desarrolle un sentimiento de confianza y comprensión en el paciente, a fin de ganarse su cooperación. A esto se le conoce como logro de **rapport/compromiso**.

2) Se lleva a cabo la **reunión de información**, que es un proceso de evaluación a lo largo de toda la terapia, con la finalidad de descubrir las pautas y los estilos de responsividad de los pacientes.

3) **Se eluden o interfieren las limitaciones y creencias autoimpuestas**, lo cual parte del supuesto de que los pacientes tienen problemas porque actúan y piensan siguiendo pautas rígidas. 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 este propósito se pueden emplear diversas herramientas, *como la confusión, el*

*reencuadre, la hipnosis, el método de shock y la sorpresa*; todas ellas encaminadas a eludir las creencias limitantes conscientes.

4) **La evocación de aptitudes o motivaciones**, cuya finalidad es lograr que las personas tengan acceso o desarrollen las aptitudes o la motivación que necesitan para resolver sus problemas.

5) **Construcción de aptitudes**, que en congruencia con el enfoque naturalista, enfatiza en el hecho de que los pacientes poseen 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.

6) **Vinculación de las aptitudes y las habilidades con el contexto problemático**. 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 problemático es la *sugestión posthipnótica*, 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.

7) **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 qué abordar todos los problemas potenciales percibidos en la terapia, ya que se trata de un enfoque limitado y centrado en un problema.

### ***Elementos de las inducciones de trance***

Según O'Hanlon (1993), el enfoque ericksoniano de la inducción puede diferenciarse de los enfoques tradicionales "autoritarios" o más directivos, por el empleo de un lenguaje permisivo. En los enfoques autoritarios se intenta apuntalar el efecto de la hipnosis, logrando que el sujeto cumpla directivas o sugerencias específicas; en tanto que un

enfoque permisivo no requiere 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. 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.

Dicho enfoque no se basa en la sugestión, sino en la evocación hipnótica. En concordancia con la orientación naturalista, se da por sentado que los sujetos y pacientes tienen en su historia y experiencia personales las aptitudes necesarias para desarrollar 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.

A continuación se ofrece una revisión de cuatro de los principales **elementos para evocar 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**, resalta el hecho de que la conducta del hipnoterapeuta esté a la par con la conducta del sujeto. Esto lo puede lograr 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; a lo cual llaman Bandler y Grinder (1975, citados en: O' Hanlon, 1993) "reflejo cruzado".

d) **La copia verbal** 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 la cual el hipnoterapeuta describe la conducta que el paciente despliega. En general, tiene el efecto de concentrar al sujeto en ciertos aspectos de su experiencia, llevándolo a un nivel más interno de ésta, lo cual puede inducir el trance.

### **Algunas técnicas para la inducción de trance**

Erickson (en: O'Hanlon, 1993), 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 inducía el trance:

1) **Confusión.** Consiste en la emisión de verbalizaciones tan complejas que al sujeto le resulta difícil seguirlas; su finalidad es eludir las creencias limitadoras que obstaculizan el desarrollo del trance.

2) **Separación.** La distinción o división de dos cosas o conceptos. En la hipnosis el principal tipo de separación empleado es el 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. Consiste en preguntar al paciente por lo menos dos opciones, que conducen por igual al resultado deseado.

b) Aposición de opuesto. Trata del empleo de dos conceptos o experiencias diametralmente distintos, en el mismo contexto u oración.

- c) Oxímoron. Aborda el empleo de dos conceptos o experiencias opuestos que se incluyen en una sola frase (como “frío ardiente”).
- d) Disociación. Se refiere a la separación de estados psicológicos (como “consciente” o “inconsciente”) y a la diferenciación de las emociones del pensamiento o la conducta del sentimiento.
- e) El siguiente ejemplo ilustra la técnica de separación en el tiempo: “Una familia de padre, madre e hija discutía continuamente. Erickson dispuso que lo hiciera en su consultorio. Cada uno dispondría de 20 minutos para hablar. Siguiendo el principio de la edad antes que la belleza, y las damas primero, empezó la madre, siguió la hija, y cerró la marcha el padre”.
- f) El siguiente ejemplo ilustra la técnica de separación de roles: “A una madre a la que le resultaba difícil permitir que su hijo menor se fuera del hogar, Erickson le dijo que ella estaba realizando la transición entre la buena madre del pasado y la abuela potencial del futuro”.
- g) Separación corporal/vocal e intercalación. Consiste en la utilización de diferentes posiciones corporales y tonos de voz para distinguir mensajes distintos. Es un método para hacer llegar sugerencias intercaladas en el curso de la terapia.
- h) Rechazar una o la peor alternativa. Consiste en ofrecerle al paciente dos alternativas encaminadas a la solución de un problema, pero una resulta peor que la otra.

3) **Vinculación.** Trata de reunir dos o más elementos entre los que antes no había una relación. Existe *la vinculación verbal*, en donde se emplean algunas palabras para asociar ciertas 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: a) transformación del síntoma, b) construcción de asociaciones nuevas, c) sugerencias condicionadas y sugerencias 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.** Es el 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 sugerencias 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 contribuyó a conseguir que la hipnosis fuera modernizada y reconocida como instrumento legítimo para la práctica médica, odontológica y psicológica (O’Hanlon, 2001). El trabajo en hospitales psiquiátricos le permitió explorar la hipnosis, tanto experimental como clínicamente. Erickson, en 1954, mostró cómo podían utilizarse las compulsiones neuróticas del paciente para la resolución de la sintomatología neurótica a través de la “hipnoterapia con trance”.

### **Aportaciones terapéuticas**

Haley (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 “inconsciente”.

## **MÉTODO DE UTILIZACIÓN**

### **Definición**

Erickson (1980, en: Watzlawick y Nardone, 2000), define el **método de 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. El comportamiento del paciente forma parte del problema que lleva a la terapia. Constituye el ambiente personal en el que la terapia debe actuar, y puede constituir la fuerza dominante en la relación 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 existente frente al 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”.

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 derriba su resistencia, su conducta opuesta o contradictoria respecto de la hipnosis.

## **Principios básicos**

En lo referente al proceso del trabajo terapéutico y al empleo del método de utilización, se consideran los principios que la utilización delimita en Zeig (1992 citado en: Watzlawick y Nardone, 2000), y entre los cuales podemos encontrar cuatro, que a continuación se describen :

Principio 1. La inducción del terapeuta va en primer lugar. El primer paso en la terapia, en un planteamiento ericksoniano, no consiste en inducir la hipnosis en el paciente, sino en “inducir” al terapeuta a “utilizar”. El terapeuta empieza la terapia asumiendo una mentalidad de utilización, detectando dentro de sí la prontitud para responder constructivamente a las respuestas del paciente.

Principio 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 combustible para avanzar hacia un nuevo espacio. Los valores, la situación, las resistencias y el síntoma del paciente pueden ser utilizados. También es cierto que el mecanismo a través del cual se mantiene el síntoma puede ser utilizado. Es evidente que a pesar de que pueda parecer que los síntomas se verifican de modo automático, en realidad el paciente hace algo para mantener el síntoma.

Principio 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.

Principio 4. Cualquiera que sea la respuesta obtenida hay que desarrollarla. Una vez que el paciente responde, la tarea del terapeuta consiste en ampliar y aprovechar constructivamente la respuesta (Zeig, 1987, en: Watzlawick y Nardone, 2000).

Como parte integral al 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 consideran tres concepciones principales para intervenir en las pautas: 1) la utilización de las pautas corrientes al servicio del cambio; 2) la alteración o la obstrucción de tales pautas corrientes y 3) el establecimiento de pautas nuevas.

### **Aportaciones terapéuticas**

De acuerdo con el desarrollo del método de utilización, se encuentran las aportaciones realizadas a la práctica clínica, de las cuales podemos identificar la existencia seis técnicas:

a) **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, en donde 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 era distinta; tu cabeza no estaba ya en la misma posición que antes”. El método de utilización de la ratificación tiene un significado implícito que se puede aclarar de dos maneras: “Estás respondiendo” o “Estás mostrando cambios deseables”.

b) **Atribución**; que es una forma indirecta de utilización ligada a la ratificación. En ésta 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 que tu mente inconsciente tiene de decir sí. Aquí se atribuye un significado implícito al comportamiento mostrado por el paciente, en este caso: “Tu mente inconsciente está cooperando conmigo”.

c) **Prescripción del síntoma**. El terapeuta anima el comportamiento sintomático y lo dirige imperceptiblemente hacia una dirección deseada.

d) **Incorporación**. Ésta es una variante de la técnica de la utilización, semejante a la ratificación y a la atribución, en la cual 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.

e) **Redefinición hipnótica.** En 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.

f) **Inyucción 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: Watzlawick y Nardone, 2000).

**El método de utilización** propone diversas técnicas, 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 ello existen cinco métodos:*

a) Transformación del problema en proceso. Se ve al problema como proceso secuencial; a menudo los caminos para la intervención resultan evidentes al instante. Una meta de la terapia sería 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.

b) División de la solución en partes accesibles. 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.

c) Confección sugestiva; en la que una vez definido el objetivo, el paso siguiente es encontrar una forma de presentarlo al paciente, 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. Un modo de empaquetar una idea consiste en presentar los elementos de las soluciones 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.

d) Personalización; en la cual se toma en cuenta que es importante el hecho de individualizar la terapia, dirigiéndose al estilo único de cada paciente. Erickson subrayó este punto afirmando que “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 orgulloso?”; por ende, individualiza el planteamiento en concordancia con la respuesta y, de esta forma, se personaliza la terapia en función de los valores del paciente y de su visión del mundo (Fisch y otros, 1982, en: Watzlawick y Nardone, 2000).

e) Construcción de un proceso dinámico o elaboración; en la cual, una vez precisada una estrategia para personalizar la técnica, el terapeuta debe crear un método para presentar la oferta en el tiempo, 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 precisas de la psicoterapia, dirigidas a estimular y utilizar de forma óptima los dinamismos internos y sociales del paciente. El terapeuta empieza solicitando la motivación del paciente, que es “transformada” en disposición a responder sobre todo a estímulos imperceptibles (Zeig, 1992, en: Watzlawick y Nardone, 2000).

## Intervención en la pauta dentro de la terapia

La **terapia de Erickson** presenta **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 enjuiciar 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 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 descubría 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: “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 enseñada. Erickson señaló que a 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, en: O’Hanlon, 1993).

- **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 guardar un gran respeto por los síntomas y por las aptitudes que los pacientes 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 él en algunos casos alentó deliberadamente esa sustitución como medio para crear un problema de solución más fácil o que obstaculizara 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 se 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.

Asimismo, 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 difíciles de tratar mediante psicoterapia. Era igualmente 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 que su conducta, vocabulario e ideas copiaran la conducta, la experiencia y la comprensión del paciente, o que formaran pareja con ellas. Esa copia significaba reflejar 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 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 su marco referencial, 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 éste 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.

