

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN  
PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR**

**REPORTE DE EXPERIENCIA  
PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :**

**MARÍA GUADALUPE GARCÍA GONZÁLEZ**

**DIRECTORA DEL REPORTE:  
MTRA. BLANCA E. BARCELTA EGUIARTE  
REVISORA: MTRA. LUZ MARÍA ROCHA  
COMITÉ TUTORAL:  
DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO  
DRA. DOLORES MERCADO CORONA  
MTRA. MARIA HELENA RIVERA HEREDIA  
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO  
DRA. MARIA BLANCA MOCTEZUMA YANO**



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.

# INDICE

## Capítulo I Introducción

<b>1.1</b>	<b>Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar</b>	<b>1</b>
1.1.1	Características del campo psicosocial	1
1.1.2	Principales problemas que presentan las familias	2
a)	Situación actual y principales problemas en el mundo	2
b)	Situación actual y principales problemas en México	5
1.1.3	La terapia familiar Sistémica y Postmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	8
<b>1.2</b>	<b>Caracterización de la entidad y sedes donde se realizó el trabajo clínico</b>	<b>10</b>
1.2.1	Descripción de los escenarios	10
1.2.2	Análisis sistémico de los escenarios	13
1.2.3	Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.	14

## Capítulo II Fundamentos de la terapia familiar

<b>2.1</b>	<b>Análisis teórico conceptual del marco epistemológico</b>	<b>16</b>
2.1.1	Teoría General De Sistemas	16
2.1.2	Cibernética	18
2.1.3	Teoría de la Comunicación Humana	20
2.1.4	Los trabajos de Gregory Bateson	22
2.1.5	Constructivismo y Construccinismo Social	24
<b>2.2</b>	<b>Análisis de los principios teóricos y metodológicos de los modelos de intervención en terapia familiar sistémica y posmoderna</b>	<b>28</b>
2.2.1	Modelo estructural	28
2.2.2	Modelo estratégico	34
2.2.3	Modelo de terapia breve centrada en el problema	41
2.2.4	Modelo de milán	47
2.2.5	Terapia breve centrada en soluciones	54
2.2.6	Terapias posmodernas	61
	Terapia colaborativa	61
	Equipo reflexivo	64
	Terapia narrativa	67

## **Capítulo III**

### **Desarrollo y aplicación de Competencias profesionales**

<b>3.1 Habilidades clínicas terapéuticas</b>	<b>74</b>
<b>3.1.1 Presentación de casos</b>	<b>76</b>
Caso 1	76
Caso 2	82
Caso 3	89
Caso 4	94
<b>3.2 Habilidades de investigación</b>	<b>101</b>
<b>3.2.1 Investigación Cuantitativa</b>	<b>101</b>
<b>3.2.2 Investigación Cualitativa</b>	<b>101</b>
<b>3.3 Habilidades de enseñanza y difusión</b>	<b>102</b>
<b>3.3.1 Elaboración y presentación de productos tecnológicos</b>	<b>102</b>
<b>3.3.2 Elaboración y presentación de programas de intervención comunitaria.</b>	<b>103</b>
<b>3.3.3 Reporte de presentación en foros académicos</b>	<b>104</b>
<b>3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional</b>	<b>104</b>

## **Capitulo IV**

### **Consideraciones Finales**

<b>4.1 Resumen de habilidades y competencias adquiridas</b>	<b>107</b>
Habilidades teórico conceptuales	107
Habilidades clínicas	108
Habilidades de Investigación	109
Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, de atención y prevención comunitaria.	109
<b>4.2 Incidencia en el campo psicosocial</b>	<b>110</b>
<b>4.3 Análisis del sistema terapéutico total</b>	<b>110</b>
<b>4.4 Reflexión y análisis de la experiencia</b>	<b>112</b>
<b>4.5 Implicaciones en la persona del terapeuta</b>	<b>113</b>
<b>Referencias</b>	<b>115</b>
<b>Apéndice 1</b>	<b>123</b>
<b>Apéndice 2</b>	<b>133</b>

# CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

---

## 1.1 ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR

### 1.1.1 Características del campo psicosocial

Ackerman (1969) define a *la familia* como la unidad básica de la sociedad que proporciona las condiciones para la unión del hombre y la mujer de manera que estos puedan tener hijos y asegurarles alimentación y energía. La familia además de proporcionar los cuidados para la conservación y el crecimiento físico de los hijos, también se encarga de su desarrollo mental. Sostiene que la familia atraviesa por etapas secuenciales de desarrollo, en las que la organización se ve sometida a cambios significativos. En cada etapa la familia enfrenta diferentes crisis y en la medida que evoluciona de una etapa a la siguiente debe ir descubriendo un nuevo equilibrio coherente a las nuevas condiciones. Plantea que son dos las funciones de la familia: asegurar la supervivencia y la socialización de sus miembros.

La *familia* ha sido definida como una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Desde el marco relacional y partiendo de los principios de la Teoría General de Sistemas (TGS), Andolfi (1985) concibe a la *familia* como “un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior” (p.18). Se trata de un sistema en constante transformación que se adapta a las diferentes exigencias de las etapas de desarrollo por las que atraviesa, para dar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros. Por otro lado, afirma que la familia es un sistema activo que se autogobierna por medio de reglas que han sido desarrolladas y modificadas a través del tiempo y que permiten experimentar lo que esta permitido o no en la relación.

De acuerdo a la concepción de Macías (2004), *la familia* es un grupo de adscripción natural y/o pertenencia primaria, de convivencia, con o sin lazos de consanguinidad, en el que se comparte la escasez o abundancia de recursos de subsistencia y servicios, generalmente bajo el mismo techo, y que incluye dos o más generaciones al menos en alguna etapa de su ciclo vital, que permite o facilita la subsistencia de sus miembros y el desarrollo de sus potencialidades. Macías sostiene que las funciones psicosociales de la familia son:

1. Provee satisfacción a las necesidades biológicas de subsistencia.
2. Constituye la matriz emocional de las relaciones afectivas interpersonales.
3. Facilita el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar.
4. Provee los primeros modelos de identificación psicosexual.
5. Inicia el entrenamiento de los roles sociales.
6. Estimula el aprendizaje y la creatividad.
7. Trasmite valores, ideología y cultura.

### 1.1.2 Principales problemas que presentan las familias

## **a) Situación actual y principales problemas en el mundo**

Las organizaciones internacionales han vuelto su mirada a lo que está ocurriendo en el interior de la familia y reconocen su importancia en cuanto a ser el elemento crucial para el desarrollo del individuo.

La Organización de las Naciones Unidas proclamó en 1994 el "Año Internacional de la Familia", con el tema "Familia, recursos y responsabilidades en un mundo en evolución". Cuyo objetivo fue impulsar la adopción de medidas en el plano internacional con el fin de mejorar la condición de la familia. Además del Año Internacional, la ONU promueve la observancia anual del "Día Internacional de la Familia", cada 15 de mayo, lo cual constituye una oportunidad para sensibilizar sobre cuestiones relacionadas con la familia.

De esta forma, la ONU (2003) manifiesta su preocupación por el estado actual de la familia, y por las transformaciones que ha sufrido, y que la están alejando de la noción tradicional de familia, la cual se basa en la complementariedad de la división de funciones productivas y reproductivas de acuerdo al género. Entre los cambios que se están acrecentando en la familia en el mundo occidental se encuentran el que los hogares disminuyen en tamaño y duración, que la familia está entregando sus funciones a entidades corporativas del Estado y que el valor de la vida familiar ha disminuido.

Los problemas que enfrenta la familia en la actualidad en el mundo son tan vastos y complejos que es difícil exponerlos en su totalidad. Aquí se tomarán sólo algunas cuestiones, sin pretender con ello abarcar los retos medulares que tienen las familias de todo el mundo. Sólo es un intento de apuntar algunos problemas que van marcando una tendencia en la constitución familiar en el mundo.

Podemos observar que las diferencias de género son actualmente un tema de interés mundial, que afecta en forma indiscutible la forma en que las familias viven. Las diferencias de oportunidades entre hombres y mujeres matizan la estructura familiar.

En septiembre de 2002, en la [Declaración del Milenio](#) en la ONU, Jefes de Estado y de Gobierno de un total de 189 países se declararon empeñados en hacer realidad para todas las personas el derecho al desarrollo y en poner a toda la especie humana al abrigo de la necesidad. Entre los objetivos de la Declaración se encuentra la promoción de la igualdad de los géneros y la autonomía de la mujer.

El desarrollo igualitario de hombres y mujeres, es uno de los seis objetivos del *Programa de Educación para Todos* llevados a cabo por la ONU (2002). A pesar de ello, en uno de sus últimos informes la UNESCO (2003) ha arrojado datos respecto a la desigualdad en las oportunidades de educación entre niños y niñas, siendo estas las más desfavorecidas, ya que el 57% de los 104 millones de niños del mundo sin escolarizar (estimación referente a los niños en edad de asistir a la escuela primaria) son niñas. Sobre los 128 países de cuyos datos se dispone para el año 2000 (año de referencia), 52 han alcanzado ya el objetivo de paridad entre los sexos o lo alcanzarán, en la enseñanza primaria o secundaria, el 2005 es el año meta en que los Estados integrantes de la ONU se comprometieron a alcanzar un estado de paridad entre sexos.

En dicho informe, se analizan los esfuerzos que se están realizando en el mundo entero para incrementar la escolarización de las niñas, que, en primaria, progresó más rápido que la de los niños en el decenio de 1990-2000. A escala mundial, el índice de paridad entre los sexos pasó del 0,89 al 0,93 (el IPS 1 indica la paridad entre varones y niñas). No obstante, la discriminación que sufren las niñas a la hora de ir a la escuela sigue siendo un grave problema.

Otro aspecto relacionado con la desigualdad entre hombres y mujeres es el relacionado a la violencia intrafamiliar ejercida principalmente por los hombres sobre las mujeres y también sobre los niños. De esta forma es posible observar que, la prevalencia de violencia entre las parejas, así como el maltrato doméstico e infantil ha aumentado de manera considerable en los últimos 50 años, siendo la mujer en la mayoría de los casos quien recibe la violencia (Alva, 2002; Rodríguez, 1999).

Estos datos permiten reflexionar sobre el papel que las familias pueden estar jugando en esta situación de desventaja. La discriminación de los sexos está arraigada en esquemas de género que ponen en desventaja a las mujeres y estos esquemas son transmitidos por toda una estructura ideológica de los países, pero también por las familias, como instituciones de preservación de cultura y tradición. Los problemas que de esto se derivan son múltiples, entre ellos: la pobreza que afecta predominantemente a las mujeres, trasgresión de sus derechos básicos, dominación de un sexo sobre el otro y sus correspondientes efectos en violencia, abandono y menores posibilidades de calidad de vida para la mujer.

En 1998, durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo se reconoció que además de la nuclear en el mundo existen otros tipos de familias como las uniparentales (un cónyuge solo con hijos), extensas (compuestas por varios núcleos) y las patriarcales y matriarcales que se constituyen sobre la figura del padre y la madre respectivamente; además de otras como son las varilocal (conviven con la familia del varón), la poligámica (donde el varón convive con varias mujeres) o las conmuters conformadas por cónyuges que viven en sitios diferentes por razón de su trabajo y sólo conviven los fines de semana o en vacaciones.

De acuerdo a la Federación Internacional para la Planificación de la Familia (s.f.) las familias uniparentales están incrementándose en el mundo. La Federación reporta que en 1998 casi una tercera parte de todas las familias con hijos en Estados Unidos, y el 22 por ciento en Canadá, eran encabezadas por un solo progenitor; el 80 por ciento de los cuales eran mujeres y que en promedio en Europa, el 13 por ciento de los niños viven con un solo progenitor. En tanto que en África Meridional los hogares encabezados por mujeres constituyen el 42 por ciento, del 10 al 24 por ciento en Asia, el 22 por ciento en Latinoamérica, y el 30 por ciento en las regiones desarrolladas.

Los padres tienen que solucionar diferentes cuestiones, entre las cuales se encuentra el manejo del tiempo y dinero, el establecimiento de una buena comunicación con los hijos, la disciplina y socialización de éstos, entre otros (Ferrer, 2002), pero estas cuestiones suelen ser más desafiantes para los padres y madres solteros. Tienen que enfrentar los problemas y tomar decisiones ellos solos, sin contar con el apoyo de una pareja con quien compartir funciones y responsabilidades. La sobrecarga de estrés debido a esta situación puede conducir a dificultades en el cumplimiento de sus funciones, con consecuencias que irán de menos a más graves según cada caso.

Las tasas de divorcio, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, se están incrementando. La ruptura de la relación conyugal generalmente deteriora las condiciones económicas de la madre y los hijos. La separación y el divorcio pueden también estigmatizar socialmente a la madre reduciendo su estatus social y limitando el apoyo de redes provenientes de la familia del cónyuge (Bruce, Lloyd & Leonard, 1995).

La existencia de hogares monoparentales con jefatura femenina obedece a diversos factores, sobresaliendo los de índole demográfica, económica y cultural. El embarazo adolescente y el embarazo en ausencia de una relación conyugal; el divorcio, las separaciones, el abandono y la viudez, son fenómenos que han contribuido al incremento de las proporciones de mujeres jefas de hogar y de las madres solteras. En ciertos países subdesarrollados, entre el 40 y 60 por ciento de las mujeres en edad de los cuarenta señalaron que su primer matrimonio se había disuelto (República Dominicana, Ghana, Indonesia y Senegal) y en otros países se registró un 25 por ciento de las mujeres en la misma situación. Por otra parte, los datos demuestran que la tasa de divorcio en los países desarrollados se ha incrementado notablemente y varía de país en país. Por ejemplo, en Italia se registran ocho divorcios por cada 100 matrimonios, mientras que en Estados Unidos hay 55 divorcios por cada 100 matrimonios (Lloyd y Duffy, 1995).

Otro problema que ha tomado dimensiones importantes es el consumo de alcohol y drogas por parte de la población adolescente. Las estadísticas nacionales e internacionales reportan un aumento en la cantidad de jóvenes fármaco dependientes y una disminución de la edad en la que comienzan el consumo (Martínez, 2003).

Un problema que suele ser tomado con relativa ligereza es el que denuncia Garbarino (1999), él declara que existe un ambiente social tóxico en el mundo de los niños. Hoy en día, los niños están expuestos a todo tipo de mensajes a través de los medios masivos de comunicación que no promueven conductas responsables en ellos, en temas como sexualidad, consumismo, salud, entre otros, por otro lado, el remolino de cambios sociales a los que nadie puede adaptarse fácilmente y los problemas cada vez más frecuentes en las relaciones interpersonales, que aumentan cada vez más las probabilidades de que los padres terminen separándose, sugieren una plataforma muy débil para el pleno desarrollo de los niños. Estos se vuelven más vulnerables cuando, debido a las ocupaciones profesionales de los padres, los niños tienen que pasar largas horas a solas, sumado a la disminución creciente en el tiempo que los padres dedican a compartir con sus hijos en actividades recreativas. Se encuentran así en una situación de riesgo, al carecer cada vez más de personas que les protejan y guíen.

Con relación a los problemas de salud mental se sabe que la depresión ocupa el primer lugar a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud calcula que existen hasta 180 millones de enfermos mentales víctimas de depresión mayor, desorden que dentro de los padecimientos anímicos se perfila como uno de los más graves, ya que en éste se pueden dar situaciones de desesperanza, alejamiento e incluso de acciones suicidas.

Como se hace evidente, por los datos antes presentados, los problemas de la familia en el mundo son de diversa índole y la manera en que la sociedad los enfrente determinará la forma en que vivamos en el futuro, la influencia de la familia sobre la sociedad es innegable, por lo tanto es un reto para los gobiernos del mundo el diseñar políticas

familiares explícitas, ya que hasta ahora podemos observar que existen intervenciones dispersas y no coordinadas.

## **b) Situación actual y principales problemas en México**

Las diversas transformaciones políticas, económicas, tecnológicas, científicas y sociales que se han vivido en las últimas décadas en México y en el mundo, han afectado la conformación y la dinámica de las familias. Las relaciones familiares se han transformado, como una manera de responder más eficazmente a las demandas sociales (Minuchin, 1981).

Los cambios sociales han llevado a institucionalizar cambios en el interior de la familia. Sin duda, la familia se encuentra en una etapa de transición, donde los modelos anteriores son insuficientes para hacer frente a las demandas que la época actual, pero en la que aún no se desarrollan modelos alternos que tomen el lugar de los anteriores.

Las estadísticas muestran que hoy, a diferencia de hace tres o cuatro décadas, las familias en México tienden a tener menos hijos; el promedio de hijos por mujer era de 3.0 en la década de los 70 y bajó a 2.5 en el año 2005; además se observa que la tasa de crecimiento media anual de la población pasó de 3.0 en la década de 1950 a 1960 a 1.0 en el periodo de 2000 a 2005. Además las relaciones conyugales muestran una propensión a durar menos años; la relación divorcios-matrimonios pasó de 3.2 en la década de 1970 a 11.8 en el año 2005 (INEGI, s.f.).