De acuerdo con Rossi (1980, en: O'Hanlon, 1993), algunas de **las modalidades de la intervención en la pauta**, que habitualmente utilizaba Erickson para la modificación de las pautas existentes, son las siguientes:

- 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 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 cinco veces por minuto y una reducción de 10 veces por minuto, hasta que el movimiento quedó eliminado.
- Cambiar la duración del síntoma o de la pauta. 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 del mar. Desde luego, como

consecuencia de esto perdía menos tiempo de trabajo y les parecía más “normal” a los otros.

- 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 en 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, 1993).

- 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 les dedicaba el mismo tiempo. Le indicó que también se succionara el pulgar derecho y, finalmente, cada uno de sus otros dedos. Erickson notó 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, en: O’Hanlon, 1993).

- 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, 1993).

- 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, 1993).

- Cambiar la secuencia (el orden) de los acontecimientos que rodean al síntoma; un ejemplo es cuando una pareja le solicitó a Erickson 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, 1993).

- 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 al 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, 1993).

- 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 éste 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, 1993).

- 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, 1993).

- 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 pendeñara 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, 1993).

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, a 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, 1993).

Otra concepción principal que utilizaba Erickson para **intervenir en las pautas era el establecimiento de pautas nuevas**. A continuación se detallarán algunas técnicas típicas que ayudaban a establecer pautas nuevas:

a) 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?”.

b) Técnica de tendencia invertida. Radica en hacer que los sujetos o paciente nieguen con la cabeza cuando la respuesta es “sí”. 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. Ésta 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 las metas de Erickson en la terapia. Ello podía verse como un mensaje indirecto o paralelo a la persona respecto del 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 por qué determinar su conducta en esta área ni en el área del síntoma.

c) Técnica de “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 él quería.

### **Aportaciones de Erickson a algunos de los 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, su sistema de valores, su 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 la “utilización”, empleando en el proceso terapéutico la postura de 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 del cliente, siendo uno de los principales objetivos del tratamiento ayudar a las familias a superar las crisis que enfrentan en su devenir vital.

### **3.3.2 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA (TALLER “MISIÓN POSIBLE”)**

En el cuarto semestre de la Residencia se impartió el “**Taller Misión Posible**”, propuesto por Ben Furman, el cual tuvo como base teórica el “**Modelo Centrado en Soluciones**”. Como una actividad de apoyo a la comunidad universitaria de primer semestre de la Residencia en Terapia Familiar de la Facultad de Psicología (3ª generación), éste se impartió en colaboración con dos compañeras de la Maestría: Betzabé Figueroa Fuentes y Virginia Morales Noguez. El taller contempla objetivo general y objetivos planteados por los integrantes del taller, la metodología, los resultados, la discusión y las conclusiones.

**Objetivo general:** Lograr una integración grupal entre los participantes, a partir de la identificación y desarrollo de sus habilidades, recursos y redes de apoyo, que les permitan solucionar de manera eficaz las dificultades que se les pudieran presentar 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 encontraron:

1. Desarrollar la habilidad de expresar mejor las ideas, proyectando una imagen de seguridad y dominio en diferentes escenarios.
2. Desarrollar mayores habilidades para integrar información y expresarla de manera verbal.
3. Desarrollar hábitos de organización y de estudio.
4. Mejorar formas de estudio, así como habilidades de lectura y exposición.
5. Incrementar el nivel de comprensión de textos en inglés, así como empezar a hablarlo de manera más constante en la vida diaria.
6. Adquirir un nivel más alto del castellano.
7. Dedicar tiempo para aprender francés.

8. 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:

1. 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:

1. Fortalecer vínculos de amistad con los compañeros de la Maestría.
2. Estar más integrada al grupo.
3. Aprender a manejar un automóvil.
4. Integración social (establecer relaciones íntimas con los otros, participar en un grupo de yoga y capoeira).
5. Iniciar un proceso terapéutico.
6. Practicar ejercicio (correr).
7. Asistir a clases de baile.
8. Llevar a cabo los arreglos y trámites pertinentes para vivir de manera independiente en un departamento.

#### **Población a la que se dirigió 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:**

Se conformó por tres entrenadoras pasantes de la Maestría con Residencia en Terapia Familiar, Betzabé Figueroa Fuentes y Virginia Morales Noguez, las cuales asumieron las funciones de orientar, dirigir y cuestionar, las alternativas y actividades a seguir en el 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 Posgrado, los días miércoles de 9:00 a.m. a 11:00 a.m., del 27 de agosto al 29 de octubre de 2003, con un total de 10 sesiones.

### **Materiales y recursos utilizados:**

- Manual “**Taller Misión Posible**” de Ben Furman. <http://www.inkri.de/s5.htm>
- Hojas blancas.
- Plumones para pizarrón.
- Bolígrafos.
- Plumones.
- Folders.
- Hojas de cuestionario para evaluación inicial y final.

### **PROCEDIMIENTO**

El taller se inició con la presentación de las entrenadoras, así como de cada uno de los participantes, por medio de la dinámica “telaraña”. Además se hizo una evaluación inicial en relación a las expectativas del taller y de la manera en que sabrían que las están alcanzando o cumpliendo.

Al mismo tiempo se les pidieron algunos datos generales: 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: con 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 deberían de llevar a cabo dieciséis tareas (escritas y 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 a alguna persona significativa para cada uno.

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 solicitó que identificaran y definieran un objetivo u objetivos de manera individual, que los acercara a un futuro positivo.

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

Quinta tarea “**el icono**”; 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; informándoles de sus tareas.

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

Décima tercera tarea “**la bitácora**”; consistió en que agregaran pequeños pasos y los signos de progreso respecto a su proyecto, además de comunicárselos a sus apoyadores.

Décima cuarta tarea “**la ceremonia**”; queda programada a futuro, dependiendo de la fecha estimada por cada uno de los participantes para alcanzar su objetivo. 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 llegaron a presentarse y a contemplar posibles soluciones ante cada 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 concluir las metas ya planteadas y fijarse algunas otras.

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

1. ¿Se cubrieron tus expectativas respecto del taller?
2. ¿Qué indicadores 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 con los resultados obtenidos a lo largo de las diez sesiones del taller, se pudo observar que los integrantes alcanzaron sus objetivos en tres categorías.

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

1. Un mejor desempeño académico (exposiciones en clase, integración de lo leído incrementando su curiosidad por saber más de la terapia familiar).
2. Mejoramiento en las formas de estudio.
3. Habilidad para integrar información.
4. Mejor expresión verbal.
5. Aumento de las participaciones en clase.
6. Mejoramiento en exposiciones.
7. Aceptación de la retroalimentación.
8. Actitud de participar y aceptar el trabajo con los demás.
9. Concretar una forma de organización y mantenerla.
10. Reducción de la ansiedad en clase.

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

1. Integración grupal.
2. Unión en el grupo.
3. Fortalecimiento del grupo.
4. Buena "vibra".
5. Comunicación grupal profunda.
6. Flujo de comunicación libre.

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

1. Mayor velocidad de lectura en inglés, usando menos el diccionario.
2. Mayor organización y tranquilidad.
3. Mejoramiento en la salud (disminución de cefaleas, menor estrés, disminución de insomnio).

4. Disposición de tiempos para distraerse.
5. Mayor sensación de satisfacción.
6. Mayor organización a nivel personal y académico.
7. Integración al grupo.
8. Interés por conocer el funcionamiento de su automóvil, saliendo con éste por algunas calles cercanas de forma más constante.
9. Aprendizaje con pequeños avances hacia las propias metas y autodisciplina.
10. Comunicarse de manera clara y sentirse más segura en cuanto a sus capacidades personales y académicas.
11. El darse cuenta de lo importante de expresarle a los demás abiertamente lo que siente.

## **DISCUSIÓN**

De acuerdo con los resultados obtenidos, cabe mencionar que se partió de objetivos definidos en términos claros y concretos: académicos, grupales y personales. De igual forma, se realizó un trabajo orientado al futuro, en el cual los participantes pudieron identificar las capacidades, recursos, habilidades y fortalezas para alcanzar las metas que se plantearon, según el principio de utilización y el énfasis en la “**salud mental**” del **Modelo Centrado en Soluciones**, en consideración al marco de referencia de los participantes. Estos elementos se encuentran planteados por el enfoque de Erickson, que considera que los individuos cuentan con estos recursos, habilidades, destrezas y herramientas 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 presentó el fenómeno que metafóricamente Erickson llama “**bola de nieve**” o “**efecto mariposa**”, en algunos de los participantes, el cual se identifica por cambios en las áreas académicas o grupales, lo que repercute en lo personal. Estos cambios se sitúan básicamente en el mejoramiento de la salud, en el uso del tiempo libre, en mayor organización y tranquilidad personales. De estos cambios se espera que, una vez obtenidos en ciertas áreas, se extiendan a otras.

Una vez que los participantes identificaron los objetivos personales en relación con el objetivo general del grupo, cada uno crea un plan de acción considerando las soluciones eficaces para lograr sus objetivos. El pasado fue tomado en cuenta para aquello que en su momento les ha funcionado o no; para así “hacer más de lo mismo” (todo aquello que funciona) en el aquí y en el ahora. Partiendo así de medios simples y directos (pasos de bebé), para empezar a obtener resultados y progresos significativos, reafirmando así lo planteado como “navaja de Occam”.

En el proceso descrito se hizo uso de técnicas tales como *tareas directas*, *connotación positiva*, *“elogio y preguntas presuposicionales*; las cuales permitieron encaminar a los participantes hacia respuestas que promovieran sus recursos y para alcanzar sus metas.

Otro aspecto se relaciona con las “recaídas”; ya que por un lado identificaron las formas en que podrían solucionar las dificultades que llegasen a presentarse en el futuro, presuponiendo que dispondrán de los recursos necesarios para enfrentar cualquier situación problemática y alcanzar sus metas.

## **CONCLUSIONES**

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 personales, grupales y académicas que se plantearon. 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 plantearse nuevas metas.

También se observó que al darse un cambio en el área académica o grupal, esto contribuyó para que se generalizara a otros ámbitos como el mejoramiento de la salud, el uso del tiempo libre, la mayor organización y la tranquilidad.

### 3.3.3 APOYO A LA DOCENCIA

- **Participación y apoyo a la docencia** con el tema “**Principales precursores y aportes de éstos a la terapia familiar, así como la Historia de la Terapia Familiar en México**”, dirigido a los alumnos de primer semestre de la Residencia en Terapia Familiar (2da. generación), los días 19, 26 de septiembre y 3 de noviembre de 2002, en la Facultad de Psicología. UNAM. Duración 9 hrs.
- **Coordinación y conducción del Taller “Misión Posible”**, dirigido a los alumnos de primer semestre de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología, UNAM. Del 27 de agosto al 29 de octubre del 2003.

### 3.3.4 ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS

Participación en los siguientes eventos:

#### **Primer semestre**

- Taller “**Escritura, Conversación y Reflexión**”. Impartido por Tomm Andersen, MD. Harlene Anderson, Ph. D. Peggy Penn, MSW. Organizado por Grupo Campos Elíseos, en la Cd. de México los días 25 y 26 de enero de 2002. Duración 14 hrs.  
Constancia.