También se observa un aumento en el nivel educativo de las mujeres, en la década de los años 60 solo el 0.5 por ciento de las mujeres accedían a nivel educativo superior, en tanto que para el año 2005 el 11.8 por ciento tiene acceso a ese nivel educativo. Aunado a lo anterior vemos que en la actualidad hay una mayor participación femenina en la fuerza laboral, ya para el año de 1990 la tasa de participación económica de la mujer era de 31.4 por ciento y en el 2004 alcanzaba el 37.5 por ciento; por lo tanto, tiende a haber cada vez menos hogares en donde el hombre sea el único sostén económico y más con múltiples proveedores. Asimismo, parece haber una nueva preferencia a vivir en unión libre, en el año de 1970 se realizaban 7 matrimonios civiles por cada 100 habitantes mientras que para el año 2004 el número de matrimonios disminuyó a 5.7; en tanto que las parejas en unión libre aumentaron de 7.4 por ciento en 1990 a 10.3 por ciento en el año 2000 (INEGI, s.f.).

Otro fenómeno importante, es el aumento de hogares uniparentales, con una marcada predominancia de mujeres al frente de estos hogares. Por el lado contrario, una de las dinámicas familiares que menos ha cambiado, es la tendencia a depositar en las mujeres las labores domésticas, el INEGI (s.f.) reporta que la tasa de participación en el trabajo doméstico para el año 2004 era de 65.2 en el caso de los hombres y de 96.2 para las mujeres, lo que hace evidente que las labores domésticas parecen seguir siendo responsabilidad de las mujeres, independientemente de su nivel educativo y su actividad laboral, así como de su participación en otras responsabilidades familiares; aun cuando hay más colaboración masculina en las tareas familiares, las labores domésticas se siguen concibiendo como responsabilidad de las mujeres.

En México se distinguen principalmente dos tipos de hogares, los familiares (que incluyen un jefe de la familia, el cónyuge e hijos) y los no familiares (referentes

principalmente a aquellos unipersonales). Entre 1990 y 2000 se ha observado una disminución en los hogares familiares y un aumento en los unipersonales. Por otro lado, dentro de los hogares familiares, la familia extensa sigue teniendo un papel importante, pues mientras el porcentaje de familia nuclear se ubica en 48.7%, las extensas se presentan en el 35.9% de los casos. Estos datos pueden estar hablando de una tendencia significativa en la presencia de familias uniparentales, pero también de una relativa constancia del estilo tradicional de México en cuanto a familia extensa se refiere (Rodríguez, 1999).

De acuerdo con las tendencias mencionadas y los consecuentes cambios que se están gestando en las familias en México, ciertas problemáticas están surgiendo también como consecuencia e incluso como síntoma de dichas transformaciones.

- ✓ **La Violencia familiar** afecta a toda la población, pero especialmente a mujeres, niños y niñas sin distinción de estrato socioeconómico ni grado académico. La principal fuente de violencia para la mujer proviene de su pareja conyugal; en estos casos la violencia toma forma de agresión verbal, prohibiciones, golpes y amenazas de muerte. En cuanto a la problemática de violencia familiar, el INEGI (2003) reporta que el 46% de las mujeres al menos han vivido un incidente de violencia en los últimos doce meses, y los porcentajes de las formas de maltrato son los siguientes: el 38% emocional, 9% físico y el 7% sexual y el 29% económica. Llama la atención la forma en que interactúan estos datos, pues el grupo de mujeres que reciben o reportan más episodios de violencias son las económicamente activas, los otros grupos se refieren a las mujeres que siguen sólo actividades domésticas y quienes llevan otra actividad remunerada. De acuerdo con estos datos, las mujeres que reportan violencia familiar son aquellas que llevan un doble rol, el de amas de casa y el de proveedoras.
- ✓ **SIDA.** A partir de su aparición en México en el año de 1983, ha ido en aumento, afectando principalmente a hombres, aunque sigue incrementándose constantemente en las mujeres. Debido a que la causa de transmisión de este virus sigue siendo predominantemente vía sexual, se hace evidente que falta mucho en materia de educación sexual y en prácticas preventivas, tema concerniente a todas las instituciones sociales, entre ellas la de la familia.
- ✓ **El maltrato infantil** va en aumento y suele ser ejercido principalmente por las mujeres, seguidas por los padres, padrastros, madrastras y abuelos. El trabajo de muchas instituciones y organizaciones que se encargan principalmente de atender y abordar el maltrato hacia mujeres, niñas y niños, ha hecho evidente la necesidad de abordar este fenómeno como un problema de salud pública y, por tanto, las acciones de investigación, asistencia y prevención consecuentes.
- ✓ **Criminalidad.** Hoy en día más del 65% de todos los hechos criminales en el país, son perpetrados por personas menores de 25 años. 20% de las familias en México, algo así como 4.4 millones de familias, tienen de este tipo de conflictos al interior de sus hogares.
- ✓ **Fármaco dependencia.** Un problema que ha tomado dimensiones importantes es el consumo de alcohol y drogas por parte de la población adolescente. Las estadísticas nacionales e internacionales reportan un aumento en la cantidad de jóvenes fármaco dependientes y una disminución de la edad en la que comienzan el consumo. En el caso específico de México, la evidencia epidemiológica indica, que hay ciertos antecedentes familiares que pudieran estar aumentando el riesgo de consumo de

sustancias en este grupo etario, como son la desintegración familiar, la violencia doméstica, la ausencia de uno de los progenitores, el hacinamiento, el uso y abuso de sustancias dentro del grupo familiar, entre otros (Martínez, 2003). El Consejo Nacional para las Adicciones (CONADIC) en el 2004 reportó que existe una diferencia en cuanto al consumo de drogas entre los niños que viven con su familia y aquellos que no lo hacen, siendo más pronunciada entre los varones en situación de calle.

#### Uso de drogas entre menores que viven con o sin sus familias

Viven con su familia		SI	NO			SI	NO
<b>Inhalables</b>		<b>2.4%</b>	<b>19.0%</b>			<b>0.7%</b>	<b>5.5%</b>
<b>Mariguana</b>		<b>2.6%</b>	<b>13.9%</b>		<b>0.6%</b>	<b>6.0%</b>	
<b>Cocaína</b>		<b>0.5%</b>	<b>2.6%</b>		<b>0.2%</b>	<b>3.0%</b>	
<b>Pastillas</b>		<b>0.5%</b>	<b>4.6%</b>		<b>0.3%</b>	<b>2.7%</b>	
<b>Cualquier droga</b>		<b>5.6%</b>	<b>32.8%</b>		<b>1.9%</b>	<b>12.9%</b>	

Fuente: Estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades, DIF/IMP, 1998.

- ✓ **Inicio de la vida conyugal a temprana edad.** La alta prevalencia de este tipo de uniones suele considerarse como un problema potencial de salud reproductiva, sobre todo cuando los embarazos ocurren antes de que se haya alcanzado la plena madurez fisiológica. En muchas ocasiones, las uniones prematuras se originan por embarazos precoces, con frecuencia no deseados. Paralelamente, afectan la situación de las mujeres, ya que por lo general las orillan a abandonar los estudios y a perpetuar las condiciones de desventaja con las que inician su vida familiar. Por ejemplo, las mujeres que se unen precozmente tienen mayores probabilidades de terminar su periodo reproductivo con una descendencia mayor: quienes iniciaron su vida conyugal antes de los 18 años lograron una descendencia de 4.8 hijos doce años después, mientras que las mujeres que iniciaron su vida conyugal a partir de los 23 años presentan una paridad de 3.2 hijos en el mismo lapso (CONAPO, 1995).

#### 1.1.3 La terapia familiar Sistémica y Postmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.

De acuerdo con Hoffman (1987) el movimiento de Terapia Familiar surgió como parte de un intento de revisión y de rebelión, en contra de las ideas dominantes en la salud mental, es decir, de las concepciones que durante toda la primera mitad del siglo XX, organizaron el pensamiento en la psicología. Prácticas nacidas del psicoanálisis que implicaban pensar en los individuos como unidades aisladas y construir explicaciones lineales de causa-efecto para explicar los problemas.

Con el paso del tiempo el movimiento de terapia familiar se fue diversificando, produciendo una variedad de enfoques que van desde el histórico, el ecológico, el

estructural, el estratégico y el sistémico; cada uno con sus respectivas premisas, técnicas, hipótesis, énfasis y demás características (Hoffman, 1987).

Para entender en qué consiste la Terapia Familiar es necesario pensar en ciertos principios, que puedan englobar a todos los enfoques que dentro de ella han surgido, lo que nos lleva de regreso a los principios más importantes de la Teoría General de Sistemas.

El paradigma de la terapia familiar sistémica plantea que ni las personas ni sus problemas existen fuera de un contexto, sino que ambos están íntimamente ligados a sistemas mayores, de los cuales participa la familia. Por lo que es necesario tomar en cuenta el funcionamiento familiar y no sólo el del paciente identificado, al que se considera “portador” del síntoma.

La visión sistémica constituye como su objeto de reflexión e intervención a las relaciones interpersonales. Surgiendo así la posibilidad de considerar los problemas psicológicos en contexto, no como manifestaciones de propiedades internas, sino como parte de pautas de interacción (Anderson, 1999; Hoffman, 2002).

Ahora bien, la terapia sistémica y posmoderna es una buena opción para dar atención a los problemas presentados actualmente por las familias y los individuos. Si se toma en consideración la difícil situación económica de nuestro país, únicamente una parte minoritaria de la población podría acceder a un tratamiento de psicoterapia de larga duración.

Los enfoques sistémicos y posmodernos representan alternativas viables en el corto plazo para la resolución de la problemática de las familias, al establecerse objetivos concretos de tratamiento, es posible reducir el número de sesiones y como consecuencia se incide en la reducción de costos económicos para quien solicita el servicio terapéutico.

Por otro lado, los efectos de la intervención de terapia familiar sistémica se amplían hacia sistemas más grandes y abarcativos en la vida de las personas, rebasando en muchos de los casos a la familia nuclear. En este sentido pueden convertirse en intervenciones a nivel preventivo en otros sistemas.

Por otro lado, el encuadrar la práctica terapéutica en la epistemología posmoderna concede posibilidades novedosas de tratamiento y de contacto con los pacientes y su problemática. Así mismo las terapias posmodernas ponen énfasis en la necesidad de enfocar el tratamiento terapéutico en el contexto social y político de quienes solicitan el servicio. Las terapias posmodernas hacen hincapié en no perder de vista el contexto social en el que se desarrolla el problema de las personas que solicitan el servicio terapéutico. Se retoman los contextos sociales, culturales y políticos en los que se desenvuelve la familia, al contrario de los enfoques tradicionales que se remiten al síntoma. Integrar estos conceptos permite que las soluciones se adecuen a cada familia, ya que se elimina el concepto de normalidad como tradicionalmente es abordado en psicología.

Una de las aportaciones de la terapia familiar, tanto sistémica como posmoderna ha sido la eliminación de constructos como normalidad y patología, lo que ha abierto nuevas

posibilidades para el trabajo clínico, ya que dichos constructos han sido utilizados como etiquetas clasificatorias, que lejos de generar alternativas de solución derivan en la perpetuación de la problemática.

Los diferentes modelos de terapia familiar sistémica han probado ser útiles en diferentes problemáticas, por ejemplo: la terapia centrada en soluciones ha demostrado ser útil en psicoterapia (Bayenbach et al. en Botella y Vilaregut, s.f.; Lipchik y Kubicki, 1996), se usa también en contextos educativos (Murphy, 1996) y en tratamientos hospitalarios (Vaughn, Young, Webster & Thomas, 1996).

La eficacia global del modelo sistémico se considera probada. Los estudios metaanalíticos realizados hasta la fecha (Hazelrigg, 1987; Markus, 1990; Shadish, 1993; en Botella y Vilaregut, s.f.) demuestran que las familias tratadas con terapia familiar mejoran más las no tratadas.

En el área de salud mental, particularmente en lo referente al tratamiento de la esquizofrenia, se ha demostrado el éxito de los programas que combinan la medicación farmacológica con la terapia familiar, al grado de que ya no se plantea si los tratamientos familiares para esta problemática son eficaces o no, sino cuestiones relacionadas con la interacción entre dosis, fases de la enfermedad, intensidad y duración del tratamiento (Diamond et al. 1995).

En lo que se refiere a desórdenes de la alimentación como la anorexia, se han atribuido como factores de riesgo ciertos aspectos del funcionamiento familiar (Humphrey, 1994), como habían propuesto varias décadas atrás algunos autores sistémicos como Mara Selvini. En lo que a su tratamiento se refiere Minuchin, Rosman, y Baker en 1978 informaron de una eficacia del 86% con una terapia familiar de orientación estructural. Más recientemente en un estudio llevado a cabo por Russell (1987) se llegó a la conclusión que la terapia familiar produjo más mejoría en términos de mantenimiento del peso y funcionamiento menstrual en las pacientes menores de 18 años, mientras que las pacientes mayores de 18 años mejoraron más en terapia individual, manteniéndose estos resultados al cabo de cinco años de seguimiento (Russell et al. 1994).

Existe abundante literatura empírica sobre los aspectos del funcionamiento familiar que constituyen factores de riesgo para la manifestación de trastornos oposicionales y trastornos de la conducta infantil (Kazdin, 1987). El tratamiento de estos problemas desde un enfoque sistémico ha arrojado resultados altamente positivos, cuyos beneficios terapéuticos se extienden al rendimiento escolar, a la conducta de los hermanos, el estrés y depresión de las madres de los niños que manifestaban las conductas oposicionales (McMahon, 1994; en Botella y Vilaregut, s.f.).

En lo que se refiere a la terapia familiar de las adicciones existe abundante literatura empírica sobre los aspectos del funcionamiento familiar que resultan ser factores de riesgo para las adicciones entre adolescentes (Liddle y Dakof, 1994).

En la década de los 80, el programa estadounidense Addicts and Families Project (Stanton & Todd, 1982; en Botella y Vilaregut, s.f.) hizo una adaptación del trabajo de Minuchin y Haley a un formato de terapia familiar estratégico/estructural que se aplicó a pacientes fármaco dependientes, obteniendo muy buenos resultados en cuanto al número de días sin consumir durante un año de tratamiento.

Con posterioridad a esta investigación, otros estudios en forma independiente han demostrado la superioridad la de terapia familiar breve (de entre 10 y 16 sesiones) con relación a la terapia individual o grupal en cuanto a la reducción del consumo (Szapocznik, Rio, & Kurtines, 1991). Una ventaja que distingue al tratamiento familiar con este tipo de pacientes es que la tasa de deserción de la terapia familiar que es de entre un 11% y un 30% es mucho menor que en terapia grupal de un 49% y un 56% (Diamond, Serrano, Dickey & Sonis, 1995).

## 1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ENTIDAD Y SEDES DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO CLÍNICO

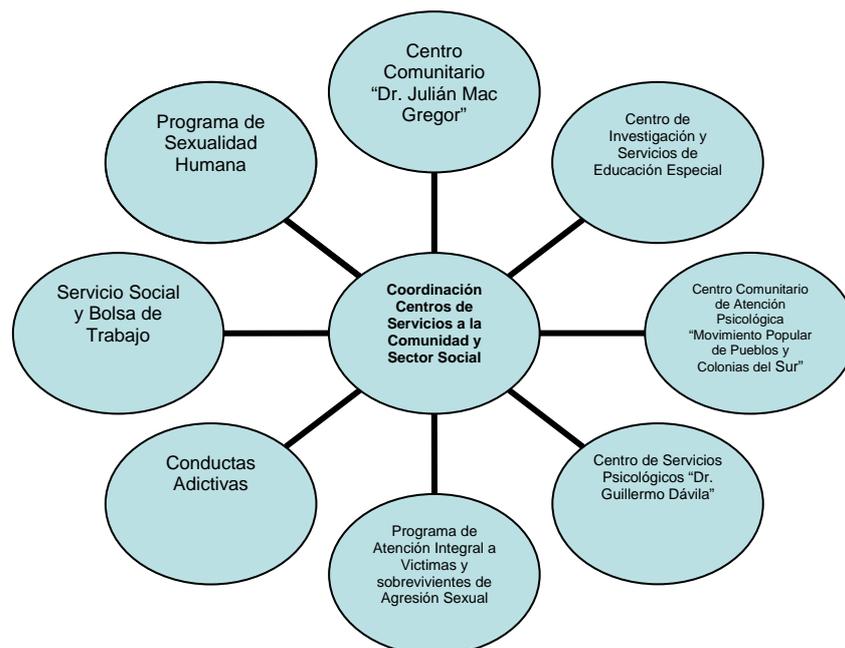
El programa de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica se llevó a cabo en la Facultad de Psicología. En dicha entidad académica se cuenta con las aulas, biblioteca, centro de documentación, laboratorio de cómputo, bases de datos automatizadas; así como también con el equipo y los recursos humanos necesarios para impartir los cursos formales escolarizados y con el personal docente necesario para la formación de terapeutas familiares sistémicos.

### 1.2.1 Descripción de los escenarios

*Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”*

El primer centro de atención comunitaria en la Facultad de Psicología fue inaugurado el 8 de mayo de 1981, siendo la responsable de su coordinación la Lic. Josette Benavides. Inicialmente este centro se encontraba adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado, fue hasta 1983 que adquirió su autonomía.

Actualmente el Centro de Servicios Psicológicos pertenece a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social.