#### **Segundo semestre**

- Taller-homenaje “**Salvador Minuchin: El Arte de la Terapia Familiar Durante 50 Años**”. Organizado por el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A .C, en el Colegio de Arquitectos de la Cd. de México, los días 21 y 22 de febrero de 2002. Constancia.

- Curso taller **“Niños, Terapeutas, Ritos, Cuentos y Metáforas...”**. Impartido por David Epston. Organizado por CEDIPSI, los días 11 y 12 de mayo de 2002, en la Cd. de México. Constanca.
- Asistencia al **VIII Congreso de Psicología Clínica: “Calidad de Vida y Salud Mental en el siglo XXI”**. Organizado por la Sociedad Mexicana de Psicología Clínica, A. C, en el Centro Nacional de Capacitación y Productividad del ISSSTE, en la Cd. de México. Del 28 de febrero al 3 de marzo de 2002. Constanca.

### **Tercer semestre**

- Taller **“Metodología Cualitativa”**. Impartido por Dr. Fernando González Rey. Organizado por la Coordinación de Psicología Clínica de la División de Estudios Profesionales de la Facultad de Psicología. UNAM. Los días 28, 30 y 31 de octubre de 2002. Constanca.
- Taller **“Metodología Cualitativa”**. Impartido por Dr. Fernando González Rey. Organizado por la Coordinación de Psicología Clínica de la División de Estudios Profesionales de la Facultad de Psicología. UNAM. Los días 15, 16 y 17 de enero de 2003. Constanca.

## **IV. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL**

### **4.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL**

El Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (1985) y el Código Ético del Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia(1997), plantean que como profesionales de la psicoterapia que prestamos servicios a la comunidad (práctica clínica), estamos obligados a mantener elevados principios éticos tales como:

- Toma de conciencia sobre los valores y actitudes que debe desarrollar todo terapeuta a nivel personal, profesional y social.
  
- Contar con una sólida formación en el manejo de los conocimientos de los aspectos teórico-conceptuales de los Modelos de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna: modelo estructural, modelo estratégico, terapia breve MRI, modelo orientado a las soluciones, modelo del equipo de Milán y modelos derivados del posmodernismo: terapia narrativas, enfoque colaborativo y la participación del equipo reflexivo (habilidades teórico-conceptuales), para la evaluación e intervención tomando en cuenta las demandas de los usuarios en los sistemas: familia, pareja e individuo (habilidades clínicas, detección, evaluación sistémica y tratamiento).
  
- Dominio de las técnicas clínicas y/o procedimientos más adecuados para una intervención terapéutica sistémica desde estos modelos, en la atención de los diversos tipos de problemas e identificar los tratamientos más adecuados para cada uno de los clientes (habilidades clínicas, detección, evaluación sistémica y tratamiento).
  
- Mantener una constante formación profesional y actualización respecto a los avances de la disciplina; con el fin de mejorar la práctica clínica, las condiciones del individuo y de la sociedad, con miras a lograr una mejor calidad de vida para todos.
  
- Actitud de respeto, tolerancia y flexibilidad hacia los diferentes enfoques teóricos revisados, compañeros e instancias institucionales.

- Mantener una actitud de respeto ante las diferencias individuales, culturales, de género, orientación sexual, condición socioeconómica, etnia, ideología, valores de los pacientes y usuarios. No incurrir en prácticas discriminatorias de ningún tipo.
  
- Ser sensible a las necesidades de la población y responder a éstas de manera profesional.
  
- Mantener una alta calidad en la prestación de los servicios de psicoterapia. Ajustar la remuneración de los servicios profesionales a los recursos económicos de quien lo solicita el servicio en el Centro de Servicios Psicológicos.
  
- Procurar el bienestar de los usuarios, respetando sus derechos como persona que busca ayuda.
  
- Informar a la familia con claridad los términos del contrato terapéutico en la práctica clínica (forma de trabajo, la presencia del equipo de terapeutas y la pausa para consultarlo; al mismo tiempo se comenta la frecuencia, horario, costo, la puntualidad y asistencia a las sesiones y el hecho de que cada sesión será grabada en video), cumplir responsablemente con los parámetros establecidos.
  
- Las videograbaciones sólo se utilizara con fines didácticos o científicos, de orientación o difusión, guardando el anonimato de los usuarios.
  
- Guardar secreto profesional de la información proporcionada por los clientes; no debe revelarse a otros, excepto en los casos: a) cuando le concierne al usuario y cuando es estrictamente necesario. b) con el consentimiento escrito del consultante o de su representante legal (en el caso de personas que no puedan dar su consentimiento informado), c) cuando se trate de menores de edad o de personas psicológicamente incapacitadas, d) y en los casos en los cuales no revelar la información conlleva un peligro evidente para el consultante, su familia o la sociedad, se le puede revelar información a los familiares u a otras personas interesadas,
  
- Garantizar la confidencialidad ante la información proporcionada por la familia, plasmada en documentos, informes escritos, descripción de casos clínicos, sesiones de

terapia, informes de tests, evaluaciones diagnósticas, etc.; en el caso de describir casos públicamente, se deben proteger a las personas con el anonimato para evitar que pueda llevar a la identificación de los participantes. Los materiales clínicos sólo podrán utilizarse con fines didácticos previo consentimiento de las personas involucradas, incluyendo únicamente los datos necesarios para propósitos de evaluación.

- Como terapeuta, velar por la propia salud física y psíquica, donde ésta sea la más adecuada para el ejercicio de la profesión, tener conocimiento del sistemas de creencia, valores, necesidades y de la forma en que se influye en la actividad profesional ( integridad), al mismo tiempo ser flexible a las sugerencias por parte del supervisor o colegas.
- Consultar con otros psicólogos o con otros profesionales, cuando sea necesario, a fin de lograr los objetivos de trabajo de la mejor manera.
- Reconocer las propias limitaciones profesionales, cuando se enfrenta a problemas o a cuestiones para los que no está entrenado, esta éticamente obligado a buscar información, supervisión o remitir el caso a otro colega.
- El trabajo con otros colegas -equipo terapéutico-, y en la actividad de supervisión narrada, permiten compartir líneas acerca de la dirección del caso, en un ambiente de colaboración y respeto mutuo.

## **V. CONSIDERACIONES FINALES**

### **5.1 HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS**

#### **Habilidades teórico conceptuales**

- Conceptualización de los aspectos teórico-epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna (teoría general de los sistemas, cibernética, teoría de la comunicación, constructivismo y construccionismo social).
- Conceptualización de los aspectos teórico-conceptuales de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna (modelo estructural, modelo estratégico, terapia breve MRI, modelo orientado a las soluciones, modelo del Grupo de Milán, modelos posmodernos, terapia narrativa y enfoque colaborativo).
- Identificación de los principios, técnicas, procedimientos e intervenciones de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna y su aplicación clínica, tomando en cuenta los contextos que intervienen.
- Análisis y discusión de la viabilidad de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.
- Conceptualización de los elementos teóricos de la entrevista clínica, de los modelos de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

#### **Habilidades clínicas, detección, evaluación sistémica y tratamiento**

- Capacidad de observación del proceso terapéutico, a través de los diferentes casos atendidos (familia, pareja e individuos).
- Formación del sistema terapéutico: interacción, colaboración y contacto con los pacientes atendidos.
- Definición, delimitación del problema (demanda y motivo de consulta).
- Aplicación de las fases de la entrevista inicial desde los diferentes modelos de Intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna (socialización, definición y delimitación del problema. Intentos de solución y objetivos terapéuticos).

- Evaluación e identificación de las necesidades, fuerzas, recursos, soluciones eficaces, creencias y redes sociales de los miembros de la familia.
- Definición de las expectativas y objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios.
- Diseño y elaboración de planes terapéuticos para cada caso clínico.
- Selección de las técnicas y/o procedimientos adecuados para una intervención desde los modelos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna
- Aplicación la metodología derivada de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, para evaluar y tratar las demandas de los usuarios en los sistemas: familiar, pareja e individual.
- Diseño, selección y aplicación de los diferentes métodos, procedimientos y técnicas de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, para incidir en la problemática presentada por los diversos sistemas: individual, conyugal y familiar.
- Evaluación de los resultados, término del tratamiento y su seguimiento.
- Identificación de los contextos o circunstancias que pueden intervenir en las diferentes problemáticas que presenta una persona, pareja o familia.
- Reflexión e identificación de las habilidades, capacidades y competencias que debe desarrollar un terapeuta desde cada uno de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.
- Integración y análisis de casos clínicos.
- Elaboración de reportes de tratamiento de los casos atendidos.

### **Habilidades de investigación y enseñanza**

- Realización del producto tecnológico (monografía) en torno al tema Terapia de Milton Erickson, como apoyo a los programas de formación de terapeutas.
- Identificación y reflexión de aquellas habilidades, capacidades y competencias que debe desarrollar un terapeuta, según la postura de Milton Erickson.
- Identificación de la especificidad de la terapia de Milton Erickson, su aplicación y aportaciones clínicas y terapéuticas

- Elaboración del proyecto de investigación de aquellas variables que consideran los universitarios determinantes de las parejas estables
- Identificación y conceptualización de los aspectos teóricos sobre el tema “Estabilidad y fidelidad en la pareja”.
- Diseño de un instrumento de evaluación sobre estabilidad y fidelidad en la pareja.
- Diseño y conducción del Taller “Misión Posible”, dirigido a los alumnos de la 3ra. Generación de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología, UNAM.
- Participación y apoyo a la docencia con el tema “Principales precursores y aportes de éstos a la terapia familiar, así como la Historia de la Terapia Familiar en México”, dirigido a los alumnos de primer semestre de la Residencia en Terapia Familiar (2da. generación), en la Facultad de Psicología. UNAM.

### **Habilidades hacia la prevención**

- Elaboración y conducción del programa “Misión Posible” (taller vivencial), para la comunidad de la Facultad de Psicología (alumnos de la 3ra. Generación de la Maestría en Terapia Familiar).
- Identificar procesos que ayudan a resolver o prevenir problemas personales, escolares, de pareja, familiares y de trabajo, entre otros.
- Aplicación del taller, en colaboración con el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila”, de la Facultad de Psicología de la UNAM.

### **Habilidades éticas y compromiso social**

- Actitud de respeto, tolerancia y flexibilidad hacia los diferentes enfoques teóricos, compañeros e instancias institucionales.
- Respeto, confidencialidad y compromiso hacia las demandas presentadas por los pacientes.
- Sensibilidad hacia las necesidades del paciente y responder con profesionalismo a partir de una continua actualización profesional.

- Toma de conciencia sobre los valores y actitudes que debe desarrollar todo terapeuta a nivel personal, profesional y social.

## 5.2 INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL

La preocupación nacional e internacional ante los problemas de salud mental, ha llevado a las instituciones a focalizar a la **institución familiar como un asunto de interés público**, lo que ha conducido, en la última década, a diversas reformas en el marco legal y a la elaboración de programas de desarrollo social en los que se resalta la necesidad de incluir la participación de profesionales especializados, en la atención de la familia en diferentes niveles de atención (prevención y/o intervención), altamente capacitado que hagan frente a la problemática demandada por la población, delimitar y detectar las variables asociadas a problemas psicológicos específicos y proponer alternativas de solución efectivas.

En México existen algunas clínicas y centros de salud públicos y privados, que emplean el enfoque sistémico en su práctica terapéutica, para dar respuesta y solución a las demandas psicológicas de la sociedad mexicana. Así mismo, existen instituciones educativas como la Universidad Nacional Autónoma de México, que cuenta con el Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, en la Facultad de Psicología y en la ENEP Iztacala.

El programa de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica de Facultad de Psicología cuenta con el Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Davila" como escenario, para que los terapeutas en formación adquieran la experiencia necesaria con la permanente guía de supervisores en vivo, al brindar servicio de psicoterapia a la comunidad universitaria (alumnos de la Facultad, trabajadores, administrativos, etc.) y a la población de la zona aledaña.

La participación como terapeuta familiar iba en aumento en cada semestre, debido a que ya se contaba con mayor experiencia, integración de nuevos modelos de intervención que enriquecía el trabajo clínico, siempre con acompañamiento y dirección del supervisor y del equipo terapéutico.

Contar con una formación teórica-práctica supervisada en vivo en el ámbito clínico desde los Modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna (terapia estructural, terapia estratégica, terapia breve: enfocado a los problemas y centrado en las soluciones, equipo de Milán y modelos derivados del posmodernismo, terapia narrativa y enfoque colaborativo), permitió la identificación, el diseño de estrategias de evaluación e intervención para los problemas y demandas de la población en el área de la Salud Mental, a través de establecer una relación de respeto y colaboración con los usuarios que solicitaban el servicio de terapia familiar en el Centro de Servicios Psicológicos.

Se brindó atención de psicoterapia en diferentes sistemas: individuo, pareja, familiar y a la comunidad durante el periodo 2002-2003. Se atendieron un total de 286 personas, de los cuales el 66% eran adultos, el 23% niños y el 11% adolescentes dando un total de 603 sesiones de psicoterapia, atendiendo en 96 diferentes tratamientos: 59 familias, 26 individuos y 15 parejas, en la que cada solicitante recibía en promedio ocho sesiones. Algunos de los problemas clínicos atendidos fueron: 35%, problemas intrafamiliares dificultades en la relación padres e hijos, y en la pareja infidelidad, separación y divorcio, 24% problemas de comunicación, 16% bajo rendimiento escolar y problemas de conducta en niños y adolescentes, 14% abuso sexual y violencia, 10% alcoholismo y adicciones y en 1% enfrentamiento de enfermedades terminales (cáncer). Otros motivos de menor incidencia fueron: la dificultad de toma de decisiones, depresión, baja autoestima se tomo en cuenta el o los contextos en que se desenvuelve (social, institucional, cultural, político, económico, etc.).

Durante este periodo se observó que quienes solicitaban y asistían a la atención psicológica son las mujeres (madres de familia) quienes llevan a otro miembro de la familia a la atención (niños, adolescentes). Por su parte, los varones están ausentes en el proceso terapéutico. En el caso cuando el motivo de consulta eran problemas de pareja, sólo asiste un integrante de la pareja y no había participación por la otra parte.

Una variable a considerar es el tiempo que transcurre del momento en que el paciente llena la solicitud y se le llama para brindarle el servicio (6 a 8 meses); después de este tiempo el solicitante reporta que de alguna manera ha resuelto la demanda o ya no se presenta y ahora su demanda es otra.

Al mismo tiempo, se brindó apoyo a la comunidad universitaria (alumnos de la Residencia en Terapia Familiar de la 2da. y 3ª generación) a través de **actividades de apoyo a la docencia**, tales como: impartición de temas “Principales precursores y aportes de éstos a la terapia familiar”, así como “Historia de la Terapia Familiar en México” y la organización y conducción del Taller “Misión Posible”.

### **5.3 ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL**

#### **SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL**

El **sistema terapéutico total** esta conformado por el **sistema terapéutico** (sistema familiar y terapeuta) + el **sistema de supervisión** (equipo de supervisados y supervisor), en un ambiente de colaboración y de respeto.

Primeramente, **la supervisión** es un espacio de reflexión e integración teórico y metodológico, en el que el **supervisor** facilita el análisis y la generación de una amplitud de visiones, ayuda al equipo a integrar y/o a priorizar cuál de estas visiones podría ser útil para trabajar conjuntamente en la resolución del problema que presenta la familia, sin descuidar a la persona del terapeuta en su trabajo clínico (Troya y Aurón, 1988, citado en: Desatnik, Franklin y Rublo, 2002).

El supervisor dirige su atención a la familia y parte de su atención al terapeuta y al equipo terapéutico. Al mismo tiempo coordina al grupo de terapeutas para la realización de un diagnóstico adecuado al caso, definir los objetivos terapéuticos y decidir las modalidades de intervención adecuadas; asimismo, acompaña y guía el desempeño del terapeuta para poder, de esta manera, retroalimentar y dar continuidad al proceso. La atención hacia la familia se dirige a observar cómo afecta a cada uno de sus miembros, las estrategias terapéuticas empleadas y los cambios que se suscitan a partir de las mismas.

Algunas de las modalidades de supervisión que tienen distintas implicaciones para los terapeutas (Eguiluz, 1999 y Desatnik, Franklin y Rubli, 2002):

- **Supervisión a través de relatos de la sesión** (supervisión narrada), en la que el terapeuta hace una reconstrucción de lo acontecido en la sesión, en la que sin proponérselo, analiza parte del contenido analógico y, en particular, su propia actuación.
- Otra modalidad es la **supervisión en vivo**, en la que se obtiene información completa, tanto de la comunicación verbal como no verbal del **sistema terapéutico total**. En este tipo de supervisión, cada una de las personas que intervienen pueden ser observador y/o observada por los otros.
- **Supervisión a través de la observación de videos** en la cual se conserva el contenido analógico y verbal; por medio de éste se puede retroalimentar al terapeuta en formación y al equipo respecto de su actuación y esto, a su vez, puede mirarse en acción. Sin embargo, tiene como desventaja que el supervisor no pueda intervenir directamente con la familia en el transcurso de la terapia.

En el **programa de la Residencia se privilegió la supervisión del trabajo con familias en vivo**, y en el último semestre también se trabajó con la **supervisión narrada** (supervisión a través de relatos); en ambas modalidades se trabajó junto con el equipo, a través de la cámara de Gessell.

En los primeros semestres de la Residencia para el entrenamiento como terapeutas, se permite observar a un terapeuta experto hacer terapia (Dra. Mary Blanca Moctezuma, Mtra. Carolina Diaz Waiss, Dr. Raymundo Macías,), al mismo tiempo que se comento como parte del equipo que funge como observador detrás del espejo lo que hace o debería hacerse en sesión, tal como lo señala Haley (1997a), la mejor manera de enseñar destrezas clínicas es instruir al terapeuta en formación, mientras se observa lo que sucede en el curso de la entrevista terapéutica.

La práctica de la **supervisión en vivo** requiere la planificación previa de la entrevista, donde el equipo terapéutico, el terapeuta y el supervisor, analizan el caso a atender; a partir de los datos obtenidos en la entrevista telefónica, se proponen hipótesis y se discuten las intervenciones a realizar, en donde el empleo del teléfono es ocasional. El supervisor sólo telefonea cuando ve un modo de mejorar la acción terapéutica dentro de un plan o cuando advierte algún descuido u omisión (Haley, 1997a). Todas las sesiones se videogrababan con previa autorización de la familia, para que el terapeuta responsable

del caso tenga oportunidad de revisar más tarde su actuación, reflexionar sobre sus intervenciones, reconocer sus fallas e intentar los cambios pertinentes.

Durante la sesión **el supervisor** guío el proceso respetando el plan terapéutico y la actividad del terapeuta e interviniendo para señalar una línea de trabajo, ampliar su visión e incluso “rescatarlo” cuando tropieza con obstáculos que no puede eludir (Haley, 1999), lo que permite observar que la responsabilidad del caso no es sólo del terapeuta, sino del sistema de supervisión a la hora de tomar decisiones a medio y a largo plazo; sin embargo, es el terapeuta el que tiene la última palabra para decidir cómo se traducen estas estrategias durante la conversación con los pacientes; esto lleva a potenciar el papel del terapeuta, sin dejar de subrayar la importancia que presenta la actividad del equipo.

El **modelo de supervisión** enriquece el proceso de formación del terapeuta y, por otro lado, agrega cierto grado de ansiedad (Rubli y Aurón, 1997, citado en: Desatnik, Franklin y Rublo, 2002), debido a que cada uno de los participantes tiene un mayor grado de exposición e implicación personal transferencial y relacional. Las investigadoras se preguntaban acerca de los efectos que tenía el modelo de supervisión sobre cada una de las instancias del sistema terapéutico. Ellas señalan que el terapeuta en formación está expuesto a la mirada de los otros y, en mayor o menor medida, esta situación genera, en él al inicio de su entrenamiento, ansiedad persecutoria primaria, en la que el Yo queda en un lugar muy vulnerable; esta experiencia puede ser determinante para su desempeño clínico y para su autoimagen personal y profesional.

Al mismo tiempo, mencionan que se presenta una situación contradictoria en este modelo de supervisión: para la familia, el terapeuta que es consultado es considerado un experto, mientras que para el supervisor y el grupo terapéutico, se inicia o se encuentra en un proceso de aprendizaje. Es por esta razón que el terapeuta responde a presiones que provienen de la familia, por una parte, y del equipo que se en cuenta detrás del espejo, por otra, donde el papel que juega el supervisor es fundamental en cuanto a su habilidad para contener esa ansiedad. La ansiedad va disminuyendo a lo largo de la formación, primeramente porque se asimila la modalidad de trabajo, al grado tal que el terapeuta termina sintiéndose apoyado, protegido, en confianza, teniendo momentos de contención,

sin temor a equivocarse en algún momento del proceso terapéutico, con la convicción de que va a ser apoyado por su equipo y/o el supervisor.

Otra modalidad de supervisión en vivo es la **supervisión autoreflexiva con familias simuladas**, pues permite al terapeuta en formación conducir una sesión con una familia simulada por otros miembros del grupo. La simulación puede ser una familia estructurada, semiestructurada o un caso que el terapeuta o alguno de los miembros del grupo esté trabajando en el Centro de Servicios Psicológicos y se sienta atorado.

La supervisión se centra en la experiencia vivencial íntima y autorreflexiva del terapeuta conductor de la sesión; el supervisor está atento y trabaja en tres áreas: cognitiva, conductual y afectiva. Toma en cuenta aquello que siente, piensa y le resuena del paciente o los pacientes, que lo lleva y lo motiva en una dirección u otra a través del interrogatorio, centrándose en la persona del terapeuta.