Fuente: García (2005)

El funcionamiento del centro está orientado a cumplir los siguientes objetivos:

- ✓ Proporcionar atención psicológica de calidad a la población universitaria y a la comunidad en general, enfocando dicho servicio a los siguientes aspectos:
  - a) *Informativo*, proporcionar, mediante un banco de información institucional, la orientación necesaria acerca de las diversas instituciones que ofrecen servicios en el área de la salud mental.
  - b) *Preventivo*, por medio de ciclos de conferencias, talleres, cursos, mesas redondas sobre temas relevantes para la comunidad.
  - c) *Académico*, mediante la organización de talleres relativos a hábitos de estudio, ansiedad ante los exámenes, entre otros
  - d) *Terapéutico*, a través de las diferentes modalidades terapéuticas que ofrece el centro (terapia individual, familiar, infantil, grupal, entre otros).
- ✓ Apoyar a la docencia en el desarrollo de programas de entrenamiento teórico-práctico para estudiantes de posgrado, desde diversas especialidades, contando para ello con la estrecha supervisión de maestros altamente calificados.
- ✓ Fortalecer la producción científica y la investigación aplicada, a través de incidir en problemas sociales reales que requieren la atención del psicólogo.
- ✓ Difundir los productos del quehacer psicológico, a través de la participación en foros científicos y en la comunidad.

Este Centro de Servicios se encuentra ubicado en el edificio “D” de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria. Cuenta con una sala de espera, una recepción, con 12 cubículos de atención individual, 6 cámaras de gesell equipadas con equipo de audio y video grabación, espejo bidireccional de observación y mobiliario necesario para llevar a cabo las sesiones terapéuticas (sillones, sillas y mesas,). Asimismo, dentro del Centro existe una sala para residentes, en la cual los estudiantes de las diferentes residencias de posgrado pueden reunirse para comentar sus casos, leer, estudiar, citar a sus pacientes vía telefónica, entre otras. Anexa a esta sala, existe una pequeña cocina para los residentes, así como para el resto de los terapeutas que laboran para este Centro.

El nivel de atención que proporciona esta sede a la comunidad es secundario, ya que asisten a pedir el servicio psicológico las personas que ya presentan un problema. Para ser atendidas, las personas deben llenar una solicitud y acompañarla de una identificación oficial, las cuales presentan en la recepción del Centro, con lo cual tienen acceso a una primera entrevista o preconsulta. De acuerdo con el motivo de consulta las solicitudes y con la información extraída de la primera entrevista se canalizan a los diferentes programas existentes en el Centro. Una vez recibidas las solicitudes, cada programa se encarga de citar a las personas de acuerdo con sus horarios de atención. El costo de la consulta puede oscilar entre los \$50 y los \$150, siendo el solicitante quién decide el monto que puede pagar, el cual deberá cubrir antes de presentarse a su cita.

Los diferentes programas a través de los cuales el Centro proporciona sus servicios son:

- ✓ Programa de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual.
- ✓ Terapia con enfoque psicoanalítico.
- ✓ Dictámenes para guarda y custodia de niños en caso de divorcio.
- ✓ Modificación de hábitos alimenticios.

- ✓ Terapia Familiar.
- ✓ Terapia de pareja.
- ✓ Retroalimentación biológica.
- ✓ Terapia conductual infantil
- ✓ Programa de atención psicológica a enfermos crónicos degenerativos.

*Centro Comunitario “Dr. Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro”*

Esta sede clínica fue creada después que el Centro de Servicios “Dr. Guillermo Dávila”, basada en el mismo objetivo de articular la teoría y la práctica en el ejercicio profesional de la psicología.

Los principales objetivos de este Centro son:

- ✓ Participar en la profesionalización de los estudiantes de las diversas áreas de la licenciatura en Psicología y sus diferentes posgrados, mediante su incorporación en el diseño, desarrollo y evaluación de programas, proyectos y actividades, que redunden en beneficio para la comunidad en la que se encuentra ubicado el Centro.
- ✓ A partir del conocimiento de las características y problemáticas de dicha comunidad, contribuir a la comprensión e incidencia de las mismas, contando para ello con la participación activa de los diferentes grupos que conforman la colonia.

Este Centro Comunitario se encuentra ubicado en la calle de Tecacalo Mz. 21 Lt. 24 en la colonia Ruiz Cortines de la delegación Coyoacán. Cuenta con una sala de espera, una recepción, dos cámaras de gesell, equipadas con equipo de audio y espejo bidireccional de observación y mobiliario necesario para llevar a cabo las sesiones terapéuticas, dos aulas para impartir cursos o talleres, una biblioteca, una sala de cómputo y varios cubículos para profesores y un comedor.

Con excepción del Programa de Terapias, este centro ofrece un nivel de atención primaria, ya que el énfasis de sus programas se encuentra en los aspectos preventivos. Para ser atendidas dentro del Programa de Terapias, las personas se presentan al Centro a solicitar el servicio y proporcionan sus datos así como su motivo de consulta, con lo cual dependiendo de la capacidad que tenga el centro en esos momentos, se decide si se les canaliza a otras instituciones o al Programa de Terapias. Si se decide esto último, los datos de las personas son proporcionados a los terapeutas, quienes las citan dentro de sus horarios de trabajo. El costo de la consulta es de \$50.

Los diferentes programas a través de los cuales esta sede proporciona a la comunidad sus servicios son:

- ✓ Violencia pública e intrafamiliar.
- ✓ Problemas en las relaciones de pareja.
- ✓ Participación ciudadana.
- ✓ Problemas escolares.
- ✓ Salud reproductiva y sexualidad.
- ✓ Cultura organizacional y capacitación laboral.
- ✓ Adicciones.
- ✓ Hábitos.
- ✓ Conservación del medio ambiente.

- ✓ Programa de servicio terapéutico.

### **1.2.2 Análisis sistémico de los escenarios**

Como parte del análisis sistémico de las sedes en las que se realizó el trabajo clínico se presenta una lista de las actividades realizadas con sus respectivos responsables, por cada sede.

#### *b) Centro Comunitario “Dr. Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro”*

##### *Personal de base*

Jefa del centro: Mtra. Noemí Díaz Marroquín

Una Secretaria y 5 cinco vigilantes

##### *Personal académico adscrito*

- ✓ Programa de escuelas para padres: Lic. Héctor Alfaro González.
- ✓ Programa de psicología del deporte: Lic. Arturo Allende.
- ✓ Taller de control de emociones: Dra. Lilia Barragán.
- ✓ Talleres para padres: Lic. Noemí Barragán Torres.
- ✓ Programa de formación en la práctica: Lic. Esperanza Carlos, Mtra. Rosa María Córdoba y Lic. Noemí Barragán Torres.
- ✓ Formación en la práctica con el tema de parejas con consumo de alcohol: Mtra. Ma. de los Ángeles Cruz.
- ✓ Formación en la práctica con el tema violencia en la pareja: Profa. Noemí Díaz.
- ✓ Formación en la práctica en terapia familiar: Mtra. Carolina Díaz Walls.
- ✓ Programa de lecto-escritura: Mtra. Carime Hagg.
- ✓ Programa de hábitos alimentarios con enfoque cognitivo conductual: Mtra. Graciela Zieros.
- ✓ Servicio terapéutico con enfoque humanista: Mtra. Rosa María Córdoba.
- ✓ Servicio terapéutico: Mtra. Alejandra Manjarrez.

##### *Residencias de maestría*

Terapia familiar

Terapia infantil

Psicología escolar

##### *Grupos de prácticas curriculares*

*Alumnos de servicio social*

*Equipo voluntario*

### **1.2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.**

La inserción en los escenarios fue paulatina. En el primer semestre del programa de la maestría el trabajo se desarrolló exclusivamente en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, a partir del tercer semestre se dio atención en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro”.

En el Centro de Servicios Psicológicos “**Dr. Guillermo Dávila**” cuando las familias llegan a solicitar la terapia se realiza una entrevista de preconsulta con el objetivo de determinar el tipo de servicio en el que serían ubicados. La responsable del centro determinaba el tipo de servicio adecuado para cada paciente y entregaba a los terapeutas las solicitudes de los pacientes que eran requeridos, generalmente le entregaba varias solicitudes para dar oportunidad de contactar a los pacientes que se adaptaran al horario ofrecido por el terapeuta.

Una vez que se contaba con la solicitud, el terapeuta personalmente entraba en contacto con el paciente y concertaba una cita. Cuando se había formalizado el contacto con el paciente, era obligación del terapeuta dar aviso a la encargada del centro para la asignación del respectivo expediente, mismo que quedaba a cargo del terapeuta. Para la realización de las subsecuentes sesiones el terapeuta personalmente se ponía en contacto con el paciente.

A partir del segundo semestre el grupo de la residencia en terapia familiar a la que pertenezco se incorporó a la realización de preconsultas, una vez por semana los terapeutas familiares hacíamos entrevistas para hacer una mejor detección de los pacientes para nuestro servicio.

Cuando se terminaba el proceso terapéutico, por alta o por baja, el terapeuta debía dar aviso a la encargada del centro mediante los formatos especiales para cada caso, mismos que tenían que contar con el visto bueno del supervisor del caso.

En el Centro Comunitario “**Dr. Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro**” los pacientes que solicitaban el servicio se anotaban en una lista mencionando su problema y los datos necesarios para localizarlos. Cuando los terapeutas requerían algún paciente se dirigían a dicha lista y obtenían los datos de los pacientes para ponerse en contacto directamente con ellos. Una vez establecido el contacto se asignaba el expediente y se entregaba en carnet para el control de las citas.

## CAPÍTULO II.

### FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR

---

#### 2.1 ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO EPISTEMOLÓGICO

Para lograr una comprensión adecuada de los modelos de intervención que conforman la terapia familiar es necesario conocer las bases epistemológicas que les dieron origen, de tal suerte que su aplicación no se convierta en una replica mecánica.

##### 2.1.1 Teoría General De Sistemas

La Teoría General de los Sistemas (TGS) fue desarrollada por el biólogo Ludwig Von Bertalanffy, y su obra “Teoría General de Sistemas” fue presentada en 1968. Su trabajo fue presentado por primera vez en 1937 en el marco de un seminario filosófico en la Universidad de Chicago, sin embargo no fue bien aceptado por la comunidad científica, dominada en esa época por el pensamiento mecanicista.

Nutrida por la Cibernética, la Teoría de los juegos, la Teoría de la información, la Teoría de la decisión, las Matemáticas relacionales y el Análisis factorial, la TGS propone encontrar las correspondencias o isomorfismos entre sistemas de todo tipo, un Modelo de Sistema General que sea compatible con otros modelos de distintas disciplinas, es decir, que tenga las mismas características, aún cuando las disciplinas sean totalmente diferentes.

La TGS se plantea como un modelo práctico para conceptualizar los fenómenos que la reducción mecanicista de la ciencia clásica no podía explicar (Hoffman, 1987), ya que desde el mecanicismo el mundo se concibe como dividido en partes cada vez más pequeñas, y por el contrario, la TGS permite ver la realidad como estructuras cada vez más amplias.

En particular la TGS proporciona un marco teórico unificador tanto para las ciencias naturales como para las sociales, que necesitaban emplear conceptos tales como organización, totalidad, directividad, interacción multivariante, automantenimiento, teleología, globalidad e interacción dinámica, ninguno de dichos conceptos era abordado por los métodos analíticos de las ciencias exactas (Bertalanffy, 1968). Lo individual perdía importancia ante el enfoque interdisciplinario y la causalidad lineal fue sustituida por la circular.

La TGS permitió integrar los enfoques biológicos, dinámicos y sociales, e intentó, desde una perspectiva global, dar un nuevo enfoque al diagnóstico, a la psicopatología y a la terapia.

Para la TGS, un *sistema* se define como un conjunto de objetos, junto con las relaciones entre los objetos y entre sus propiedades. Las partes componentes del sistema son los objetos cuyas interrelaciones los cohesionan. En términos generales podemos decir que un sistema es un conjunto de partes interrelacionadas.

Parsons y Bales (1955, citado en Andolfi, 1985) definen al *sistema relacional* como un “conjunto 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; este va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada, y así sucesivamente”.

La TGS distingue entre el sistema, el subsistema y el suprasistema. Por lo que el objetivo de la teoría constituye la descripción y exploración entre los sistemas dentro de esta jerarquía.

Desde la TGS los sistemas pueden ser:

- ✓ *Abiertos*: tienen relación permanente con su medio ambiente por medio del intercambio de información.
- ✓ *Cerrados*: Hay nulo o poco intercambio de información y energía con el medio ambiente.

Bertalanffy (1968) sostiene que los sistemas tienen las siguientes propiedades:

- ✓ *Totalidad*: Un sistema es una totalidad y sus componentes y sus características sólo pueden comprenderse en función del sistema en su totalidad. El todo no es igual a la suma de sus partes. Totalidad es diferente que sumatividad.
- ✓ *Objetivo*: Los sistemas siempre están orientados hacia un objetivo. La tendencia de un sistema a mantenerse vivo. Sistemas autodeterminados.
- ✓ *Equifinalidad*: Idénticos resultados pueden tener orígenes distintos, porque las mismas condiciones iniciales no producen los mismos efectos.
- ✓ *Homeostasis*: fuerza o tendencia que hace que el sistema permanezca constante.
- ✓ *Morfogénesis*: fuerza o tendencia causante de los cambios en el sistema.
- ✓ *Equipotencialidad*: Pueden obtenerse distintos resultados a partir de una misma situación inicial.
- ✓ *Causalidad circular*: en las relaciones de los elementos de un sistema todo es principio y fin, todos los elementos influyen sobre los demás y a su vez son influidos por estos.
- ✓ *Retrolimentación*: intercambio circular de información.
  - Positiva: orientada a producir el cambio.
  - Negativa: orientada a mantener la homeostasis.

Shoderbeck (1967) destaca como características de un sistema las siguientes:

- ✓ *Organización*: La afirmación de que “el todo es más que la suma de las partes”, marca el hecho de que la organización otorga al agregado características, no sólo diferentes de los componentes considerados en forma individual, sino que dichos elementos están añadidos de manera organizada.
- ✓ *Interacción*: Las interrelaciones entre los elementos de los sistemas pueden ser múltiples, mutuas y algunas aparentemente unidireccionales, lineales o intermitentes, y pueden presentar distintos grados de eficacia y prioridades.
- ✓ *Interdependencia*: El término sistema propone la idea de un grupo de elementos individuales, cada una de los cuales tiene una parte distintiva y esencial que cumplir; pero que cada una de ellas es enteramente dependiente para su efectividad de las comunicaciones establecidas entre ella y las otras partes.
- ✓ *Integración*: Significa hacer un todo o totalizar; traer partes y juntarlas dentro de un todo.
- ✓ *Estabilidad*: El todo se renueva a sí mismo constantemente por medio de un proceso de transposición; la identidad del todo y su unidad se conserva, pero las partes

cambian. Este proceso continúa indefinidamente; en forma planeada, algunas veces, mientras que en otras ocurre sin ser percibido.

### 2.1.2 Cibernética

Cibernética, del griego *kybernetikée*, es un término que significa el arte de gobernar, fue utilizado por primera vez en 1834 por André-Marie Ampere. En sentido amplio "la Cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización" (Keeney, 1983).

La historia de la cibernética se puede considerar como un proceso que se desarrolla en tres niveles de complejidad: una Cibernética de "0 orden" o implícita, la Cibernética de "1<sup>er</sup>. Orden", reflexión explicitada en la obra de Norbert Wiener de 1948, y una cibernética de "2° Orden", reflexión sobre la reflexión de la cibernética.

#### *Cibernética de Primer Orden*

##### *Primera etapa*

Norbert Wiener realizó los primeros trabajos en cibernética (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Estudiando la conducta de tiro de los cañones antiaéreos para poder optimizar su funcionamiento, utilizando el principio de retroalimentación. Dicho principio hace referencia a un *mecanismo que reintroduce en el sistema los resultados de su desempeño. La información sobre los efectos retroactúa sobre las causas convirtiendo el proceso de lineal en circular.*

Wiener consideró que el principio de corrección del error es el mismo en las máquinas y en los seres humanos. Este principio está basado en los mecanismos de activación y corrección del error. Wiener lo denominó "Control y comunicación en el animal y la máquina" y acuñó el término Cibernética en 1948.

En esta etapa se consideraba que los procesos de corrección de la desviación (retroalimentación negativa) permitían mantener la organización y que los procesos de ampliación de la desviación llevaban a la desorganización, el caos y la destrucción del sistema. Por lo tanto, *la homeostasis como proceso autocorrectivo era el concepto predominante.* El sistema observado se considera como algo que está fuera del observador (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

##### *Segunda etapa*

Fue Magoroh Maruyama en 1963 quien definió esta etapa como "segunda cibernética" (Hoffman, 1987). Él consideró que todo sistema viviente depende para su supervivencia de dos procesos: "*morfofostasis*" y "*morfogénesis*". El primero se refiere al mantenimiento de la constancia de un sistema a través de mecanismos de retroalimentación negativa. El segundo, por el contrario, a la desviación, variabilidad del sistema a través de mecanismos de retroalimentación positiva. Los procesos de desviación y de amplificación se equilibran mutuamente.

Se empieza a considerar que la desviación y los procesos que promueven el desorden y la desorganización no necesariamente son destructivos. Las desviaciones o fluctuaciones, si se mantienen y no son contrarrestadas por mecanismos correctores, producen una bifurcación que genera un salto cualitativo hacia una nueva organización.

En esta segunda etapa de la cibernética la ampliación de la desviación y los mecanismos de retroalimentación positiva, procesos favorecedores del cambio, son vistos desde otra perspectiva y pasan a ser considerados esenciales para la evolución de los sistemas vivientes.