En esta modalidad el propio terapeuta o el supervisor pueden detener el proceso o congelar la imagen o interacción, para comentar o formular el cuestionamiento autorreflexivo. Este tipo de supervisión brinda la oportunidad al terapeuta de que se vuelva sobre sí mismo, reflexionar sobre las preguntas que se le plantean y mediante la acción reflejante de cada uno de los miembros de esa familia simulada que está entrevistando.

Este modelo de supervisión autoreflexiva no sólo se centra en el aspecto teórico, en la técnica, sino en el sentir del terapeuta, tratando de conjuntarlas y considerar éstas como una estrategia y no como una limitante en la terapia.

## 5.4 REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

### IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN LO PROFESIONAL Y EN EL CAMPO DE TRABAJO

A lo largo de la Residencia **mi proceso de aprendizaje fue significativo**, al pasar por varios momentos: primero, el realizar un recorrido por la epistemología y los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica; me permitió contar con las habilidades teóricas y compaginarla con el trabajo psicoterapéutico.

*El espacio de supervisión* me permitió integrar la teoría con la práctica clínica al abordar problemas en el área de la salud mental en diferentes sistemas: individual, pareja, familia y comunidad. Al mismo tiempo, escuchar una gran variedad de visiones para dar solución a los problemas que presentaban las familias, que enriquecía el proceso, el supervisor era un agente activo el cual realizaba una gran variedad de actividades como: dirigir y apoyar al grupo para efectuar un diagnóstico adecuado al caso, y así poder definir los objetivos terapéuticos y decidir las modalidades de intervención más adecuadas; asimismo, guiar y observar el desempeño del terapeuta para retroalimentarlo y darle continuidad al proceso, estar atento a la familia y a la participación del equipo terapéutico; cuidando siempre que todas las voces y las necesidades de los participantes del grupo fueran respetadas, escuchadas y consideradas. simultáneamente, compartía su experiencia en la práctica clínica, para identificar la diversidad de ideas, recursos y estilos terapéuticos.

La supervisión se impartió en un ambiente de respeto y colaboración, donde cada una de las personas involucradas son observador y/o observada por los otros, lo que permite obtener información completa, tanto de la comunicación verbal como no verbal del sistema de supervisión como del sistema terapéutico total.

Durante la **etapa de la supervisión** mi aprendizaje estuvo acompañado por diferentes supervisores que tenían un estilo propio, lo que permitió enriquecer mi formación.

En un primer momento, a través de *observar al terapeuta-supervisor* (Dra. Mary Blanca Moctezuma, Mtra. Carolina Diaz-Walls, Dr. Raymundo Macias), hacer terapia, donde no

sólo los miraba, sino que se abrían espacios para compartir y comentar lo que se había hecho en sesión.

En otro momento, a través de la *supervisión en vivo*, participé activamente como terapeuta principal al frente de diversos sistemas: individuo, pareja y familia, como parte del equipo terapéutico, del equipo reflexivo, como miembro de una familia en un caso simulado y como parte del equipo de supervisión, donde se combinó el aprendizaje, la experiencia, el apoyo y la contención del sistema de supervisión. Aquí una parte medular era el acompañamiento y guía del supervisor (Mtra. Carolina Díaz-Walls, Mtra. Patricia Moreno, Mtra. Piedad Aladro, Dra. Mary Blanca Moctezuma, Mtra. Jossette Benavides, Dr. Raymundo Macías y Mtra. Nora Renteria), ante el desempeño del terapeuta para poder, de esta manera, retroalimentar y dar continuidad al proceso; del mismo modo la atención hacia la familia al observar cómo afectaba a cada uno de sus miembros, las estrategias terapéuticas empleadas y los cambios que se suscitan a partir de las mismas y siempre atento a coordinar al grupo de terapeutas para la realización de un diagnóstico adecuado al caso, definir los objetivos terapéuticos y decidir las modalidades de intervención adecuadas; esto permitió enriquecer nuestra experiencia y nuestros recursos como terapeutas.

Durante el acompañamiento en el proceso de aprendizaje, los supervisores se acercaron para conocer la experiencia de terapeuta, por medio de la narración de la sesión verbal o por escrito, qué el mismo terapeuta hace, en la que va describiendo la sesión, la persona, la interacción, cómo se considera o se escoge hacerlo. La forma en que se realice esta descripción es una expresión de sí mismo, en el irse expresando se hace presente nuestra experiencia.

Otra forma de acompañamiento fue *el planteamiento de inquietudes y/o problemas específicos que surgieron de la sesión*. En la que en lugar de describir “toda” la sesión, se selecciona algunos incidentes o aspectos que más nos ha llamado la atención o que se sienten como dificultades, donde al describir plasmamos de alguna manera nuestras inquietudes por ese incidente en particular o porque nos sentimos insatisfechos, y se quiere resolver las interrogantes que se tienen y, por ende, sentirse más tranquilo.

Un medio didáctico que fue muy útil en mi aprendizaje, fue el **apoyo de videos o audiograbaciones, del caso**. Ver y escuchar la grabación en otro momento posibilitó muchas veces reconocer aspectos (sentimientos, palabras, silencios) antes no reconocidos, o bien reorganizar la información, entenderla de un modo diferente, analizar la interacción analógica y verbal del sistema terapéutico, aclarando algunas dudas; al mismo tiempo ver mi actuación (aspectos de lo que se cree que se hace en la sesión y lo que realmente se hace), identificar y reconocer algunas fallas e intentar los cambios pertinentes. La cinta conserva estos momentos que sirven de retroalimentación; sin embargo, en algunas ocasiones se presentaron problemas en cuestiones técnicas (mala calidad del sonido y/o de iluminación, etc.), que no permitía sacar el mejor provecho de ésta.

La supervisión siempre se dio en un ambiente de respeto por el estilo personal de cada uno de los terapeutas en formación, ampliando la gama de herramientas y recursos con miras a incrementar la eficacia de sus intervenciones en cada caso clínico atendido. Al mismo tiempo se escuchó la voz del equipo terapéutico, que permitió tanto al terapeuta como a los usuarios escuchar varias voces, tener otra visión, nuevas narraciones de la situación, llevándolos a reestructurar, redefinir, identificando sus acciones, emociones y pensamientos, y a los terapeutas el poder reunirse para compartir con el equipo ideas acerca de la dirección del caso, escuchar otras voces que enriquecían el proceso.

Una forma más de acompañamiento fue por medio del *modelo de supervisión autorreflexiva, con familias simuladas (Dr. Raymundo Macías)*; se toma en cuenta aquello que sentimos, pensamos y nos resuena del paciente o los pacientes, que nos lleva, permite y motiva en una dirección u otra a través del interrogatorio; *centrándose en la persona del terapeuta*, donde no sólo se nos valida en lo que sentimos y pensamos, sino que nos preguntan por la dirección en la que se condujo la sesión, considerando no sólo el proceso de la familia, sino también el del terapeuta. No solamente se centra en el aspecto teórico, en la técnica, sino en el sentir, tratando de conjuntarlas y considerar éstas como una estrategia y no como una limitante en la terapia.

Al respecto, Gianfranco Cecchin (1998), señala el interés en la *persona del terapeuta*, al centrarse en lo que sucede en el espíritu del terapeuta cuando él o ella están frente a una familia o ante un problema, qué es lo que sucede en la mente del terapeuta, qué es lo que

siente, y una respuesta a ello es ir del contenido al proceso, al preguntarse cómo utilizar las vivencias para comprender mejor a la otra persona y, al mismo tiempo, que permita guiar las acciones y reacciones en la sesión terapéutica.

Todo terapeuta comprometido consigo mismo y con la familia permanece alerta a sus emociones y aprende más sobre sí mismo. Satir (1995) enfatiza que una habilidad terapéutica humana es *la congruencia*. Al sostener que una persona congruente se encuentra en contacto con sus emociones, sin importar cuáles sean. No las juzga, no se crítica por abrirlas y sólo las considera un termómetro de su estado interno en ese momento. Al reconocer que existen, el terapeuta se encuentra en condiciones de utilizarlas con libertad; está mejor capacitado para ver, escuchar y tomar determinaciones sin el estorbo de un diálogo interno. Además de tener conciencia de sus sentimientos, la persona congruente toma la responsabilidad de las mismas y no culpa a las influencias externas de haberlas puesto en su interior.

No sólo es reconocer las emociones, sino considerar el contexto en que existen y responda a ellas de una manera que concuerde con el contexto, y para ello debemos permanecer alerta, estar centrado, es decir, estar enfocados en la medida de lo posible en la situación presente, sin preocuparse por lo que suceda después; por el contrario, si se preocupa por los acontecimientos futuros le impedirá permanecer centrado. En la terapia, en especial durante la etapa de caos, si el terapeuta se preocupa de algo que no sea lo inmediato, no podrá adoptar las medidas necesarias para pasar de lo conocido a lo desconocido.

*El conocer y manejar nuestras manifestaciones internas, permite utilizarlas como elementos terapéuticos*; si nuestra experiencia interna de la entrevista es distinta de toda la información que ha observado y está seguro de que su respuesta no tiene que ver con algo que ha sucedido en su vida personal, entonces se debe proceder con base en la información interna. Para ello, se requiere de tiempo para adquirir conciencia y confiar en nuestras manifestaciones internas; cuando lo logramos, contaremos con elementos para actuar en cualquier situación terapéutica en la que nos sintamos atrapados. A la vez debemos *apoyarnos en nuestros canales sensoriales*. La capacidad de ver, escuchar, sentir, oler y gustar debe desarrollarse para volverse más operativa y clara; son una valiosa herramienta. Al mismo tiempo, debemos observar la congruencia entre los

mensajes corporales de los integrantes de la familia y sus palabras, el tono de voz y la calidad de sus expresiones. Es como dice Harold Goolishian: “Escuchar lo que se dice en realidad”; no sólo debemos oír las palabras, sino ver cómo estas palabras son parte de un cuerpo en movimiento y cómo estas palabras expresadas por los clientes “lo tocan” y nos invitan a explorar temas sobre lo que podamos hablar o no. Por lo que no sólo hay que centrarnos en el contenido de las palabras, sino saber que hay detrás de ellas, que nos lleve a entender mejor la situación que experimentan los pacientes. Las palabras cuentan con un alto contenido emocional tanto en la forma en que se hablan como en la actividad del cuerpo.

*Conocer nuestra epistemología*, implica, entre otras cosas, acercarnos a nuestro universo de constructos personales, entender el porqué sin darnos cuenta en una sesión nos sentimos en confianza, nos aliamos o nos sentimos distantes con algún miembro de la familia. Esto implica descubrir cuáles son las dificultades que nos bloquean al llevar adelante un caso o cuáles son las intervenciones que nos resultan más fáciles de desplegar y aquellas que para nosotros son más difíciles de implementar.

**Algunas implicaciones en mi formación** en el ámbito profesional y en el campo de trabajo que me permiten conectar y construir elementos de sentido:

- Una de estas es ver a los individuos, cómo a lo largo de su vida investigan, conocen y producen conocimiento, como un modo de ser, de vivir, al realizar recortes de la realidad que interpretan y dan sentido, en un momento histórico y contextual. Como terapeutas, *el investigar es una forma de vida* por descubrir, conocer, deconstruir, construir y proponer nuevos elementos de sentido.
- Un alcance en el ámbito profesional y en el campo de trabajo es *el ver a la terapia como un espacio conversacional*, donde a través del dialogo se entrelazan, entretejen constantemente nuevos elementos de sentido, para la disolución y solución al problema a partir de la co-creación de significados. Desde este lente, al terapeuta se le mira como creador de un espacio que facilite *la conversación dialogal*, al *adquirir una posición de curiosidad*<sup>1</sup> que nos lleva a entender la cambiante experiencia vital del cliente y no analizarlo, cuestionarlo o encuadrarlo como lo señala Harold Golishian y Harlene

---

<sup>1</sup> Harold Golishian y Harlene Andersen consideran que cuando un terapeuta adopta una posición de curiosidad o ignorancia en el espacio terapéutico, hace uso de pericias, entre la que se encuentra la habilidad para elaborar preguntas terapéuticas manteniéndose en el camino de la comprensión y de lo posible.

Andersen. El adoptar esta posición, *pone al descubierto algo desconocido e imprevisto y se presenta como posible*. Por lo que se dice que *el terapeuta es un artista de la conversación*, en donde se despliegan las posibilidades todavía inexpresables de los relatos aún no relatados.

- Un punto central en el ámbito profesional es *concebir al cliente experto en su vida* (en lo que le sucede, cómo lo está viviendo), y *el terapeuta (experto en la técnica)* al adoptar una posición de curiosidad hace uso de sus pericias, utilizando su bagaje teórico, comprensión, cooperación, negociación, experiencia, etc, que le permite conocer, saber sobre las narraciones del cliente a través de una *posición de respeto y comprensión*, sobre su postura respecto a su situación, no se cuestionan los términos de la descripción, ni la forma de la explicación; se orienta a identificar las narraciones, las formas efectivas de acción, recursos, redes, habilidades, creencias, mitos y soluciones, etc, con los que cuenta el cliente para resolver las situaciones a las que se enfrenta. En un *ambiente de cooperación, negociación y respeto, donde se despliegan las posibilidades todavía inexpresadas de los relatos aún no relatados*. El adoptar esta posición nos permite no limitarnos por las experiencias previas, métodos o por ciertas verdades formuladas teóricamente.

- *En el espacio terapéutico*, a través de la relación terapeuta -cliente se co-crean significados en un *ambiente de cooperación, negociación y respeto*, en la que se da la creación dialogal de nuevas narraciones; es decir, los hechos de la vida de los pacientes adquieren significados nuevos y diferentes en este contexto. Estos nuevos significados se experimentan como cambio en la organización individual y social.

- Otra implicación es el grado de involucramiento, compromiso, respeto y confidencialidad del terapeuta, por conocer, investigar las creencias, costumbres, formas de vida de los participantes en su familia, comunidad, permitiendo tener un contacto más cercano y entablar diálogos con ellos. Al partir de la posición de considerar que toda persona tiene en su interior o en su sistema social las capacidades naturales necesarias para superar las dificultades y resolver sus problemas, y la tarea del terapeuta consiste en crear un contexto para que el cliente pueda acceder a sus capacidades y recursos que ya posee, pero que no había aplicado a su situación.

- En el ámbito profesional el *uso del lenguaje*, es de suma importancia, el cual adquiere sentido a partir del modo en cómo funciona o se da dentro de las pautas de relación en los individuos, de cómo éstas se crean y utilizan dentro de la cultura. *En el proceso terapéutico*, es un instrumento que brinda la posibilidad de rectificar, solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad del paciente y, en otras ocasiones, como herramienta para cuestionar certezas inútiles, de modo que tenemos que ser muy cuidadosos en el modo en que lo empleamos en la terapia. *En el modelo Centrado en las Soluciones es utilizado como una estrategia para producir cambios en la percepción y en la conducta del cliente*, a través de las preguntas presuposicionales (formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente), introduciendo ideas o expectativas de cambio.
- El lenguaje es utilizado como una forma de unirse a la familia, siendo empático y respetuoso, a través de imitar el uso de las palabras, expresiones ideomáticas, metáforas en una relación más cordial, permitiendo al paciente sentirse entendido y apreciado, lo que permitirá poco a poco alejarse de etiquetas fijas o negativas y encausar los significados, llevarlos en una dirección productiva (descripción de acciones) que tengan un efecto de despatologización o normalización de la situación del cliente.
- Como *terapeutas debemos estar atentos en no etiquetar o utilizar un diagnóstico como determinante*, como una forma de explicar que es normal y anormal, creando subculturas que provoca que las personas se comporten como tal (depresivos, alcohólicos, con alguna enfermedad crónica, etc) esto le resta poder a las personas y deteriora sus relaciones y redes sociales de éstos (padres, hijos, amigos), centrada en el contenido, en la patología y no en el proceso; el verlo desde una sola visión niega otras posibilidades de narrativa. El diagnóstico debe ser visto como una posibilidad, una herramienta activa, donde puedan escucharse muchas voces más, ser transformador y alternativo, movilizador y flexible. Ser una metáfora de cambio.
- *La psicoterapia* para mí implica, entre otras cosas, ética, y responsabilidad, como también formación y capacitación, investigación, conocimiento de la teoría, experiencia clínica y, sobre todo, una gran dosis de creatividad y compromiso para con los usuarios de la comunidad universitaria y de la población aledaña que solicitaban el servicio.

# ANEXO 1

## CUESTIONARIO DE ESTABILIDAD Y FIDELIDAD EN LAS RELACIONES DE PAREJA

GENERO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE LA RELACION: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones que se le presentan y subraye la opción que mejor refleje su caso particular. Es muy importante que sólo elija una opción en cada afirmación y conteste todos los reactivos.

1. ¿Considera que ambos miembros de la pareja deben participar en la crianza de los hijos?

<i>a) Totalmente de acuerdo</i>	<i>b) De acuerdo</i>	<i>c) En desacuerdo</i>	<i>d) Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

2. ¿Considera indispensable la autoaceptación de ambos miembros de la pareja para la estabilidad?

<i>a) Totalmente de acuerdo</i>	<i>b) De acuerdo</i>	<i>c) En desacuerdo</i>	<i>d) Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

3. ¿Considera que es necesario que los miembros de la pareja permanezcan juntos por tiempos prolongados para lograr una buena relación de pareja?

<i>a) Totalmente de acuerdo</i>	<i>b) De acuerdo</i>	<i>c) En desacuerdo</i>	<i>d) Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

4. ¿Considera usted que una pareja estable solo puede establecer un compromiso mediante el matrimonio?

<i>a) Totalmente de acuerdo</i>	<i>b) De acuerdo</i>	<i>c) En desacuerdo</i>	<i>d) Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

5. ¿Piensa usted que ponerse en el lugar de la pareja para entender sus defectos es necesario para tener una relación estable?

<i>a) Totalmente de acuerdo</i>	<i>b) De acuerdo</i>	<i>c) En desacuerdo</i>	<i>d) Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

6. ¿Piensa usted que es recomendable que los miembros de la pareja consideren el no intentar cambiar lo que le desagrada del otro, pero no a éste?

<i>a) Totalmente de acuerdo</i>	<i>b) De acuerdo</i>	<i>c) En desacuerdo</i>	<i>d) Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

7. ¿Cree usted que es conveniente, para tener una relación de pareja satisfactoria, el vivir durante muchos años juntos?

<i>a) Totalmente de acuerdo</i>	<i>b) De acuerdo</i>	<i>c) En desacuerdo</i>	<i>d) Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

8. ¿Considera que para tener una relación de pareja satisfactoria, es necesario estar enamorado?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

9. ¿Cree usted importante que a los dos miembros de la pareja les guste los mismos programas de televisión, para tener una buena relación de pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

10. ¿Considera usted que debe existir algunas actividades en pareja más satisfactorias que otras, para tener una adecuada relación en pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

11. ¿Cree usted necesario que ambos miembros de la pareja deban tener el mismo nivel académico para tener una buena relación de pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

12. ¿Considera usted que para tener una buena relación de pareja, cada uno de sus miembros debe respetar mutuamente sus tiempos y espacios personales?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

13. ¿Piensa usted que es necesario dedicarle la mayor parte del tiempo libre a la pareja para tener una buena relación?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

14. ¿Cree usted que para tener una buena relación de pareja es necesario compartir momentos de gran significado personal con el otro?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

15. ¿Cree usted que la pareja debe tener todas las cualidades que desea para tener una buena relación de pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

16. ¿Considera que el ponerse en el lugar del otro cuando tiene un problema puede ayudar a tener una mejor relación?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

17. ¿Considera usted que para tener una buena relación cada miembro de la pareja debe dedicarse tiempo para sí mismo?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

18. ¿Cree usted que es necesario compartir la intimidad sexual sólo con una persona, para tener una relación de pareja satisfactoria?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

19. ¿Cree usted conveniente que termine el periodo de enamoramiento para lograr un conocimiento más profundo de la pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

20. ¿Cree usted necesario que el involucrar al otro en sus pensamientos y sentimientos más profundos puede ayudar a tener una relación de pareja más adecuada?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

21. ¿Considera que es necesario que ambos miembros de la pareja frecuenten el mismo tipo de lugares para divertirse, para tener una relación estable?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

22. ¿Cree usted que es necesario para tener una buena relación ponerse en el lugar de la pareja, para entender cómo se siente?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

23. ¿Piensa usted que el número de relaciones sexuales (frecuencia) con su pareja es determinante para tener una buena relación?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

24. ¿Cree usted necesario platicar de todo lo que le ocurre a la pareja cuando no está con ella/el, para tener una relación satisfactoria?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

25. ¿Cree usted que es conveniente que cada miembro de la pareja deba tener tiempo para compartir con sus amistades para tener una buena relación de pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

26. ¿Cree usted que el mantener el interés sexual sólo en una persona, es conveniente para tener una relación de pareja satisfactoria?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

27. ¿Considera que es importante que se acepte a la pareja con sus aspectos negativos (defectos) para tener una relación estable?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

28. ¿Cree usted que se debe asignar el mismo valor para todas las actividades que realiza la pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

29. ¿Piensa usted que el cumplir con los acuerdos entre pareja es un aspecto que ayuda en la estabilidad de la relación de pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

30. ¿Piensa usted que ponerse en el lugar del otro para poder entender la manera en que actúa contribuye a una mejor relación de pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

31. ¿Piensa usted que es necesario que los miembros de la pareja deban tener afición por el mismo tipo de música para tener una relación estable?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

32. ¿Considera usted que para lograr una buena relación de pareja es necesario que los miembros de la pareja establezcan un tiempo y un día para estar juntos?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

33. ¿Considera usted que para tener una buena relación de pareja es indispensable que ambos miembros colaboren en los quehacer de la casa?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

34. ¿Considera que es indispensable procurar no hacer a la pareja lo que no se quiere para sí, para lograr una relación estable?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

35. ¿Cree usted que los miembros de la pareja deben tener el mismo nivel intelectual para lograr una relación estable?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

36. ¿Cree usted que es importante que los miembros de la pareja experimenten cosas nuevas y diferentes en sus relaciones sexuales para tener una adecuada relación de pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

37. ¿Cree usted que para tener una buena relación de pareja, ambos miembros deben expresar sus sentimientos y pensamientos en todo momento?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

38. ¿Considera usted que es conveniente que exista una actividad satisfactoria en común en pareja, para tener una relación estable?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

39. ¿Considera usted que el hacer planes junto con la pareja, contribuye a tener una mejor relación de pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

40. ¿Considera usted que el contraer matrimonio después de los 30 años ayuda a la estabilidad de la pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

41. ¿Considera que es conveniente hablar de los defectos y virtudes de cada miembro de la pareja para tener una buena relación?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

42. ¿Considera usted que es importante reconocer y dejar que el otro conozca sus defectos y virtudes para tener una relación de pareja estable?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

43. ¿Cree usted que es indispensable para una buena relación de pareja que sus miembros deban tener amigos en común?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

44. ¿Considera usted que ambos miembros de la pareja deben trabajar profesionalmente fuera del hogar para tener una relación estable?.