La Cibernética de primer orden permitió un cambio epistemológico, en el que se da un salto desde el campo de la explicación a partir de la materia y la energía, al de la información y la organización, y al del propósito o la finalidad. Se dio un cambio de la causalidad lineal a la circular.

### *Cibernética de Segundo Orden*

Los nuevos desarrollos de la física cuántica, los aportes del filósofo Ludwig Wittgenstein, del neurofisiólogo Warren Mc. Culloch, del físico, ciberneta, biomatemático y filósofo Heinz von Foerster y los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela constituyen los pilares sobre los que se ha configurado el territorio de la cibernética de segundo orden.

En 1972, Margaret Mead, siendo presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética, pronunció un discurso titulado "Cibernética de la cibernética". Es el Profesor Heinz von Foerster quien sugiere cambiar este nombre por "Cibernética de Segundo Orden" o "*Cibernética de los Sistemas Observantes*" diferenciándola de la Cibernética de Primer Orden definida como Cibernética de los Sistemas Observados.

Para la epistemología tradicional la realidad existe con independencia de quien la observa. El pensamiento científico se basa en esta premisa al considerar que la objetividad en la ciencia es fundamental y que por lo tanto, las propiedades del observador no deben estar incluidas en la descripción de sus observaciones.

En el temprano siglo XX era claro que el concepto clásico de una 'ciencia última', o sea de una ciencia que significara una descripción objetiva del mundo en la cual no haya sujetos (un 'universo sin sujetos'), contenía contradicciones. Para eliminar estas contradicciones, era necesario tomar en cuenta al observador: a) Las observaciones no son absolutas, sino relativas al punto de vista del observador; b) El acto de observar influye sobre el objeto observado al punto de anular toda expectativa de predicción de parte del observador.

La cibernética de segundo orden nos introduce en la *observación del observador*. El objeto de estudio pasa a constituirse en el observador observando su propia observación; cibernéticamente hablando, la cibernética se transforma en cibernética de la cibernética, o cibernética de segundo orden. Sus implicaciones en la terapia familiar se relacionan con la posibilidad de explicar la actividad terapéutica y la posición del terapeuta como parte del sistema y no como una agente externo al mismo. A partir de la segunda cibernética se concibe al terapeuta como un participante del sistema que co-construye.

### **2.1.3 Teoría de la Comunicación Humana**

A partir de los trabajos de Gregory Bateson, las investigaciones sobre la teoría de la comunicación adoptaron un enfoque sistémico, a partir del cual toda conducta era concebida de manera relacional y representaba una forma de comunicación.

Watzlawick, Beavin y Jackson, en su libro *Teoría de la Comunicación Humana* (1967), afirmaron que la comunicación posee algunas propiedades de naturaleza axiomática y que llevan implícitas consecuencias fundamentales para el estudio de las relaciones.

Un axioma es un enunciado básico que se establece sin necesidad de ser demostrado. Las dos características que poseen los axiomas son: indemostrabilidad y evidencia. Los axiomas no son verdaderos ni falsos en sí mismos, sino convenciones utilizadas como principios de derivación de los demás enunciados de una teoría.

Los cinco axiomas que a continuación vamos a mencionar, son propiedades simples de la comunicación que encierran consecuencias interpersonales básicas (Watzlawick et al. 1967).

### *1. La imposibilidad de no comunicar*

No hay nada que sea lo contrario de conducta. La no-conducta no existe; es imposible no comportarse. En una situación de interacción, toda conducta tiene valor de mensaje, es decir, es comunicación; por eso, por más que se 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.

### *2. Los niveles de contenido y de relación en la comunicación*

Toda comunicación posee un contenido (lo que decimos) y una relación (a quién y cómo se lo decimos) A través de la comunicación, todos podemos expresar nuestra forma de ser y la visión de la relación con la otra persona.

El nivel de contenido de un mensaje transmite información. El nivel de relación se refiere a cómo la comunicación sirve para definir el tipo de relación que se pretende establecer con el interlocutor. Las relaciones disfuncionales se definen por una disputa constante acerca de la naturaleza de la relación, en tanto que el aspecto de la comunicación relacionado con el contenido es poco a poco menos trascendente.

En el nivel relacional no se comunica nada acerca de hechos externos. Una persona A puede ofrecer a la otra B, una definición de sí misma; es propio a la naturaleza de la comunicación humana el hecho de que existan tres respuestas posibles por parte de esta última persona a la definición de la primera:

- a) *Confirmación*: la persona B puede aceptar (confirmar) la definición que A da de sí misma.
- b) *Rechazo*: otra posible respuesta de la persona B frente a la definición que la persona A propone de sí misma consiste en rechazarla. No obstante, por penoso que sea el rechazo implica al menos un reconocimiento limitado de lo que se rechaza y, por tanto, no niega forzosamente la realidad de la imagen que la persona A tiene de sí misma.

- c) *Desconfirmación*: En la desconfirmación ya no da cuenta la verdad o falsedad de la definición que la persona A da de sí misma, sino más bien la persona B niega la realidad de la persona A como fuente de tal definición. En otros términos, en tanto que el rechazo es similar al mensaje "estás equivocado", la desconfirmación asevera de hecho: "tú no existes".

### 3. *La puntuación de la secuencia de hechos*

Para un observador una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios de mensajes. Sin embargo, quienes participan en la interacción siempre introducen lo que se llama "puntuación de la secuencia de hechos".

En una secuencia prolongada de intercambios, las personas puntúan la secuencia de modo que uno de ellos o el otro tiene iniciativa, predominio o dependencia. De este modo, a una persona que se comporta de determinada manera dentro de un grupo, la llamamos "líder" y a otra "adepto", aunque sería complicado decir cuál surge primero o que sería del uno sin el otro. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar secuencia de hechos es la causa de incontrolables problemas en las relaciones.

Estos casos de comunicación patológica establecen círculos viciosos que no se pueden desarticular a menos que la comunicación misma se transforme en el tema de comunicación (metacomunicación). Pero para ello tienen que colocarse afuera del círculo.

### 4. *Comunicación "digital" y "analógica".*

Es posible referirse a los objetos de dos maneras totalmente distintas. Estos dos tipos de comunicación, uno mediante una semejanza autoexplicativa y, el otro, mediante una palabra, son equivalentes a los conceptos analógicos y digitales

La comunicación digital es transmitida por medio de símbolos lingüísticos o escritos, y será el vehículo del contenido de la comunicación. El analógico está establecido por la conducta no verbal (tono de voz, gestos, entre otros) y es el vehículo de la relación. El aspecto relativo al nivel de contenido en la comunicación se transmite en forma digital, mientras que el "nivel relativo a la relación es de carácter preponderantemente analógica.

En su necesidad de combinar estos dos lenguajes, el hombre, ya sea que actúe como receptor o como emisor, debe traducir frecuentemente de uno al otro. En la comunicación humana la dificultad inherente a traducir existe en ambos sentidos.

La psicoterapia, de acuerdo a Watzlawick et al. (1967), se aboca a la digitalización correcta y correctiva de lo analógico.

### 5. *Interacción simétrica y complementaria.*

Las relaciones se pueden agrupar en dos categorías, o son complementarias o simétricas. En el primer caso, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro; en el segundo caso, los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca.

Son relaciones basadas en la diferencia (complementarias), o en la igualdad (simétricas).

Los conceptos de complementariedad y simetría hacen referencia únicamente a dos categorías básicas en las que se puede dividir a todos los intercambios comunicacionales. Ambas cumplen funciones importantes y, por lo que se sabe por las relaciones sanas, es factible llegar a la conclusión de que ambas deben estar presentes, aunque en alternancia mutua u operando en distintas áreas. Ello significa que cada patrón puede estabilizar al otro siempre que se produzca una escapada en uno de ellos; así mismo, es posible y necesario, que los dos participantes se relacionen simétricamente en algunas áreas y de manera complementaria en otras.

### *Metacomunicación.*

En el lenguaje podemos distinguir el lenguaje-objeto y el metalenguaje. El lenguaje-objeto es aquél que "se usa"; mientras que el metalenguaje es aquél con el que "se habla" del anterior.

Es sintáctica y semánticamente correcto escribir: MÉXICO ES UNA GRAN CIUDAD, pero sería incorrecto escribir: MÉXICO TIENE TRES SILABAS, pues en este caso deben utilizarse comillas: " MÉXICO " TIENE TRES SILABAS. La diferencia entre estos dos usos de la palabra radica en que en la primera afirmación, la palabra se refiere a un objeto (una ciudad), mientras que en el segundo caso, esa misma palabra se refiere a un nombre (que es una palabra) y, por tanto, a sí misma.

Cuando dejamos de utilizar la comunicación para comunicarnos, y la usamos para comunicar algo acerca de la comunicación, utilizamos conceptualizaciones que no son parte de la comunicación, sino que se refieren a ella, y en ese momento nos estamos metacomunicando (Watzlawick et al. 1967).

## **2.1.4 Los trabajos de Gregory Bateson**

Gregory Bateson fue un científico anglo-estadounidense que incursionó en las más variadas ramas de la ciencia con un innovador enfoque holístico e integrador entre ellas.

Nació en 1904 en Estados Unidos y murió en San Francisco en 1980. Adquirió su formación científica en Cambridge, en el área de la antropología. Ésta es la misma universidad donde también estudió su padre, el notable biólogo inglés especializado en genética, William Bateson, había sido uno de los primeros genetistas, de él incorporaría muchos aspectos de la teoría de la evolución y de la teoría de sistemas.

En 1950 participó en la Conferencia Macy sobre cibernética, donde se nutrió de las ideas de Warren McCulloch, Norbert Wiener, John von Neuman, entre otros.

Sus investigaciones y reflexiones abarcaron áreas tan variadas como: antropología, etnología, teoría del aprendizaje, psicología anormal, cibernética, teoría de sistemas, lógica, epistemología, entre otras. Prácticamente, en todas ellas realizó aportes trascendentes e innovadores. Parte muy importante de sus aportes se encuentran en sus obras:

- Pasos hacia una Ecología de la Mente, 1972
- Espíritu y Naturaleza, 1979

Uno de los conceptos fundamentales desarrollados por Bateson es "*la pauta que conecta*", que intenta comprender las conexiones que existen entre la naturaleza y el espíritu, entre lo vivo y lo inanimado, entre el universo y los seres vivientes. Bateson (1979) sostiene que "la pauta que conecta es una metapauta", es decir, una pauta de pautas.

En este concepto se plantea la interrogante de ¿cuál es la pauta que conecta a todos los organismos vivientes? ¿Cuáles son las configuraciones, las formas y las relaciones que pueden ser observadas en todos los fenómenos? Para dar respuesta a estas preguntas Bateson otorgó importancia a los conceptos de *forma*, *patrón* y *pauta* para buscar una concepción totalizadora de la mente, en este concepto se ve claramente el salto epistemológico que lleva al autor a unir o integrar información de campos normalmente separados, situación que da origen a que la terapia familiar como disciplina se nutre de tan diversas teorías.

Otro concepto propuesto el autor es la importancia del contexto como elemento fundamental de toda comunicación y significación, planteando que no se debe aislar el fenómeno de su contexto, pues cada fenómeno tiene sentido y significado dentro del contexto en que se produce. Desde esta perspectiva ya no se piensa en términos de individuos sino de individuos más ambiente, de contextos de relación. Tampoco se piensa en términos de disciplinas concretas sino de una aproximación y concepción unitaria del mundo.

La importancia que Bateson otorgó al contexto lo vemos reflejado en todas las corrientes de la terapia familiar, e implica observar no la conducta aislada de un individuo "enfermo" sino en la observación de la conducta de ese individuo en relación al ambiente en el que se lleva a cabo, tiene que ver con cómo se concibe el origen y el tratamiento de la patología: el enfermo mental es producto de la interacción familiar o grupal.

La importancia y observación del contexto se convierte, por lo tanto, en el eje que guía toda intervención en terapia familiar, como se observa con claridad en "*Hacia una teoría de la esquizofrenia*"; publicado en 1956 por Bateson en colaboración con John Weakland, Jay Haley y Don Jackson, donde se presenta una aproximación teórica al problema de la esquizofrenia en la que desplazaba el foco de atención de las explicaciones en términos de etiología (centradas en la psique o mente del enfermo) al ámbito de la comunicación interpersonal.

Al intentar dar explicación del trastorno esquizofrénico Bateson da un giro epistemológico y pasa del modelo filosófico de la conciencia al modelo de la información o cibernética para generar de este modo una serie de implicaciones que marcaron una línea de diferencias respecto del modelo tradicional con una mente psique dentro del trabajo clínico.

Esta idea abre la posibilidad de estudiar los grupos sociales como sistemas entendiendo que comparten los mismos principios que rigen a todos los sistemas. Que como en todo sistema los elementos en interacción influyen unos sobre otros en procesos mutuamente

causales. Para Bateson (1979) es necesario tomar en cuenta conceptos tales como información y relación, en donde de todos los elementos de un sistema que se mueven conjuntamente en un proceso recursivo.

### **2.1.5 Constructivismo y Construccinismo Social**

A partir de los últimos diez años las ciencias sociales han experimentado cambios importantes debido a la creciente influencia y aceptación del pensamiento posmoderno, en oposición al pensamiento modernista.

El paradigma de la ciencia moderna al mostrar sus limitaciones entró en crisis, importantes científicos, filósofos e historiadores hicieron demoledoras críticas a la idea de conocimiento que dominó en la modernidad, Quine (1960), Kuhn (1976), Feyeraben (1976), muestran como la idea de que la ciencia acumularía gradualmente conocimientos acerca del mundo y que estos permitirían resolver los problemas humanos, no ocurrió lo que ha llevado al rechazo de esas posturas y a la búsqueda de alternativas.

Para la ciencia moderna el objetivo es progreso general de la humanidad por medio del conocimiento y de la razón. Por lo que hay una búsqueda de verdades universales con gran poder explicativo y el conocimiento es una acumulación de datos. Se piensa que existe un único significado válido para los hechos, es decir, que existe la verdad y que la función de la ciencia es descubrirla. Se acepta que el conocimiento es una formación de conceptos o características inherentes a los objetos del mundo real y se considera a la interacción humana como de carácter instructivo o de transmisión de información de un individuo a otro y que los organismos son seres reactivos.

Se le reconoce a Jean-Fracois Lyotard, el haber acuñado, por primera vez, el término “posmoderno” en la filosofía, durante la elaboración de su libro “La condición posmoderna”, definiéndola como “el estado en que se encuentra la cultura después de las transformaciones que han afectado las reglas de los juegos de la ciencia, de la literatura y de las artes a partir del fin de siglo XIX” (Lyotard, 1992).

Desde el postmodernismo la verdad como valor último ha perdido su estatus epistemológico. No es posible admitir su función explicativa con carácter definitivo. Se ha diluido la noción de verdad como una categoría objetiva y externa al sujeto, hay una incredulidad con respecto a los grandes paradigmas científicos y filosóficos (Lyotard, 1992).

La posición posmoderna es escéptica, duda de la capacidad de la razón y considera que no hay descripción objetiva (Gergen, 1997). Considera que la verdad es el resultado de un discurso del sujeto, variable según su contexto; por lo tanto, es un efecto del discurso, por lo que desaparecen las verdades absolutas. Todo lo existente no es sino discurso.

Del mismo modo el postmodernismo considera que toda la cultura no puede ser expresada por un discurso único, que pretenda explicar en forma general todos los fenómenos. Por el contrario se considera que cada espacio es productor y legitimador de su propio discurso, validado por la comunidad. De tal forma que se aceptan verdades locales y temporales, circunscritas al grupo en el que se desarrollan.

Ante la desaparición de la creencia en una verdad universal surgen formas alternativas de construcción de cada espacio del mundo. Cada sociedad es creadora y legitimadora de verdades parciales y que se que constituyen en formas de confirmar su identidad. Incluso se considera que cada individuo es constructor de su propia realidad y solo por el hecho de ser suya es válida.

El modernismo ignora o niega a los actores al reducirlos a sujetos pasivos y reactivos determinados por fuerzas naturales, sin considerar que el individuo no es un a un lado que el individuo aporta a su medio ambiente.

### *Constructivismo*

El constructivismo hace referencia a una corriente epistemológica desarrollada con base en los trabajos de Ernest von Glasersfeld, Heinz von Foerster, Humberto Maturana y el Francisco Varela (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Elkaïm, 1996; Nichols y Schwartz, 1995).

El pensamiento constructivista plantea que la relación entre el conocimiento y la realidad es meramente funcional. Es decir, el conocimiento nos proporciona maneras viables de interactuar con el mundo que nos rodea y no pretende representarlo en sí. El constructivismo sostiene que la estructura del sistema nervioso impide que alguna vez sea posible conocer lo que “realmente está allá afuera”.

Piaget (1954) sostiene el desarrollo genético de la inteligencia no se trata de la adquisición de una representación fiel de la realidad, sino que el niño se la construye. En conclusión, el conocimiento surge de un proceso activo, estructurante.

Mahoney, Miller y Arciero (1995) sostienen que las teorías constructivistas consideran que las realidades psicológicas son privadas, que el ámbito donde se producen los cambios significativos pertenecen a los dominios del self, y que el self es una complejidad dinámica que se origina y modifica en función de las relaciones interpersonales.

De acuerdo a Gergen (citado en Elkaïm, 1996), el constructivismo continúa ligado a la tradición occidental del individualismo, puesto que describe la construcción del saber a partir del proceso intrínseco del individuo.

### *Construccionismo social*

Gergen (1996) señala como las principales influencias del surgimiento del Construccionismo Social: la crítica ideológica de Hegel, la crítica literaria, el trabajo de Berger y Luckman en el que pone énfasis en la relatividad de las diversas perspectivas, en la relación de las perspectivas individuales con el proceso social.

Lynddon (1998) menciona que el construccionismo social intenta trascender las teorías endógenas y exógenas del conocimiento proponiendo que éste no se ubica solamente en la mente de los individuos o en el medio, sino en los procesos sociales de interacción e intercambio simbólico. Afirma que la esencia del pensamiento construccionista social es la noción de que las construcciones personales están delimitadas por el medio social, o lo que es lo mismo, el contexto del lenguaje compartido y los sistemas de significado que se desarrollan, persisten y evolucionan a lo largo del tiempo.

El construccionismo social (Hoffman, 1996) considera que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Se trata de una construcción lingüística de la realidad Gergen (1996).

Todo conocimiento evoluciona en el espacio entre las personas y es sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior. Los individuos por sí mismos no pueden significar nada: sus actos están faltos de sentido hasta que se coordinan con los otros (Gergen, 1997). 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.

Gergen (1997) manifiesta que es una falacia que el *yo* sea una entidad autónoma e independiente. El *yo* no se concibe como una entidad cosificada e intrapsíquica sino como una entidad narrativa que se aborda dentro de un contexto de significado social.

De acuerdo con Gergen (1996) el construccionismo social se fundamenta en los siguientes principios:

1. Los términos con que damos cuenta del mundo y de nosotros mismos no están dictados por los objetos estipulados de este tipo de exposiciones.
2. Los términos y las formas por medio de las que conseguimos la comprensión del mundo y de nosotros mismos, son artefactos sociales, productos de intercambios situados histórica y culturalmente y que se dan entre personas.
3. El grado en el que un dar cuenta del mundo o del yo se sostiene a través del tiempo, no depende de la validez objetiva de la exposición sino de las vicisitudes del proceso social.
4. La significación del lenguaje en los asuntos humanos se deriva del modo como funciona dentro de pautas de relación.
5. Estimar las formas existentes de discurso consiste en evaluar las pautas de vida cultural; tal evaluación se hace eco de otros enclaves culturales.

Estos presupuestos de la Construcción Social hacen hincapié en la construcción de las realidades y su manutención a través de un proceso social. Entre los efectos de la aplicación de estos principios a la psicoterapia se encuentran los siguientes:

- ✓ El construccionismo social propone una ruptura tajante de la tradicional y asimétrica relación entre terapeuta y paciente. El terapeuta pierde su posición de experto; su estatus jerárquico desaparece.
- ✓ El análisis que el terapeuta hace de la situación del cliente nunca se puede considerar objetivo. No hay descripciones más correctas que otras para la realidad, no hay una verdad única, objetiva y absoluta. Por lo tanto la relación terapéutica co-construye una descripción de la realidad del cliente donde ambos son responsables y activos en el proceso de solucionar el problema.
- ✓ Los puntos de vista individuales se transforman y amplían en la interacción social terapeuta-cliente.
- ✓ No hay problemas más allá del modo en que una cultura los constituye como tales.

Fried y Fuks (1994) afirman que el constructivismo y el construccionismo social comparten ciertas ideas básicas pero que también difieren en otras. Mismas que se presentan en la tabla 2.1.

Tabla 2.1 Similitudes y diferencias entre el Constructivismo y el Construccinismo social.

Constructivismo	Construccinismo social
<i>Similitudes</i>	
<p>Confrontación de la idea modernista de la existencia de un mundo real que puede conocerse con certeza objetiva.</p> <p>Reconocimiento del papel constructivo del conocimiento y del lenguaje.</p> <p>La realidad de construye y por lo tanto no es posible encontrar un lugar exterior desde donde observarla.</p> <p>La autoreferencia y la reflexividad atraviesan la construcción del conocimiento.</p>	
<i>Diferencias</i>	
<p>Interés en el conocimiento con base biológica.</p> <p>Los conceptos se forman en el encuentro del organismo con el ambiente.</p> <p>El conocimiento no se recibe pasivamente sino que es construido por el individuo.</p> <p>La cognición tiene una función adaptativa y sirve para organizar el mundo de la experiencia y no para descubrir la realidad ontológica objetiva.</p> <p>El conocimiento equivale a una función de supervivencia y no a una descripción del mundo exterior.</p>	<p>Las ideas y los conceptos surgen en el intercambio social.</p> <p>Se expresan en el dialogo y el lenguaje.</p> <p>Todo conocimiento evoluciona en los espacios interpersonales.</p> <p>A partir de su participación en “juegos” sociales es individuo puede desarrollar un sentido de identidad personal.</p> <p>Conceptos tales como “el mundo” o “la mente” no poseen la estatura ontológica</p>

Desde la postura del constructivismo el cambio producido por la terapia está encaminado a modificar la estructura y organización del conocimiento del individuo, según Guidano (1995) el self pasa a ser la materia prima con la que los terapeutas constructivistas trabajan para producir el cambio, no la creación de significados, como en el caso del construccionismo social.

En ambas corrientes existe apertura sobre descripciones múltiples y significados alternativos de la realidad, lo que quita el interés sobre el diagnóstico y los déficit. Hay una preocupación por el poder del terapeuta para influir en sus pacientes, llevando a una práctica clínica que destaca la colaboración entre paciente y terapeuta, en la que pacientes y terapeuta se convierten en autores de la construcción de sentido. La actitud del terapeuta en cuanto experto ha quedado de lado, adoptando ahora una actitud de “no saber”.

Los terapeutas constructivistas y construccionistas quieren evitar imponer su marco personal de referencia a la comprensión que el paciente hace de la realidad. La terapia desde un enfoque construccionista se enfoca al planteamiento de preguntas, partiendo del supuesto de que las preguntas son más respetuosas con el marco de referencia del paciente, que los comentarios, las interpretaciones o las prescripciones.

## **2.2 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA**

### **2.2.1 MODELO ESTRUCTURAL**

#### **Introducción**

Entre 1974 y 1978 Minuchin y sus colegas condensaron y sistematizaron mucha de la información generada en torno a la terapia familiar desarrollando el modelo Estructural en terapia familiar.

Minuchin (1974) dejó de hablar del individuo, cambiando el enfoque al de la familia como paciente, considerando tanto al individuo como a la familia en su contexto, explicando las causas del síntoma como resultado de alteraciones dentro del sistema familiar.

El objetivo de la terapia familiar desde el enfoque estructural es el cambio en el sistema familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia y en la terapia se da énfasis en la transformación de los procesos interpersonales disfuncionales (Minuchin, 1974). Pierde importancia lo que se refiere a la estructura interna de las diversas unidades tomadas aisladamente y en cambio adquiere relieve y es objeto de investigación lo que ocurre entre las unidades del sistema familiar (Andolfi, 1985).

Minuchin (1974) sostiene que el cambio en la conducta de un solo miembro de la familia tendrá como resultado variaciones tanto en el papel que éste desempeña normalmente dentro de la familia como en las interacciones entre él y los demás. Considera que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales.

#### **Principios Básicos**

El enfoque estructural se aproxima a los fenómenos humanos con el intento de identificar los códigos que regulan las relaciones humanas, que pueden ser consideradas como la forma, mientras que los patrones operacionales de estas relaciones son el contenido o la manifestación de esos códigos.

Minuchin (1974) describe *la estructura familiar* como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Y si la familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema.

Minuchin (1974) describe a la estructura como los códigos reguladores manifestados en los patrones operacionales a través de los cuales las personas se relacionan entre sí para llevar a cabo sus funciones. Es el patrón repetitivo de interacciones de la familia para llevar a cabo sus funciones.

La familia como grupo natural en el curso del tiempo elabora pautas de interacción que rigen el comportamiento de sus miembros, define su variación de conductas y facilita su interacción recíproca (Minuchin y Fishman, 1981).

Minuchin (1974) afirma que en el enfoque estructural se toma en cuenta la premisa de que las modificaciones en la estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos de los miembros del sistema familiar. Que el individuo responde a las tensiones que se producen en el interior del sistema familiar, a los que se adapta; y que él puede contribuir en forma significativa a la tensión de otros miembros del sistema.

Para Minuchin (1974) los cambios evolutivos de la familia son de importancia y considera que la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. La existencia continua de la familia como sistema depende de una variedad suficiente de pautas transaccionales alternativas, y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario. La familia debe responder a cambios internos y externos y por lo tanto debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita enfrentar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona el marco de referencia a sus miembros. La variedad de las conductas que se pueden incluir en la estructura familiar dependen de la capacidad de ésta para incorporar energía e información de ámbitos extrafamiliares (Minuchin y Fishman, 1981).

Como todo sistema complejo, la familia incluye *subsistemas*, Minuchin (1974) señala las siguientes categorías:

1. Subsistema individual, está formado por un solo individuo, incluye el concepto de sí mismo, los determinantes personales e históricos del individuo.
2. Subsistema conyugal, está constituido por la pareja.
3. Subsistema parental o de padres, sus principales funciones son la crianza y educación de los hijos, este subsistema debe de modificarse continuamente en la medida que crecen los hijos.
4. Subsistema fraterno o de hermanos, lo constituyen el primer grupo de iguales con los que el hijo participa.

Minuchin (1974) identificó los aspectos de la estructura familiar que ayudan a la clasificación de los patrones estructurales. Estos son: límites, las alianzas y la jerarquía.

- ✓ *Límites*. Son las reglas que define quién participa y cómo, quién está afuera y quién dentro de una operación, y los roles mutuos y con el mundo exterior para cumplir una actividad.
- ✓ *Alianzas*. Son las reglas de unión u oposición de un miembro de un sistema hacia otro miembro o sistema en cuanto a cumplir una función. Los miembros de una familia tendrán ciertos patrones para trabajar juntos o en oposición mutua acerca de las actividades en que deben comprometerse.
- ✓ *Jerarquía*. Se define como la influencia relativa de cada miembro de la familia en el resultado de una actividad. Define quién tiene el poder en relación a quién y acerca de quién.

Desde el punto de vista estructural los niveles funcionales y disfuncionales están determinados por la adecuación de la organización estructural del sistema a los

requerimientos de una situación en un conjunto de circunstancias. El buen funcionamiento de una familia depende del grado en el cual la estructura familiar está bien definida, de si es flexible y cohesiva.

Desde el enfoque estructural ninguna familia es inherentemente normal o anormal, funcional o disfuncional. La diferencia depende de la idiosincrasia de la familia, y se relaciona con su propia composición, etapa de desarrollo y subcultura. Sin embargo las estructuras disfuncionales y los síntomas y tipos de problemas con frecuencia están asociadas con algunos patrones de interacción. Dichas estructuras familiares disfuncionales se clasifican mejor de acuerdo a la dimensión estructural con la que están más cercanamente relacionadas, ya sea con los límites, alianzas o la jerarquía (Minuchin 1974).

Minuchin propone una clasificación de las familias de acuerdo a su estructura.

- ✓ *De Pas de Deux*. Conformada por dos personas únicamente, que pueden ser muy apegadas, en que los individuos contraen recíproca dependencia mutua, casi simbiótica.
- ✓ *De tres generaciones*. Familia extensa con varias generaciones que viven en íntima relación.
- ✓ *Con soporte*. Familia grande. Cuando la familia aumenta es necesario delegar autoridad, hijos parentales toman funciones de crianza de los demás niños como representantes de los padres, lo que puede resultar útil al sistema familiar.
- ✓ *Acordeón*. Uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados. Las funciones parentales se concentran en un solo progenitor durante un tiempo.
- ✓ *Cambiantes*. Cambios de contexto continuos, por cambio de residencia, novios o novias de los padres u otros.
- ✓ *Huéspedes*. Familias que reciben en forma temporal a un niño u otro miembro.
- ✓ *Con padrastro o madrastra*. Cuando un padre adoptivo se agrega a la unidad familiar tiene que pasar por un proceso de integración.
- ✓ *Con un fantasma*. La familia que ha sufrido una muerte o un abandono puede tener problemas para reasignar las tareas del miembro que falta.
- ✓ *Descontroladas*. Problemas en el área del control, en la organización jerárquica, la realización de funciones ejecutivas del sistema parental y la proximidad entre los miembros.
- ✓ *Psicosomáticas*. La estructura de este tipo de familia tiene una excesiva insistencia en los cuidados de sus miembros. Funcionan bien cuando alguien está enfermo y se caracterizan por la sobreprotección, la fusión, la unión excesiva, la incapacidad para resolver conflictos, rigidez y relaciones de lealtad.

### **Proceso Terapéutico**

A partir de su participación en el sistema familiar el terapeuta es capaz de establecer un diagnóstico estructural, que es una hipótesis acerca de la interacción total de la familia y las conductas sintomáticas. Consiste en una serie de enunciados y diagramas acerca de las alianzas y coaliciones, los límites inter y extrasistémicos, la distribución del poder o jerarquía y las secuencias clave de interacción (Umbarger, 1983).

Desde el punto de vista estructural los niveles funcionales y disfuncionales están determinados por la adecuación de la organización estructural del sistema a los

requerimientos de una situación determinada. El buen funcionamiento de una familia depende del grado en el cual la estructura familiar está bien definida, de su flexibilidad y de su capacidad de cohesión hacia sus miembros; por lo que el objetivo de la terapia se encuentra en modificar dicha estructura.

Desde el enfoque estructural ninguna familia es inherentemente normal o anormal, funcional o disfuncional. Sin embargo las estructuras disfuncionales, los síntomas y tipos de problemas a menudo están asociadas con algunos patrones de interacción. Dichas estructuras familiares disfuncionales se clasifican mejor de acuerdo a la dimensión estructural con la que están más cercanamente relacionadas, ya sea con los límites, alianzas o la jerarquía (Minuchin 1974).

### **Técnicas de Intervención**

En la terapia estructural las técnicas tienen como objetivo reorganizar a la familia mediante el cuestionamiento de su organización, de tal forma que puedan desarrollar nuevas pautas de interacción.

El modelo estructural cuenta con una serie de técnicas que pueden ser clasificadas de acuerdo a su objetivo en cuatro categorías:

1. De unión y acomodamiento.
2. De reestructuración.
3. De reencuadre.
4. Para cuestionar la realidad familiar.

### **Técnicas de unión y acomodamiento**

Su objetivo es que el terapeuta se asocie con la familia y se refieren a las acciones que realiza el terapeuta para relacionarse con los miembros de la familia o con el sistema familiar, mismas que se presentan en la tabla 1.2.

Tabla 2.2 Técnicas de unión y acomodamiento

<i>Técnica</i>	<i>Descripción</i>
<i>Mantenimiento.</i>	Mantener las pautas transaccionales de la familia. En un primer momento no se intenta modificarlas sino que se las respeta.
<i>Rastreo.</i>	El terapeuta sigue el contenido de las comunicaciones y de la conducta de la familia y los alienta para que continúen, sin cuestionar lo que se dice o lo que se hace.
<i>Mimetismo.</i>	El terapeuta se asemeja a los miembros de la familia, planeando situaciones en las que tienen experiencias en común.

### **Técnicas de reestructuración**

Las operaciones de reestructuración y de unión son interdependientes. Minuchin considera que la terapia no puede llevarse a cabo sin la unión pero que no tendrá éxito sin la reestructuración. Estas técnicas se presentan en la tabla 2.3.

Tabla 2.3 Técnicas de reestructuración

<i>Técnica</i>	<i>Descripción</i>
<i>Fijación de fronteras</i>	Esta técnica permite regular la permeabilidad de las fronteras que separan a los subsistemas entre sí. Para este fin se manipula la distancia psicológica y la duración de la interacción.
<i>Desequilibramiento</i>	El objetivo de esta técnica es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema, modificando la estructura de poder dentro de la familia. Para lograrlo se emplean las alianzas con diferentes miembros de la familia, las alianzas alternantes, la atención selectiva a algunos miembros de la familia y las coaliciones contra miembros de la familia.
<i>Complementariedad</i>	Con esta técnica se pretende ayudar a la familia a esclarecer la interdependencia de sus interacciones, utilizando el cuestionamiento del problema, el cuestionamiento del control lineal del sistema familiar y el cuestionamiento del modo de recortar los sucesos.

### **Técnicas de reencuadre**

Las técnicas de reencuadres son presentadas en la tabla 2.4 y su objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen repuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes.

Tabla 2.4 Técnicas de reencuadre

<i>Técnica</i>	<i>Descripción</i>
<i>Escenificación</i>	El terapeuta asiste a los miembros de la familia para que interactúen en su presencia, con el propósito de vivenciar la realidad familiar como ellos la definen.
<i>Enfoque</i>	El terapeuta se concentra en un pequeño segmento de la experiencia de la familia. La investigación en detalle de este pequeño campo brindará información útil sobre las reglas que rigen la conducta en otros ámbitos de la vida de la familia.
<i>Intensidad</i>	El terapeuta refuerza el flujo del mensaje terapéutico como una forma de asegurarse de que la familia registre el mensaje. Esta técnica incluye la repetición del mensaje, la repetición de interacciones isomórficas, la modificación del tiempo, el cambio de la distancia que se mantiene entre los miembros de la familia y la resistencia a la presión de la familia.