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

45. ¿Piensa usted que mientras más dura junta en tiempo la pareja, mejor será su relación de pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

46. ¿Cree usted que es conveniente que ambos miembros de la pareja le expresen al otro sus pensamientos más profundos para tener una relación satisfactoria?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

47. ¿Piensa usted que es importante que exista coincidencias en cuanto al nivel de satisfacción en los miembros de la pareja en todas las actividades que realizan juntos?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

48. ¿Considera usted que es importante para tener una adecuada relación de pareja estar al pendiente de los gustos sexuales del otro?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

49. ¿Piensa usted que tener un conocimiento más real y sin apasionamientos en la pareja, es conveniente para tener una adecuada relación de pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

50. ¿Cree usted que es necesario que cada miembro de la pareja se abstenga de entrometerse demasiado en los asuntos personales del otro, para tener una relación de pareja estable?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

51. ¿Considera que ambos miembros de la pareja deben contribuir con los gastos de la casa, equitativamente para tener una buena relación de pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

52. ¿Considera usted que el estar abierto a diferentes experiencias sexuales contribuye a una mejor vida en pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

53. ¿Considera conveniente que cada miembro de la pareja debe expresarle al otro lo que le hace enojar para tener una relación estable?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

55. ¿Considera usted que el prestar atención a lo que le comunica su pareja sin hablar es indispensable en la relación para que esta se mantenga?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

56. ¿Cree usted que es conveniente compartir todo en la pareja, para tener una relación estable?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

57. ¿Cree usted que es indispensable el sexo para tener una buena relación de pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

58. ¿Piensa que el reservarse sexualmente a una sola persona, contribuye a formar una relación de pareja duradera?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

59. ¿Cree usted que las parejas que han permanecido más años juntos, tienen una perspectiva más amplia en cuanto a su relación de pareja?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

60. ¿Considera usted que el realizar actividades diferentes en pareja, sin centrarse en una sola, es conveniente para tener una relación estable?

a) <i>Totalmente de acuerdo</i>	b) <i>De acuerdo</i>	c) <i>En desacuerdo</i>	d) <i>Totalmente en desacuerdo</i>
---------------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------------------

**GUÍA DE LAS ÁREAS DEL CUESTIONARIO ESTABILIDAD Y FIDELIDAD EN LAS RELACIONES DE PAREJA**

ÁREA	CLAVE
COMPROMISO	4, 13, 29, 56, 32
EQUIDAD	11, 33, 40, 44, 55
CONOCIMIENTO REAL Y OBJETIVO DE LA PAREJA	8, 15, 19, 27, 49
EMPATÍA	5, 16, 22, 30, 34
RESPECTO	6, 12, 17, 25, 50
RED DE VINCULACIÓN FUERTE CON LA PAREJA (INTERESES EN COMÚN)	9, 21, 31, 35, 43
COMUNICACIÓN	1, 24, 41, 53
INTIMIDAD	2, 14, 20, 42, 46
EXCLUSIVIDAD SEXUAL	18, 26, 58, 23, 36, 48, 52, 57
EXPECTATIVAS DE DURACIÓN DE LA RELACIÓN	3, 7, 39, 45, 59,
SATISFACCIÓN SUBJETIVA	10, 28, 38, 47, 60



## REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS GENERALES

- 📖 Ackerman, N. La familia como entidad psicosocial. En: Ackerman. (1978). **Psicoterapia de la familia neurótica**. Buenos Aires: Paidós.
- 📖 Alberoni, F. (1997). **El primer amor**. Barcelona: Gedisa.
- 📖 Álvarez-Gayou, J.L. (1996). **Sexualidad en la pareja**. México: Manual Moderno.
- 📖 Álvarez-Gayou, J.L. (1984). **Dinámica y problemas de la pareja**: Perspectiva Sexológica. 2(12). pp. 18-20.
- 📖 Anderson, H., y Golishian, H. El Experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: Mc Namee, S y Gergen, K. (1996). **La terapia como construcción social**. México: Paidós.
- 📖 Anderson, H. (1999). **Conversación, lenguaje y posibilidades**: Un enfoque posmoderno de la terapia. Buenos Aires: Amorrortu.
- 📖 Andolfi, M. (1997). **Terapia familiar**. México: Paidós.
- 📖 Ashby, R. W. (1977) **Introducción a la cibernética**. Buenos Aires: Nueva visión.
- 📖 Avelarde, P., Díaz Loving, R. y Rivera, S. (1998) **El compromiso en la pareja**. La Psicología Social en México. Vol. VII, pp. 176-181.
- 📖 Barragán, N., Morales, S., y González, J. (2003). **Informe del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”**. Facultad de Psicología. UNAM.
- 📖 Bateson, G. (1998) **Pasos hacia una ecología de la mente**: una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- 📖 Beach, S. y Tasser, A. (1988). **Love in marriage**: A cognitive account. the psychology of love. New haven, Yale University Press.
- 📖 Berg, I. y Miller, S. D. (1992). **Trabajando con el problema del alcohol**. Orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia. Barcelona: Gedisa.
- 📖 Bertalanffy, L. (1986). **Teoría general de los sistemas**. Fundamentos, desarrollo y aplicaciones. México: Fondo de Cultura Económica.
- 📖 **Biografía de Milton H. Erikson**. [Internet]. Recuperado: [http://www.cenerick.com.ar/biol\\_dr\\_erickson.htm](http://www.cenerick.com.ar/biol_dr_erickson.htm).
- 📖 Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., y Penn, P. (1987) **Terapia familiar sistémica de Milán**. Diálogos sobre teoría y práctica. Buenos Aires: Amorrortu.

- 📖 Bronfman, M. (2000). **Como se vive se muere**. Familia, redes sociales y muerte infantil. Cuernavaca, Morelos: Universidad Nacional Autónoma de México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- 📖 Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995). **Guía breve de terapia breve**. Barcelona: Paidós.
- 📖 Cammack, M. y Young, L. (2001). Why is the divorce rate declining in Indonesia? **Journal of Marital and Family**. Mayo. 63, pp. 480-490.
- 📖 Cecchin, G. (1998). Sistema terapéutico y terapeutas. En: Elkaim. M, (compilador) (1998) y colaboradores. Boscolo. L, Cecchin. G, Foerster. Von H, Haley. J, Maturana. H, Penn. P, Palazzoli. M, Sluzki. C, Watzlawick. P, Whitaker., C. **La Terapia familiar en transformación**. México: Paidós. Colección: Terapia familiar.
- 📖 Código Ético del Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia (1997). Deberes de psicoterapeutas y psicoanalistas en la práctica clínica. En: **Revista del Instituto de la Familia**. A. C. (IFAC). XXV aniversario.
- 📖 **Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología** (1985). México: trillas.
- 📖 Conde, M. "**Expectativas matrimoniales y satisfacción conyugal**: correlación entre cumplimiento de expectativas y satisfacción conyugal". Inédita. Facultad de Psicología. Tesis presentada para obtener el grado de Licenciado en Psicología. UNAM. México.1991. pp. 64-66.
- 📖 Cowan, C. y Kinder, M. (1987). **Las mujeres que los hombres aman**. Las mujeres que los hombres abandonan. Argentina: Javier Vergara Editor.
- 📖 Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D. (2002). Visiones, revisiones y supervisión del proceso de supervisión. Supervisores y supervisados: una experiencia institucional. En: **Psicoterapia y familia**. Vol. 15. No. 1.
- 📖 Díaz Loving, Rivera. y Sanchez. (1996). Predictores de la satisfacción marital a través del tiempo. En: **La psicología social en México**. Vol. VI, 289-295.
- 📖 Eguiluz, L. (1999). La supervisión en los Diplomados en terapia familiar. En: **Psicología Iberoamericana**. Vol. 7. No. 2.
- 📖 Eguiluz, L. (2001). **La teoría sistémica**. Alternativa para investigar el sistema familiar. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Universidad Autónoma de Tlaxcala.

- 📖 Elkaïm, M. (1996). Constructivismo, construccionismo social y narraciones: ¿Están en el límite de lo sistémico?. En: **Psicoterapia y familia**. Vol. 9, No. 2.
- 📖 Elsner, P., Montero, L., Reyes, V. y Zegers, P. (2001). **La familia**: una ventura. México: Alfaomega grupo editor, S. A de C. V.
- 📖 Epston, D. (11 y 12 de mayo 2002). Curso taller “**Niños, Terapeutas, Ritos, Cuentos y Metáforas.....**”. Organizado por CEDIPSI. En la Cd. de México.
- 📖 Erickson, M. (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. España: Paidós.
- 📖 Feixas, V. y Villegas, M. (2000). **Constructivismo y psicoterapia**. (3ª edición revisada). Bilbao: Desclée de Brouwe. Biblioteca de Psicología.
- 📖 Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1994). **La táctica del cambio**. España: Herder.
- 📖 Fishman, Ch. (1995). **Tratamiento de adolescentes con problemas**. un enfoque de terapia familiar. Nueva York: Paidós. Colección:Terapia familiar.
- 📖 Fromm, E. (1976). **El Arte de amar**. México: Paidós.
- 📖 Furman, B. (1996). Conversaciones para encontrar soluciones. En: **Sistemas familiares**. Diciembre.
- 📖 Gergen, K. (1993). El Movimiento del construccionismo social en la psicología moderna. En: **Sistemas familiares**. Agosto.
- 📖 Gergen, K. (1996). **Realidades y relaciones**. Aproximaciones a la construcción social. Barcelona: Paidós.
- 📖 Haley, J. (1994). **Terapia no convencional**. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Buenos Aires: Amorrortu.
- 📖 Haley, J. (1997a). **La supervisión en vivo**. Buenos Aires: Amorrortu.
- 📖 Haley, J. (1997b). **Terapia de ordalía**. Caminos inusuales para modificar la conducta. Buenos Aires. Amorrortu.
- 📖 Haley, J. (1999). **Terapia para resolver problemas**. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz. Buenos Aires: Amorrortu.
- 📖 Helms-Erikson, H. (2001) Marital quality ten years after the transition to parenthood: Implications of the timing of parenthood and the division of housework. **Journal of marriage and family**. Vol.63 Nov. pp. 1099 -1110.