### **Técnicas para cuestionar la realidad familiar**

Minuchin afirma que los pacientes acuden a terapia por ser inviable la realidad que ellos mismos han construido. Para modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos. Las técnicas para cuestionar la realidad familiar desarrolladas por Minuchin se presentan en la tabla 2.5.

Tabla 2.5 Técnicas para cuestionar la realidad familiar.

<i>Técnica</i>	<i>Descripción</i>
<i>Símbolos universales</i>	El terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyaran en una institución o en un acuerdo que rebasara el ámbito de la familia.
<i>Verdades familiares</i>	El terapeuta da atención a las justificaciones que la familia da para sus interacciones y utiliza su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento.
<i>Consejo especializado</i>	El terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia y la basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría.

### **Consideraciones Finales**

El enfoque estructural desarrollado por Minuchin ofrece la ventaja de que a partir de las definiciones conceptuales estructurales se han podido identificar las habilidades estructurales críticas y operacionalizar los conceptos estructurales básicos como el de límite, alianzas, jerarquía y subsistemas. Y por lo tanto permiten una evaluación empírica del funcionamiento familiar estructural (Figley y Nelson, 1990). Así mismo, a partir del modelo estructural ha sido posible la elaboración de una serie de instrumentos estandarizados para la evaluación familiar.

Hoffman (1987) sostiene que una de las aportaciones de Minuchin a la terapia es la inclusión del terapeuta como agente activo, que al unirse a la familia promueve el cambio con su sola presencia. Así mismo la autora menciona que se ha criticado al modelo estructural por considerar que propone una normatividad en la familia, en la que se presenta una idea de lo que es normal o anormal sin llegar a tomar en cuenta a familias de varias clases sociales. Sin embargo la autora reconoce que el modelo es lo bastante flexible como para tomar en cuenta a las familias de diferentes etnias o niveles socioeconómicos.

Por otro lado se encuentran las críticas hacia la postura de autoridad y directividad del terapeuta. Umbarger (1983) menciona que uno de los peligros del modelo es que la insistencia de que el terapeuta actúe como líder puede promover una postura autoritaria.

## **2.2.2 MODELO ESTRATÉGICO**

### **Introducción**

La Terapia Breve Estratégica es un modelo teórico cuyas principales influencias son la teoría general de sistemas, la epistemología constructivista, y el trabajo clínico del psicoterapeuta e hipnólogo Milton Erickson.

El principal representante del modelo de terapia estratégica es Jay Haley, quien recibió entrenamiento de Milton Erickson en hipnosis desde 1952 hasta 1980, año en que Erickson murió.

Haley (1980) considera que una terapia puede considerarse estratégica si el terapeuta inicia lo que ocurre en ella y diseña un enfoque específico para cada problema. La iniciativa pertenece al terapeuta, quien debe identificar problemas solubles, fijar metas,

diseñar intervenciones para conseguirlas, evaluar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido efectiva. Para diseñar las intervenciones el terapeuta debe ser sensible con el paciente y su medio social, pero la forma de proceder debe ser fijada siempre por él mismo.

### **Principios Básicos**

La terapia estratégica se centra en esfuerzos a corto plazo, apuntados a solucionar un problema específico. No es necesario buscar el origen del problema en el pasado, ni tampoco analizar sus causas, sino que la intervención está dirigida a la estructura del problema, es decir, sobre la forma en que funciona el problema y cómo se mantiene en el presente. Haley (1980) considera que los objetivos de la terapia son impedir la repetición de secuencias interaccionales e introducir mayor complejidad y alternativas

Un problema es considerado como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas, en términos interaccionales. La primera misión del terapeuta consiste en definir el problema de tal forma que sea posible solucionarlo (Madanes, 1982).

No se hace hincapié en el *insight* ni se formulan interpretaciones. Se focaliza en la solución del problema, por lo que la terapia estratégica no está orientada en el crecimiento personal y en el pasado: el énfasis está puesto en la comunicación presente.

El síntoma es la *expresión metafórica* de un problema y también una solución, aunque desafortunada para las dificultades de la familia, porque equilibra el poder y proporciona un foco de interacción que estabiliza la vida familiar.

Haley (1980) sostiene que los síntomas ejercen una *función* en el sistema familiar y considera que son analogías que tienen por referentes a múltiples aspectos de la situación del individuo, incluyendo su relación con el terapeuta. Madanes (1982) considera que un síntoma es una metáfora sobre la situación en que se encuentra una persona, y la manera en que la persona interactúa en torno del síntoma es una analogía sistémica de otros sistemas de interacción.

El enfoque se centra en los llamados *sistemas triádicos* (relaciones con un mínimo de tres miembros). Para comprender el problema se debe tener en cuenta que este abarca a no menos de dos personas y frecuentemente a tres. Se considera que los sistemas familiares se organizan como alianzas o coaliciones. Es muy frecuente que las coaliciones estén formadas por miembros de dos generaciones y su resultado es la disfunción familiar y el impedimento del desarrollo del sistema.

Desde el punto de vista de Haley (1989) la psicopatología es consecuencia de la lucha por el poder entre personas y no entre fuerzas internas.

Haley (1980) analiza a la familia como una organización que debe ser vista en términos jerárquicos y considera que los problemas en el sistema familiar tienen relación con problemas en la jerarquía. Las líneas jerárquicas tienen relación con las diversas funciones de la familia. La expresión de síntomas por parte de un individuo es señal de que la organización en que vive tiene un *ordenamiento jerárquico confuso*.

El objetivo es modificar las secuencias interaccionales imposibilitando que se formen coaliciones intergeneracionales. Haley (1980) considera que el problema es más grave cuando se niega u oculta la coalición transgeneracional y que el funcionamiento disfuncional no se debe a las coaliciones transgeneracionales, sino a la redundancia de éstas como parte del sistema.

Es característico de la terapia estratégica el que no se aplique un mismo método a todos los casos, sino que se plantee una estrategia particular para cada problema.

Para Haley (1989) es esencial la creación de una intensa unión entre terapeuta y paciente, seguida de una rápida de disolución de la misma, con lo que se evita que el paciente demore o destruya su mejoría para prolongar la relación con el terapeuta. El objetivo es conseguir un cambio rápido en el problema presentado por el paciente, para que sea posible una modificación progresiva de otros aspectos de la vida del paciente una vez terminado el tratamiento.

### **Proceso Terapéutico**

Ya se dijo que para Haley (1980) la conducta sintomática puede ser una expresión metafórica de las dificultades en la situación de vida de una persona y que en este sentido el cambio terapéutico está enfocado a cambiar esas metáforas.

El cambio se basa en una estrategia general tendiente a programar un *cambio en etapas*, la primera de ellas es crear una forma de anormalidad diferente a la que presenta la familia, para de esta forma ir acercándose a la normalidad. Se pretende alterar la secuencia sintomática introduciendo congruencia en la *jerarquía* del sistema familiar.

Haley (1989) menciona que si el terapeuta quiere cambiar la estructura de una familia ha de hacerse con la metarregulación de la misma. Considera que para producir un cambio es necesario un papel directivo por parte del terapeuta.

### **Proceso de evaluación**

El proceso de evaluación es muy importante y se lleva a cabo desde la *entrevista inicial*, en la que se combina la recogida de información con maniobras que indican la dirección deseable del proceso terapéutico.

El terapeuta debe obtener rápidamente la información que necesita, no se discute con el paciente la importancia de vencer la resistencia a proporcionar la información. Hay que estimular lo más rápidamente posible la creación de un compromiso de cambio por parte del paciente y persuadirlo para que participe en la producción del cambio. No es suficiente explicarle el problema, lo que importa es conseguir que el paciente *haga algo* (Haley, 1989).

Según Haley (1983) para que una terapia tenga éxito se debe empezar por establecer el “contrato” en relación a un problema soluble, descubriendo la situación social que por necesidad lo genera.

La modalidad de entrevista que emplea Haley (1983) comprende cuatro etapas:

**1. Etapa social.** El terapeuta se une a la familia procurando que todos se sientan cómodos y se consideran parte de la reunión. Al ingresar al consultorio se sentarán donde deseen, el terapeuta se presentará y se dirigirá a cada miembro de la familia preguntándole su nombre. Simultáneamente debe ser sensible al tono emocional y ser sintónico al comunicarse con la familia. Deberá estar atento a las incitaciones a formar alianzas por lo diferentes miembros.

**2. Planteamiento del problema.** El terapeuta procura que todos los miembros de la familia aporten sus ideas a cerca del problema. Se recomienda dirigirse al adulto que parezca estar más desligado del problema, tratando con la mayor atención y respeto a la persona más capaz de traer nuevamente a la familia. El terapeuta debe aceptar lo que la familia dice y puede preguntar sobre algún aspecto que quiera aclarar, debe observar cómo actúa la familia y qué dice cada uno de los entrevistados, sin comunicar a estos sus observaciones.

Hay tres formas distintas en que el terapeuta puede recibir información sobre el problema:

- a. En la primera investigación debe permitir que la familia exprese el problema en forma metafórica.
- b. Avanzada la entrevista se pretende que la familia haga una enunciación más concreta y detallada del problema y de las metas a alcanzar, con el fin de poder comprobar resultados y comprobar si la terapia ha logrado su objetivo.
- c. Al final de la entrevista pedirá que se resuma el asunto y se definan los cambios deseados.

**3. La etapa de interacción.** En esta etapa el terapeuta involucra a todos los miembros de la familia entre sí, lo importante es que interactúen entre ellos. Cuando se produce una conversación entre dos personas, el terapeuta debe introducir a un tercero. Intentará que la familia *actúe* el problema presentado. En esta etapa el terapeuta deberá clarificar la organización o estructura familiar, incluyendo límites, jerarquías, alianzas y coaliciones.

**4. Definición de los cambios deseados.** Se trata de obtener de la familia una formulación suficientemente clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia, lo que servirá para fijar las metas de la terapia. El problema debe ser planteado en una forma que sea resoluble, es decir, operacionalizable, observable, medible o que permita detectar de algún modo la influencia que realizamos en él.

La entrevista debe concluir con la concertación de una nueva entrevista, en la que se pondrá en práctica el plan terapéutico diseñado.

### **Técnicas de Intervención**

El trabajo de Haley (1980) se distingue por la utilización de directivas que son todas las acciones del terapeuta.

Existen *dos tipos de directivas*: las que se imparten con el objetivo de que los pacientes las cumplan y las que se imparten con el propósito de que no se cumplan, es decir, que los pacientes cambien por vía de la rebelión.

## Tareas Directas

Cuando un terapeuta quiere motivar a los miembros de una familia a que realicen una tarea, tiene que convencerlos que por su intermedio alcanzarán los objetivos individuales y familiares. Se debe adecuar la tarea a las personas, mientras se entrevista a una familia se observará de qué clase de persona se trata y se buscará que la tarea se adapte a ésta.

Haley (1980) menciona que es posible emplear dos enfoques para motivar a una familia a que cumpla con las directivas: el enfoque directo y el indirecto.

*Enfoque directo.* Lo común es que el terapeuta diga a los integrantes de la familia que conoce y comparte su deseo de resolver el problema que los aqueja y una vez que se ha convenido el objetivo, se ofrece la tarea como un medio de alcanzar el fin deseado a través de la terapia.

*Enfoque indirecto.* Consiste en hacer que los miembros de la familia hablen de sus dificultades de manera tal que estén prontos a escuchar a quien pueda sugerirles qué deben hacer. Puede emplearse cuando se considera que la familia no cooperará fácilmente en la tarea. Este tipo puede utilizarse al principio, pasando después a una forma más directa.

El terapeuta debe hacer que todos los miembros de la familia participen en la realización de la tarea, aunque puede excluir a alguien por razones especiales, nunca lo hará por accidente.

Dentro de las directivas directas Haley (1980) también incluye las *directivas metafóricas*. Éstas se utilizan cuando el terapeuta desea que los involucrados en el problema hagan algo que parezca espontáneo, sin la plena conciencia de haber recibido la instrucción para realizarlo.

## Directivas Indirectas

Las directivas indirectas están conformadas por las tareas paradójicas. Se usan cuando las familias que solicitan la ayuda rechazan todos los intentos de solución que ofrece el terapeuta. Tienen por objetivo abordar la resistencia al cambio por parte de los pacientes. El enfoque paradójico presenta siempre dos mensajes transmitidos a niveles diferentes: “cambien” y dentro del marco del mensaje, “no cambien”.

Haley (1980) menciona que hay dos formas posibles de impartir las paradojas:

1. *Enfrentando a la familia completa*, por ejemplo el terapeuta puede mostrarse francamente interesado por ayudar a la familia y preocupado por lo mismo, transmitiéndoles el mensaje encubierto de que tal vez no podrán resistir el cambio, les puede decir “han cambiado tanto y tan rápidamente que me preocupa, no se qué ocurrirá de ahora en adelante con su familia”.
2. *Prescribiendo el síntoma*, es decir, poniéndole una tarea al paciente en la que se aumentará la frecuencia e intensidad del síntoma, las situaciones en que se presenta, para que identifique y recupere el control del síntoma. En este caso se incluye a solo una parte de la familia, por ejemplo a un niño que desobedece a su

madre se le pedirá que la desobedezca por un tiempo limitado, de esta forma si el niño desobedece a su madre será por indicación del terapeuta y si no lo hace el problema se habrá solucionado.

De acuerdo con Haley (1980) las etapas de una intervención paradójica son las siguientes:

1. Establecer una relación que se define como tendiente a provocar el cambio.
2. Definir con claridad el problema.
3. Fijar los objetivos con claridad.
4. Ofrecer un plan. Conviene dar a la familia una explicación lógica que haga razonable la directiva.
5. Descalificar diplomáticamente a quien es tenido por “autoridad en la materia”, a quien está tratando de ayudar a la persona a resolver el problema, explicando que no está haciendo lo correcto. Por ejemplo a una madre quien ha realizado muchos intentos para solucionar el problema de enuresis de su hijo de 7 años se le puede indicar que ya que todo lo que ella ha hecho antes no ha funcionado en esta ocasión será conveniente que ella no intervenga.
6. Impartir la directiva paradójica inmersa en el contexto familiar.
7. Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento usual (el síntoma). No desistir ante una mejoría sino al contrario considerarla como falta de cooperación.
8. A medida que continúa el cambio, el terapeuta deberá evitar que se le acredite como un logro de él, dado que ello significaría aceptar que las recaídas están en relación con el terapeuta.

Haley (1983) plantea la utilidad de otras técnicas entre las que se encuentran el aliento a la resistencia, el ofrecimiento de una alternativa peor, las metáforas, el aliento de una recaída, la frustración de una respuesta para alentarla, el empleo del espacio y la posición, el énfasis en lo positivo, la siembra de ideas, la ampliación de una desviación, la amnesia y control de la información, el despertar y desenganche y la evitación de la exploración de sí mismo.

El autor proporciona algunos aspectos que en forma general le sirven de guía al terapeuta para llevar a cabo la terapia.

1. No confrontar a los miembros de la familia con su error, por el contrario, aceptar lo que hacen, provocando el cambio dentro de ese contexto.
2. No hacer interpretaciones para ayudarles a comprender cómo se comportan y por qué.
3. No explorar el pasado de los clientes sino atender la situación presente y organizar a la familia para que cambie su conducta actual.
4. No buscar una involucración prolongada, sino una intervención breve y un desenganche rápido.
5. No debe restarse importancia a los problemas. Un problema pequeño puede ser una analogía de otro más grande.
6. Deben evitarse las abstracciones, es necesario identificar una conducta específica para poder planear una estrategia de cambio.

7. Deben evitarse las coaliciones persistentes. El terapeuta debe encontrar la forma de controlar su conducta para determinar si ha establecido una coalición encubierta.
8. Evitar hablar del pasado. Hay ocasiones en que es correcto utilizar el pasado para motivar a una familia en una situación actual y cuando se puede recurrir a antiguas formas de resolver problemas.
9. No creer que los problemas son idénticos entre sí.
10. El terapeuta joven no debe tratar de parecer más sabio de lo que es.
11. No deben dejarse objetivos sin formular.
12. Deberá evitarse que se cristalicen las luchas por el poder.
13. La pluralidad de terapeutas puede dificultar el cambio.

### **Consideraciones Finales**

Hoffman (1987) considera que rastrear las secuencias organizacionales al evaluar el problema y el pasar por etapas en el proceso de cambio, son tal vez las aportaciones más particulares de Haley a la terapia. Así mismo, sostiene que en algunos aspectos debe identificarse al autor dentro del enfoque estratégico pero que en realidad es un representante de la evolución entre las perspectivas estratégica y estructural.

El planteamiento de Haley de que es necesario tomar en cuenta el contexto social en el que se da la terapia y la relevancia de que el terapeuta asuma su papel dentro de dicho contexto, es muy importante ya que el terapeuta puede llegar a formar parte del problema y contribuir a su perpetuación cuando se empeña en aplicar estrategias e intervenciones que no dan buen resultado y atribuye la falta de progreso a la propia familia. Si el terapeuta no toma en cuenta su participación en el sistema en el cual pretende intervenir es poco probable que logre su objetivo.

Entre las críticas al modelo estratégico se encuentran principalmente las posiciones constructivistas y todas aquellas que están en contra del poder y la directividad que en los últimos años han tenido mayor auge.

Un ejemplo de estas críticas se encuentra en Limón (2005), que refiriéndose a los enfoques terapéuticos que dan énfasis a los “juegos de poder” menciona que pudieran llegar a tener efectos imprevistos no deseados o contraproducentes como el que los pacientes sigan al pie de la letra la indicación paradójica de continuar o aumentar el síntoma o por otro lado que abandonen la terapia por considerar las intervenciones como algo absurdo.

Por otro lado Cecchin (1994) menciona que la idea del poder como un concepto que rige las interacciones entre los miembros de las familias arroja descripciones que conciben a la gente como relacionándose con el único propósito de competir entre sí. Comenta que dentro de este contexto se utiliza un lenguaje de “combate” en el que se incluyen términos como alianza y estrategia.

El Grupo de Milán llegó a cuestionar la idea del poder considerando que “si las personas están juntas, toda la batalla es para tratar de encontrar un sentido a la relación”. Y que tal vez las luchas o competencias por el poder fueran una de las múltiples maneras que tenía la gente para dar o encontrar el sentido de lo que pasaba, quizá

luchaban por el poder cuando no contaban con ningún otro método para encontrar sentido o no podían concebir otros métodos. Cecchin sostiene que al retomar estas ideas se dio una apertura de la terapia, misma que también podría ser una manera de ayudar a la gente a considerar otras alternativas para dar sentido, más allá de la lucha por el poder. Menciona que cuando en el Grupo de Milán renunciaron a la metáfora del juego estratégico o de la batalla también descartaron la necesidad de ganar.

### **2.2.3 MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADA EN EL PROBLEMA**

#### **Introducción**

Este modelo fue desarrollado por el equipo del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California. Don D. Jackson fundó el MRI en 1958, siendo sus fundadores Gregory Bateson, Jules Riskin y Virginia Satir, más adelante se unieron Jay Haley, Jonh Weakland y Paul Watzlawick.

En el año de 1967, en el MRI se creó el Centro de Terapia Breve, bajo la dirección de Richard Fisch, Hay Haley, Artur Bondin, Paul Watzlawick y Jonh Weakland (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

El modelo de terapia breve del MRI, está basado en un enfoque estratégico, con el objetivo de poder solucionar la problemática del cliente de una manera menos prolongada que las terapias convencionales. Dentro de este contexto el tratamiento busca lograr una curación total o una mejoría notable en la cantidad máxima de 10 sesiones.

Este modelo de intervención está basado en la resolución de problemas específicos, que consisten en conductas presentes indeseadas. Su solución se considera como un motor para el comienzo de un cambio, porque se considera que es imposible que una intervención transforme totalmente la vida de una persona o de una familia, lo que se espera es movilizar la iniciación del cambio.

Los problemas persisten porque son mantenidos por el comportamiento que despliegan el paciente y las demás personas con quienes interactúa. Por lo tanto, si tal conducta mantenedora del problema cambia o se elimina en forma apropiada, el problema se resolverá o desaparecerá, independientemente de su naturaleza, su origen o su duración.

La intervención se enfoca sobre lo posible y no sobre lo perfecto, la meta de la intervención no puede ser crear un ser humano perfecto sino ayudar a las personas a usar sus habilidades y potencialidades existentes, limitadas o alteradas por sus dificultades. El objetivo es facilitar que la persona alcance metas personales tan benéficas como sea posible.

Para llegar a la clara identificación de la conducta problemática es útil plantear las siguientes preguntas: ¿Cuál es el problema actual?, ¿Quién está haciendo que esto represente un problema?, ¿Para quién y cómo constituye tal conducta un problema?, ¿Cómo se convierte en problema la situación que usted menciona?, ¿En qué forma cree

que yo le puedo ayudar a usted a afrontar este problema?, ¿Por qué ha llamado usted ahora y no antes o después?, ¿Qué es lo que han estado haciendo para solucionar o afrontar el problema todas aquellas personas íntimamente relacionadas con el?

Se influye sobre el paciente para que afronte de un modo distinto su problema. No se parte de que la persistencia en una actitud inadecuada frente a las dificultades implique necesariamente la existencia de defectos fundamentales en la organización familiar o un daño mental en los protagonistas individuales. Se cree que las personas persisten por no darse cuenta de actividades que mantienen vivos los problemas y a menudo lo hacen con la mejor de las intenciones. En realidad las personas pueden verse apresadas en esta conducta repetitiva incluso cuando son conscientes de que lo que están haciendo no sirve. No se trata de que las personas sean ilógicas, sino de que siguen lógicamente caminos que proceden de premisas incorrectas o inaplicables.

### **Fundamentos Teóricos**

El modelo de terapia breve desarrollado por el MRI encuentra sus fundamentos teóricos en el TGS, la cibernética, la Teoría de la comunicación Humana, la Teoría de los grupos y teoría de los tipos lógicos. En otro lugar de este documento se desarrollaron los restantes temas por lo que aquí solo se abordarán los dos últimos.

#### *Teoría de los grupos y teoría de los tipos lógicos*

Los estudios realizados por Watzlawick, Weakland y Fish (1974) en relación al cambio, se fundamentan en dos teorías de la lógica matemática: La Teoría de los Grupos y la Teoría de los Tipos Lógicos, las cuales permiten ejemplificar sus nuevas estrategias y puntos de vista mediante analogías.

Dos conceptos básicos subyacen en la formación de problemas: “la persistencia” y el “cambio”. La Teoría de los Grupos, representa el cambio a nivel 1. Esta teoría describe a los sistemas como un grupo formado de elementos y los cambios que estos generan, no son capaces de trascender el sistema, es decir son, cambios que permanecen y son invariables.

La teoría de grupos surge en la primera parte del siglo XIX. El término fue introducido por el matemático francés Galois en 1832 y utilizado por otros teóricos en el desarrollo de dicha teoría como una rama importante de las matemáticas.

El grupo posee las siguientes cualidades:

- a) Está compuesto de miembros, estos pueden ser diferentes en tanto posean un común denominador y la *combinación* (cambio) de dos o más de ellos, sea en sí, un miembro más del grupo.
- b) Se puede *combinar* a los miembros en distinto orden y el resultado de la *combinación* permanece siendo el mismo.
- c) El grupo contiene un miembro de *identidad* tal, que su combinación con cualquier otro miembro, da este otro miembro. *Un miembro puede actuar sin provocar cambio alguno.*
- d) En cada sistema cuyo concepto se ajusta al de grupo, cualquier miembro tiene su recíproco opuesto y la combinación de ambos da lugar al miembro de *identidad*.

La Teoría de los Tipos Lógicos representa el “cambio” a nivel 2. Esta teoría describe a los sistemas como una “clase” que contiene diferentes elementos. Y los “cambios” que generan, trascienden el sistema hacia el nivel inmediato superior. *Los postulados básicos* de esta teoría son: 1) La distinción de niveles jerárquicos dentro del sistema, evitando con ello, paradojas y confusiones. 2) El paso o “salto” a un nivel inmediato superior, que implica, una nueva forma de conocer los fenómenos y una gran trascendencia teórica subyacente.

#### *Formación de problemas*

Lo que promueve el cambio es la desviación con respecto a alguna norma. El cambio resulta necesario para restablecer dicha norma. El sentido común indicaría que el cambio deseado se lleva a cabo mediante la aplicación de lo contrario de lo que produjo la desviación; si esta acción correctora resultara insuficiente, la aplicación de más de lo mismo daría lugar al efecto esperado.

Cuando lo que se requiere es el cambio en la estructura del sistema tiene que realizarse un cambio tipo 2. El intento de realizar un cambio 1 en estos casos contribuye a aumentar el problema o constituye el problema en sí. *Aplicar más de lo mismo* no produce el cambio deseado, sino que por el contrario, la solución contribuye en gran medida a aumentar el problema y, de hecho, se convierte eventualmente en el mayor de ambos males.

Los problemas pueden surgir como el resultado de un intento equivocado de cambiar una dificultad existente. Watzlawick et al. (1974) hacen una distinción entre dificultad y problema. Las dificultades se refieren a un estado de cosas indeseables que puede resolverse mediante un acto de sentido común (cambio 1) y para las cuales no se precisan capacidades especiales, situaciones indeseables pero por lo general bastantes comunes y con respecto a las cuales no existe solución conocida y que hay que saber sobrellevar. Los problemas son situaciones al parecer insolubles creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades.

Estos autores indican que hay tres formas de enfrentar mal las dificultades.

1. Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad: es necesario actuar, pero no se emprende tal acción.
2. Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que es inmodificable o bien es inexistente: se emprende una acción cuando no se debería emprender.
3. Se comete un error de tipificación lógica y se da un “juego sin fin” intentando un cambio en una situación que solo puede cambiarse a partir del nivel lógico superior. La acción es emprendida a un nivel inadecuado.

El negar la existencia de un problema evita que se tomen cartas en el asunto y va acompañado de un ataque de aquellas personas que lo señalan, considerando que actúan de mala fe o porque están locos y éste será el único origen de cualquier dificultad que se admita. Entre sus resultados inmediatos se encuentran los llamados “secretos a voces” en las familias.

Intentar un cambio para eliminar una dificultad que es inmodificable o bien es inexistente se conoce como el síndrome de la utopía, que conlleva en forma implícita la

idea de que las cosas *deben* ser de cierto “modo” (lo que obliga o exige “el cambio”) sin ver el *modo* como son las cosas, por lo que se emprende una acción cuando no es pertinente. El extremismo en la solución de problemas se da con mayor frecuencia como resultado de la creencia de que se ha encontrado (o que puede encontrar) la solución última y absoluta, cuando se alberga esta creencia resulta lógico actualizar esta solución y de hecho no se sería fiel a sí mismo si no se hace. Por lo general sin la premisa utópica la actualidad de la situación sería bastante soportable.

El síndrome de utopía se presenta en tres variantes.

1. La “introyectiva”. Resultado de un sentimiento de ineptitud personal para alcanzar el propio objetivo que si es utópico, el mero hecho de plantearlo crea una situación en la que la inasequibilidad del objetivo no es atribuida a su índole utópica, sino que se hecha la culpa a la propia ineptitud.
2. La proyectiva. Implica una responsabilidad moralista de cambiar el mundo mediante diversas formas de persuasión y la destrucción de quienes se oponen en beneficio de la humanidad.
3. En esta variante la dificultad radica en la “ausencia” de una “dificultad”, lo que significa el presagio de malos eventos por venir. Se afirma que la vida es dura, que exige constante sacrificio y que todos los éxitos hay que pagarlos caro.

Por otro lado, cuando se intenta el cambio que implica un nivel inmediato superior, se actúa, desde un nivel inadecuado dando como resultado una situación insostenible, con pocos resultados prácticos. La paradoja surge de manera espontánea como una tentativa destinada superar dificultades.

### **Proceso Terapéutico**

Según Fisch, Weakland y Segal (1982) el cambio<sub>2</sub> se produce por la aplicación de una acción decisiva sobre la solución intentada y no a la dificultad misma, el cambio<sub>2</sub> es aplicado a aquello que dentro de la perspectiva del cambio<sub>1</sub> parece constituir una solución.

Una de las principales técnicas para producir el cambio<sub>2</sub> es la *reestructuración* que implica cambiar el propio marco conceptual o emocional en el que se experimenta una situación y situarla dentro de otra estructura, que aborde los hechos correspondientes a la misma situación concreta igual o mejor que la anterior. La definición alternativa de la situación no debe ser por completo extraña desde el punto de vista del paciente, sino que debe partir de la forma de concebir la realidad del paciente (Watzlawick et al. 1974).

Lo que cambia con la reestructuración es el sentido atribuido a la situación y no la situación en sí misma (Watzlawick et al. 1974).

Con base en los desarrollo teóricos antes mencionados, los investigadores del MRI plantearon los siguientes cuatro pasos para generar el cambio terapéutico.

- 1) Definición clara del problema en términos concretos.
- 2) Investigación de las soluciones ya intentadas. Qué cambios han sido intentados y qué provoca que la situación problemática se mantenga.
- 3) Definición clara del cambio que se va intentar y en qué consiste.

- 4) Formulación y puesta en marcha de un plan para producir el cambio. Esto implica tener en cuenta que el objeto de cambio es la solución intentada pero equivocada y que la táctica elegida debe estar acorde con la concepción que el cliente tiene de la realidad.

### **Técnicas de Intervención**

La intervención en terapia breve está enfocada a influir sobre el cliente de modo que su problema original se solucione a satisfacción de éste. Existen dos grandes categorías de intervenciones planificadas: las intervenciones principales y las intervenciones generales (Fisch et al. 1982).

#### *Intervenciones principales*

Pueden ser utilizadas cuando se han recogido los datos suficientes y se han integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades particulares de la situación concreta. Estas intervenciones se aplican como un medio de interrumpir los cinco intentos básicos de solución de los problemas.

- 1) *Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.* Pertenecen a este tipo los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico. El rendimiento de estas actividades es fluctuante y cuando se presenta una baja en el rendimiento en un lapso de tiempo más bien breve se corrige espontáneamente. El paciente potencial define dichas variaciones como problema y toma determinadas medidas para corregirlas y evitar su reaparición. Tratando así de imponer un rendimiento que sólo puede obtenerse de modo espontáneo o irreflexivo. Es probable conseguir la solución cuando el paciente renuncia a sus intentos de solución y deja de esforzarse.
- 2) *Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.* Estos pacientes que quejan de estados de terror o de ansiedad: fobias, timidez, bloqueos, entre otros El intento básico de solución del paciente consiste en prepararse para el acontecimiento temido, de modo que pueda ser dominado con anterioridad. El terapeuta debe evitar directrices que sean una variante de esta solución. Lo que se requiere es exponer al paciente a la tarea temida, al tiempo que se exige una ausencia de dominio, al mismo tiempo se le impide que acabe con éxito.
- 3) *Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.* Los problemas relacionados con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración. El intento de solución es el siguiente: exigir a la otra persona que los trate como si fuesen superiores. Una forma de impedir esta solución es hacer que el solicitante se coloque en una actitud de inferioridad. Otra estrategia, es el uso de consecuencias imprevisibles: y no anunciadas, conocidas como “sabotaje benévolo”.
- 4) *Intento de conseguir sumisión mediante un acto libre de aceptación.* La siguiente frase refleja claramente la esencia de este problema: “Me gustaría que lo hiciese, pero todavía me gustaría más que quisiera hacerlo”. Esto refleja una aversión a pedirle a otro individuo algo que le disguste o que exija determinado esfuerzo o sacrificio. La estrategia consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga

directamente, aunque la solicitud se formule en forma arbitraria. Para lo cual el terapeuta puede utilizar esta postura de “benevolencia” del cliente, para redefinirla, así como sus peticiones indirectas, como algo inconscientemente destructivo, y a la inversa, redefiniendo como beneficioso aquello que el cliente quizás considere como destructivo, las solicitudes directas.

- 5) *Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia.* En esta clase de problemas hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado. Se da el “juego del acusador y del defensor. La única forma en que el acusador puede entender mejor su errónea acusación consiste en que el defensor acepte sus acusaciones, sobre todo si tal acusación se lleva en un grado obviamente absurdo. También puede finalizar mediante una intervención llamada “*interferencia*” cuyo fin es reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, volviendo inútiles los intercambios verbales entre las dos partes al no haber forma de saber si en realidad se están refiriendo a los hechos en cuestión.

### *Intervenciones Generales*

Pueden ser utilizadas en cualquier momento de la terapia y no se encuentran en precisa relación con el problema o la solución intentada por el paciente. Se emplean con el objeto de preparar el terreno para una intervención posterior más específica. En este tipo de estrategias se encuentran reflejadas en la tabla 2.6.

Tabla 2.6 Intervenciones Generales

<i>Técnica</i>	<i>Descripción</i>
<i>No apresurarse.</i>	Consiste en decirle al cliente que no se apresure en la solución del problema. Se da esta instrucción en la primera sesión a clientes cuya solución intentada es esforzarse mucho o a quienes piden con urgencia una acción correctiva mientras permanecen pasivos o no colaboran.
<i>Los peligros de una mejoría.</i>	Es una variante de la intervención “no apresurarse”. Se usa con pacientes resistentes. Se le pregunta al paciente si puede reconocer los peligros de la solución del problema, dando por hecho que habrá peligros si soluciona el problema.
<i>Un cambio de dirección.</i>	El terapeuta modifica su postura, su conducta o estrategia. Ésta técnica es necesaria cuando el terapeuta comienza a discutir con el cliente y no se da cuenta de ello y cuando el terapeuta sugiere algo que el cliente accede a realizar, pero que después no lleva a cabo.
<i>Cómo empeorar la situación.</i>	Se emplea cuando el cliente se ha resistido a sugerencias anteriores o se ha mostrado desconfiado a probar algo nuevo. El terapeuta abandona la actitud “esto podría ser útil” y en su lugar dice: “ <i>No se me ocurre nada que pueda ayudarlo, pero al menos estoy en condiciones de darle algún consejo concreto sobre como hacer para que las cosas empeoren</i> ”. Enseguida el terapeuta debe exponer todo lo que el cliente ha hecho para tratar de solucionar el problema, con el fin de exacerbarlo.

## **Consideraciones Finales**

En 1974 Watzlawick et al. en su libro “Cambio, formación y solución de problemas humanos” mencionan que el punto débil del modelo por ellos planteado consiste en la dificultad de convencer al paciente de que lleve a cabo las indicaciones del terapeuta.