- 📖 Hernández, Rosete., S. “**Actitud y estilo de afrontamiento entre la fidelidad en hombres y mujeres mexicanos**”. Inédita. Facultad de Psicología. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Clínica. UNAM. México. 2000. p. 26.
- 📖 Hicks, M. W., y Platt, M. (1970). Marital happiness and stability “A review of the research in the sixties”. En: **Journal of marriage and the family**, pp.553-574.
- 📖 **Hipnosis Ericksoniana** [Internet]. Recuperado: <http://www.chcpsico.com/erickson/texto.html>.
- 📖 Hoffman, L. (1989). Una posición constructivista para la terapia familiar. En: **Psicoterapia y familia**. Vol. 2. No. 2.
- 📖 Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia. En: Mc Namee, S. y Gergen, K. **La terapia como construcción social**. México: Paidós.
- 📖 Hoffman, L. (1998). **Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas**. México: Fondo de Cultura. Económica.
- 📖 Hughes, J. (s/a). El Sanador Herido. [Internet]. Recuperado: <http://www.institutoerickson-madrid.com/biografia.htm>
- 📖 **Instituto Nacional de Estadística Geografía E Informática (INEGI)** (1998). Las familias mexicanas. México.
- 📖 Jones, K., Shanberg, L. y Byer, C. (1980). **Matrimonio, sexo y reproducción**. México: Pax-Mex.
- 📖 Keeney, B. (1994). **Estética del cambio**. Barcelona: Paidós. Colección: Terapia Familiar.
- 📖 Leñero, L. (1971). **Investigación de la familia en México**. Presentación y avance de resultados de una encuesta nacional. México: Instituto Nacional de Estudios Sociales. A. C.
- 📖 Lorentzen, I, J. “**Descripción evaluatoria del trabajo realizado en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología**”, UNAM, durante el primer año de servicio (periodo comprendido 1/08/1981-1/08/1982). Inédita. Facultad de Psicología. Tesis para obtener el grado de Maestro en Psicología Clínica. México. UNAM 1986, pp. 7- 17, 60-65.
- 📖 Lyddon, W. (1998). Formas y facetas de la psicología constructivista. En: Neimeyer, R y Mahoney, M. (Comp) (1998). **Constructivismo en psicoterapia**. Barcelona: Paidós.
- 📖 Madanes, C. (1993). **Terapia familiar estratégica**. Buenos Aires: Amorrortu.
- 📖 Mc Goldrick, M. y Gerson, R. (1985). **Genogramas**. Barcelona: Gedisa.
- 📖 Milton Erickson y la hipnosis ericksoniana. [Internet]. Recuperado: <http://www.sctsystemic.com/deshiperick.htm>.

- 📖 Minuchin, S. (1999). **Familias y terapia familiar**. México: Gedisa.
- 📖 Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). **Técnicas de terapia familiar**. Barcelona: Paidós.
- 📖 “**Misión Posible**” Taller de Furman, B. ( s/a ). Recuperado: <http://www.inkri.de/s5.htm>.
- 📖 Morales, J., Moya, M., Reboloso, E., Fernández Dols, J., Márquez, J., Páez, D. y Pérez, J. (1994). **Psicología social**. España: McGraw-Hill. p. 426.
- 📖 Neimeyer, R. (1998). Psicoterapia constructivista: características, bases y direcciones futuras. En: Neimeyer, R. y Mahoney, M. (Compiladores). (1998). **Constructivismo en psicoterapia**. Barcelona: Paidós.
- 📖 Nina, R. “**Autodivulgación y satisfacción marital en matrimonios de México y Puerto Rico**”.Inédita. Facultad de Psicología. Tesis para obtener el título de maestría. UNAM. México. 1985.
- 📖 O’Hanlon, W. (1993). **Raíces profundas**: Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson. Barcelona: Paidós.
- 📖 O’Hanlon, W. y Weiner, Davis. (1997). **En busca de soluciones**: Un nuevo enfoque en psicoterapia. Barcelona: Paidós. Colección. Terapia Familiar.
- 📖 O’Hanlon, W. (2001). **Desarrollo de posibilidades**: un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve. Barcelona: Paidós.
- 📖 Ochoa, I. (1995). **Enfoques en terapia familiar sistémica**. Barcelona: Herder. Biblioteca de Psicología. Textos Universitarios.
- 📖 Pacheco, M. (2000). La influencia de Erickson en la terapia breve actual y el terapeuta ericksoniano hoy. En: **Hipnópolis**. No. 4, octubre.
- 📖 Pacheco, M. (2001). Breve mapa de la jungla ericksoniana y enfoques afines. En: **Hipnópolis**. No. 10, marzo.
- 📖 Perlman, D. (1999). Tendencias actuales en el estudio de las relaciones cercanas: mirando al pasado para preveer el futuro. En: **Revista de psicología social y personalidad**. Vol. XV. No. 2.
- 📖 Prager, K. (1995). **The psychology of intimacy**. New York: Guilford.
- 📖 Prager, K. y Buhrmesters, D. (1998) Intimacy and need fulfillment in couple relationships. **Journal of social & personal relationships**. Vol. 15 (4). pp. 435 - 450.
- 📖 Rage, E. (1996) **La pareja, elección, problemática y desarrollo**. Universidad Iberoamericana: Plaza y Valdez.

- 📖 Rivera, S. “**Atracción interpersonal y su relación con la satisfacción marital y la reacción ante la interacción de pareja**”. Inédita. Facultad de Psicología. Tesis presentada para obtener el título de Maestría en Psicología. UNAM. 1992.
- 📖 Robles, T. (1991). **Terapia cortada a la medida**. Un seminario Ericksoniano con Jeffrey K. Zeig. México: Instituto Milton H. Erickson.
- 📖 Robles, T. y Abia, J. (1990). **Concierto para cuatro cerebros en psicoterapia**. México: Instituto Milton H. Erickson.
- 📖 Rocha, J. (2002). Aproximaciones estratégicas (traducción). En: Becvar y Becvar. (1996). **Family therapy a systemic integration**. Boston: Allyn and Bacon.
- 📖 Rodrigo, M. y Palacio, J. (1998). **Familia y desarrollo humano**. España: Alianza editorial.
- 📖 Rodríguez, L. (s/a). **La pareja o hasta que la muerte nos separe**. ¿Un sueño imposible?.
- 📖 Rodríguez, M. “**Sexualidad y afecto en pareja: Cómo influye el cumplimiento de expectativas emocionales en la satisfacción marital**”. Inédita. Facultad de Psicología. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Clínica. UNAM. México. 1994.
- 📖 Rojas, G. “**La relación entre las expectativas, satisfacción y rendimiento académico en los alumnos de la Facultad de Psicología**”. Inédita. Facultad de Psicología. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Educativa. UNAM. México. 1997. p.11.
- 📖 Sánchez, y Gutiérrez. (2000). **Terapia familiar**. Modelos y técnicas. México: Manual Moderno.
- 📖 Satir, V. (1991). **Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar**. México: Pax.
- 📖 Satir, V. (1995). **Terapia familiar**. Paso a paso. México: Pax.
- 📖 Selekman, M. (1996). **Abriendo caminos para el cambio**. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas. Barcelona: Gedisa.
- 📖 Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. Elaboración de hipótesis, circularidad y neutralidad: tres directrices para la coordinación de la sesión. En: Selvini, M. (Comp) (1990). **Crónica de una investigación**. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli. Barcelona: Paidós.
- 📖 Simon, F, Stierlin, H. y Wynne, L. (1997). **Vocabulario de terapia familiar**. Barcelona: Gedisa.
- 📖 Sluzki, C. (1985). Cibernética y terapia familiar: un mapa mínimo. En: **The Family Therapy**. Networker. 9 (1). 26.

- 📖 Tena, E. **“Elección de pareja y actitudes hacia el matrimonio en jóvenes universitarios”**. Inédita. Tesis para obtener el Grado de Doctor en Psicología. UIA. México. 1997. pp. 25-31.
- 📖 Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan systemic approach: part. I. overview of development. Theory and practice. **Journal of marital and family therapy**. 10.
- 📖 Tomm, K. Externalización del problema e internalización de la posición como agente. En: White, M. (1984). **Guías para una terapia familiar sistémica**. Barcelona: Gedisa.
- 📖 Treas, J. y Giesen, D. (2000). Sexual infidelity among married and cohabiting Americans. **Journal of marriage and family**. 62 Feb. pp. 48-60.
- 📖 Turnbull, B. (1990). **¿Se puede medir el amor?**. Conferencia impartida en la semana de Psicología de la Universidad Iberoamericana, Aula Santa Teresa. UIA, México.
- 📖 UNAM. (2001). **Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica**. Facultad de Psicología. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala y Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- 📖 Von Foerster, H. (1991). **Las semillas de la cibernética**. Obras escogidas. Edición de Marcelo Pakman. Barcelona: Gedisa.
- 📖 Von Glasersfeld, E. Introducción al constructivismo radical. En: Watzlawick, P. (2000). **La realidad inventada**. Barcelona: Gedisa.
- 📖 Waite, L. y Joyner, K. (2001). Emotional satisfaction and physical pleasure in sexual unions: Time horizon, sexual behavior, and sexual exclusivity. **Journal of marriage and family**. 63 Feb. pp. 247-264.
- 📖 Watzlawick, P. y Nardone, G. (comps) (2000). **Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad**. España: Paidós.
- 📖 Watzlawick, P. Beavin, J. y Jackson, D. (1997). **Teoría de la comunicación humana**. Interacciones, patologías y paradojas. Barcelona: Herder.
- 📖 Whipple, Ch. y Whittle, D. (1976). **The compatibility test**. New Jersey, Prentice-Hall.
- 📖 White, M. (1994). **Guías para una terapia familiar sistémica**. Barcelona: Gedisa.
- 📖 White, M. y Epston, D. (1993). **Medios narrativos para fines terapéuticos**. Barcelona: Paidós.
- 📖 Witkowski, P., Kahn, JP. and Laxenaire, M. (1988). Mutations sociales et psychopathologie familiale. En: **Annales medico-psychologiques**. (traducción en español).

📖 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. España: Paidós.