Mencionan que una fuente eventual de fracaso es la incapacidad para presentar la intervención en un lenguaje que persuada al paciente. Desde mi punto de vista esto está relacionado con que las intervenciones propuestas están bastante alejadas del sentido común, y por lo tanto pueden parecer ante los ojos de los pacientes como absurdas y carentes de utilidad. Considero que para lograr que el paciente acepte las intervenciones debe primero establecerse una fuerte alianza terapéutica y mantener una posición de autoridad frente al paciente.

Estos autores también consideran que este modelo no será fácilmente aceptado por terapeutas muy “honestos” para quienes sea inadmisibile el “jugar”, es decir, el conducir al paciente por medio de directivas, cuyo objetivo es ocultado al paciente.

En virtud de que este modelo plantea como pieza básica para el éxito la definición clara del problema, una fuente potencial de fracaso reside en que existen ciertos pacientes a quienes les es difícil concretar el problema. Estos pacientes pueden sentirse presionados para concretar algo que tal vez ellos mismos no tengan claro.

## **2.2.4 MODELO DE MILÁN**

### **Introducción**

El Instituto de la Familia en Milán fue fundado en 1967 por Mara Selvini Palazzoli quien tenía formación como psicoanalista y experiencia en el trabajo con pacientes anoréxicas. Fue la práctica clínica con pacientes anoréxicas la que la llevó a dejar de lado los procedimientos terapéuticos ortodoxos del psicoanálisis para experimentar con la terapia familiar conjunta (Selvini-Palazzoli, 1990).

Después de varios años de trabajo conjunto con diferentes colegas, en 1971 constituyó un equipo cuyos miembros además de ella son: Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Los cuatro son médicos con formación en psicoanálisis que decidieron adoptar el modelo sistémico.

El equipo ha pasado por varias transformaciones por lo que es posible identificar tres equipos distintos:

1. El formado por Mara Selvini Palazzoli con Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata en el periodo de 1971 a 1978.
2. El formado por Mara Selvini Palazzoli y Giuliana Prata en el periodo de 1979 a 1985, después de la ruptura del equipo anterior.
3. El formado por Mara Selvini Palazzoli con sus colaboradores más jóvenes, Stefano Cirilo, Matteo Selvini y Anna María Sorentino entre los años 1982 a 1987.

Sus conceptos teóricos básicos han sido tomados de la teoría general de sistemas, la cibernética y la teoría de la comunicación humana (Selvini-Palazzoli, 1990).

En la evolución del equipo fueron cambiando también los métodos de trabajo (Selvini Palazzoli, Cirilo, Selvini, Sorrentino, 1999):

- ✓ El paradójico de 1971 a 1978. De esta etapa destacan el uso de la connotación positiva, la reformulación paradójica del juego familiar en curso y su prescripción, los rituales familiares y la regla del intervalo mensual entre sesiones que son expuestas en el libro *Paradoja y Contraparadoja*.
- ✓ El de la serie invariable de prescripciones entre 1979 a 1987. Desarrollado por Selvini Palazzoli y Giuliana Prata una vez que se separó el primer equipo.
- ✓ El de la revelación del juego familiar entre 1979 a 1987.

En el presente documento se aborda principalmente el trabajo realizado por el equipo de Milán con el método paradójico.

### **Principios Básicos**

El equipo de Milán considera que los principios de circularidad, neutralidad y la generación de hipótesis son fundamentales para la conducción de las sesiones (Selvini Palazzoli, et al, 1980).

*Hipótesis:* La hipótesis garantiza la actividad del terapeuta, es decir, lleva al terapeuta a identificar cuál es el juego sistémico de la familia (Selvini-Palazzoli, Boscoso, Checchin & Prata, 1980). La hipótesis debe ser sistémica, incluir a todos los miembros de la familia y proporcionar una suposición relativa a todo el funcionamiento relacional.

El equipo de Milán considera que es más probable que esos modelos interrelacionales o juego familiar sean provocados y puestos de manifiesto por una conducta activa del terapeuta. La función esencial de la hipótesis es la de proporcionar una guía para obtener nuevas informaciones que la confirmarán, refutarán o modificarán dichas informaciones.

*Circularidad:* “Es la capacidad del terapeuta para la búsqueda de información acerca de las relaciones, de las diferencias y el cambio” (Selvini Palazzoli, et al. 1980, p. 8). Todo miembro de la familia será invitado a decir cómo ve la relación entre los otros miembros de la familia, se trata de indagar cómo ve un tercero una relación diádica. Esta es una forma de investigar las relaciones triádicas. A partir de este principio se desarrolló la técnica del cuestionamiento circular.

*Neutralidad:* Se refiere a la acción del terapeuta en la que se mantiene con todos a la vez, sin juzgar ni criticar. Una postura de neutralidad podrá observarse si en el resultado final de las alianzas sucesivas del terapeuta se alía con todos los miembros de la familia y con ninguno al mismo tiempo (Selvini Palazzoli et al. 1980).

Al mantener la neutralidad el terapeuta tratará de observar y neutralizar lo más pronto posible cualquier tentativa de coalición, seducción o relación privilegiada hecha por algún miembro o grupo dentro de la familia.

Cecchin (1988) dice que el término “neutralidad” fue usado originalmente para expresar la idea de esquivar activamente alguna posición como más correcta que otra, pero que más adelante el equipo de Milán conceptualizó la neutralidad como “la creación de un estado de curiosidad en la mente del terapeuta”. Dicha curiosidad estará encaminada a explorar e inventar puntos de vista alternativos.

La disfunción ocurre cuando el sistema es incapaz de hacer un salto a una nueva manera de funcionar. Cuando la epistemología de la familia es lineal y rígidamente estereotipada no hay ninguna manera salir de la situación en que los miembros de la familia se encuentran.

Las familias patógenas exhiben la rigidez extrema en las reglas que gobiernan su sistema, de tal forma solamente se permite un rango sumamente estrecho de conductas. Es necesario un cambio de reglas para provocar un cambio en la conducta sintomática (Selvini-Palazzoli, Boscolo y Prata, 1986).

Desde el punto de vista del equipo de Milán, el cambio en los patrones rígidos de interacción de la familia ocurre cuando la familia encuentra una forma alternativa fuera de su epistemología actual. La tarea del terapeuta es introducir nueva información en el sistema a través del proceso de la entrevista o por medio de una prescripción al final de la sesión. La prescripción es un mensaje a la familia que contradice radicalmente las premisas del sistema de creencia de los miembros de la familia. Los miembros de la familia empiezan a hacer conexiones entre varias conductas, eventos, y relaciones que ocurren en la familia y así los empiezan a ver una forma menos lineal. Cada persona se adapta parcialmente a esta nueva información, y ésta se vuelve nueva información a otros miembros quienes se adaptan a él. Un “vórtice de reacciones recíprocas” es creado, con el tiempo las consecuencias son un cambio evidente en la familia (Selvini-Palazzoli, 1980). Se dice que la familia, de esta forma, encuentra su propia solución.

### **Proceso Terapéutico**

Las sesiones son estructuradas de la siguiente forma:

- ✓ *Presesión:* Donde el terapeuta prepara información para el trabajo en la sesión. Generalmente se elaboran hipótesis conjuntamente con el equipo que sirven de guía para conducir la sesión.
- ✓ *Sesión:* Durante esta etapa el terapeuta o los terapeutas llevan a cabo la entrevista, pueden aplicar el cuestionamiento circular y el equipo hace comentarios y preguntas para la familia.
- ✓ *Discusión:* Se hace una pausa en la sesión en la que él o los terapeutas se reúne con el equipo para determinar las conclusiones y las intervenciones.
- ✓ *Prescripción de la tarea:* El terapeuta da instrucciones a la familia sobre lo que tiene que hacer o da el mensaje final de la sesión.
- ✓ *Discusión sobre la reacción de la familia ante las prescripciones y los comentarios del equipo:* esto se lleva a cabo una vez que la familia se ha retirado y se realiza entre él o los terapeutas y el equipo.

Con relación al número y frecuencia de las sesiones el trabajo del equipo de Milán a veces es descrito como la “terapia breve larga” (Tomm, 1984). Es breve porque ellos ofrecían sólo diez sesiones (siguiendo el modelo del MRI). Es largo porque las diez

sesiones son espaciadas ampliamente, es decir, a intervalos mensuales. Así, la terapia puede extenderse a lo largo de uno o dos años.

El modelo de Milán asume una posición de neutralidad y complementariedad respecto al proceso terapéutico, involucra factores externos y la responsabilidad del paciente para el cambio (MacKinnon, 1983). La postura del equipo de Milán permanece complementaria y no toma una posición directiva, por lo que no especifica metas y no asume la responsabilidad del cambio.

### **Técnicas de intervención**

*Rituales:* Los rituales son útiles para acabar con los mitos familiares, mismos que son creencias y convicciones que la familia comparte y que determinan la forma de relacionarse de los miembros de la familia entre sí. Los mitos no pueden ser cuestionados, se aceptan de antemano. Según Ferreira (citado en Selvini-Palazzoli et al. 1986) el mito no es un producto diádico, sino colectivo, es un fenómeno sistémico, pieza fundamental para el mantenimiento de la homeostasis del grupo que lo ha producido.

Los rituales son prescripciones que cambian las reglas de una familia sin dar explicaciones. Al realizarlos la familia adquiere una nueva experiencia, ya que el ritual propone normas contrarias a las preexistentes. Se trata de una acción o una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, en las que tienen que participar todos los miembros de la familia (Selvini-Palazzoli et al. 1986). El ritual familiar es más bien la prescripción de un juego cuyas normas tácitamente sustituyen a las precedentes.

*La connotación positiva:* Penn (1985) considera que una de las propuestas más importantes de la terapia sistémica del grupo de Milán es el uso de la connotación positiva. Por medio de la connotación positiva, el terapeuta declara su alianza con los esfuerzos de la familia por defender su homeostasis. Más que una intervención (como se concibió en un inicio) es una estrategia orientada a enganchar a la familia para que colabore con, en vez de defenderse de la terapia. Es una técnica que describe la organización actual del sistema positivamente, omitiendo responsabilizar en cualquier forma, en cambio se ofrece una definición positiva del problema de la familia. La premisa es que cuando un contexto es definido positivamente, se tiene la opción de cambiar a otro.

*Reformulación Paradójica:* Se trata de un tipo particular de connotación positiva que indicaba a cada miembro de la familia que continuara con su comportamiento habitual por el bien de los demás. Esta intervención suscitaba encubiertamente un interrogante paradójico sobre por qué una cohesión familiar tan estrecha, definida por los terapeutas como “buena” solamente podía obtenerse por medio de una paciente identificado (Selvini-Palazzoli, 1990).

*Preguntas a futuro:* Las preguntas sobre el futuro, junto con la connotación positiva, ponen a las familias en una metaposición de sus propios problemas facilitando el cambio, ya que abren nuevas soluciones para sus viejos problemas (Penn, 1985).

*Cuestionamiento circular:* Se usa para conducir la investigación sistémica de los cambios y las diferentes relaciones familiares, las cuales sostienen interacciones disfuncionales o síntomas en la familia. (Fleuridas, Nelson & Rosenthal, 1986).

Se define como la capacidad del terapeuta para visualizar el problema familiar, así como para ampliar el enfoque del problema presentado por el paciente identificado a través de la retroalimentación de todos los miembros de la familia, de las percepciones individuales en forma circular y sistémica.

El cuestionamiento circular se debe dirigir a todos los miembros de la familia y se propone una taxonomía de cuestionamientos y pautas, en función de cuatro categorías:

- 1) *Definición del problema.* Cuestionar a cada miembro de la familia acerca de su percepción del problema a en ese momento.
- 2) *Secuencia de interacción.* Cuestionar a cada miembro de la familia para explicitar la pauta de interacción.
- 3) *Comparación* Cuestionar a cada miembro de la familia acerca de los otros miembros (comportamientos, creencias, valores, pensamientos, etc.).
- 4) *Intervención* Cuestionar a cada miembro de la familia con la finalidad de promover un cambio.

Estas cuatro categorías deben ser exploradas en una secuencia temporal que abarque pasado, presente y futuro hipotético.

En su libro **Paradoja y Contraparadoja** de 1986 el equipo de Milán presenta una serie de estrategias que se ubican en la etapa con el trabajo centrado en la paradoja terapéutica y que están encaminadas a modificar la epistemología familiar.

*De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo.* Se trata de trasladar la etiqueta de enfermo del paciente designado, a uno o más de los hermanos considerados sanos por la familia, señalando además que éste primero, fue el único que se dio cuenta de las malas condiciones en las que se encontraban y de lo mucho que necesitaban de su ayuda. Se señala que el paciente designado ha resuelto sacrificarse para liberarlos. El objetivo de la intervención es evitar que los terapeutas se involucren en una relación simétrica con los padres. Es una técnica intermedia, que busca provocar desorden en la homeostasis familiar. Trastoca la epistemología familiar, al colocar como solidario al que podría ser visto como resentido, mientras que los privilegiados son puntuados como atrapados.

*Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos.* Se traslada a los terapeutas los problemas intergeneracionales que el paciente tiene con los padres, dejándolos fuera, pero haciendo alusión implícita al juego que mantienen con el hijo. Se usa en el caso de hijos únicos. Evita que los terapeutas discutan directamente la relación de los padres con el hijo, ofreciendo puntuaciones negativas de la conducta de los padres o del hijo, generando así rechazo o descalificaciones.

Con esta intervención se logra modificar la epistemología familiar, atacando a la vez la creencia que pudiera tener el hijo de que una condición para que él mejore, es que sus padres cambien y la creencia de cada uno de los padres de que la culpa de la situación la tiene su cónyuge.

*Los terapeutas aceptan sin objeciones una mejoría sospechosa.* Esta estrategia consiste en aceptar sin objeciones, una mejoría o la desaparición del síntoma súbita e inexplicable, que no corresponde con un cambio en las interacciones del sistema. Los terapeutas en ese momento, de manera críptica deciden dar por terminado el tratamiento, sin emitir su opinión, basando simplemente su decisión en la satisfacción de la familia.

Esta intervención permite que los terapeutas mantengan la iniciativa y el control de la situación. Pone a prueba la autenticidad del cambio, dando por terminado el proceso, pero a la vez, al mantener algunas sesiones de reserva, dado el encuadre que se pactó desde un inicio, los terapeutas mantienen a la familia “en terapia”.

*Cómo recuperar a los ausentes.* La ausencia de uno de los miembros a las sesiones, es una maniobra destinada a mantener la homeostasis en el sistema familiar. Los terapeutas aceptan como válidos, los motivos que la familia expone para justificar la ausencia de alguno de sus miembros, sin embargo, ésta es mantenida en el centro de atención y de trabajo de los terapeutas. Al terminar la sesión, se le entrega a los presentes la conclusión de la sesión en un sobre cerrado, anunciando que la sesión terminará en casa, cuando el mensaje sea leído delante de toda la familia. El objetivo de la intervención: es recuperar al ausente pero sin manifestárselo a la familia.

*Cómo eludir la descalificación.* Eliminar la descalificación es una de las principales tareas y más difíciles que deben de enfrentar los terapeutas. Al terapeuta debe quedarle claro que su interés debe estar centrado en comprender y desarticular el juego familiar, eso ayudará a que no se deje seducir por las maniobras de descalificación del sistema. Los sentimientos de enojo, cansancio, desinterés, entre otros son síntomas de que los terapeutas están involucrados simétricamente con la familia. La descalificación dirigida a los terapeutas es la expresión de que probablemente han hecho algo que pone al sistema en riesgo de definir su relación, por lo tanto, los terapeutas deben estar preparados para retirarse y no entrar en el juego, contraatacándolo prescribiendo la descalificación y connotándola positivamente.

*El problema de las coaliciones negadas.* En muchas familias existen coaliciones intergeneracionales que son negadas, para intervenir sobre estas es necesario que sean connotadas como positivas en su intencionalidad honesta y afectiva cuando se ponen en evidencia, pero no deberán ser explícitamente prescritas. Se recomienda el no esclarecimiento del punto nodal. Para que provoque cambios y por consiguiente, resulte terapéutica la intervención tiene que ser rigurosamente global y sistémica

*Los terapeutas declaran la propia impotencia sin reprochárselo a nadie.* Fue necesario desarrollar una intervención paradójica ante familias que llegaban a la siguiente sesión inmodificadas, por haber descalificado y “olvidado” la anterior intervención de los terapeutas, o bien, por haber desarrollado una evasión a la prescripción terapéutica. Los terapeutas pueden caer en un “juego sin fin” ante la idea y el esfuerzo de formular una intervención cada vez más poderosa. Es difícil identificar quién ha sido el primero en iniciar una escalada simétrica: la familia o el terapeuta. Lo que sigue es “no insistir”. Es necesario que exista un cambio en la posición de la relación, definir la relación, asumiendo la impotencia. Es fundamental evitar todo reproche a la familia, ya que equivaldría a un intento por definirse como “superiores”.

*Los terapeutas se autoprescriben la paradoja extrema.* El equipo de Milán al enfrentar a familias que plantean al terapeuta el siguiente pedido “sólo podrás ayudarme, no siendo lo que eres” desarrollaron dos contraparadojas: La primera consiste en aislar ese pedido de todas las maniobras comunicacionales, dándole una connotación positiva, como algo justo y legítimo. La prescripción, dirigida a los terapeutas, de acceder a dicha petición.

### **Consideraciones Finales**

Con la publicación del artículo “*Elaboración de Hipótesis, Circularidad y Neutralidad*” acontece la creación de la escuela de terapia familiar y con esto, inicia el distanciamiento entre Boscolo y Cecchin con Mara Selvini y Prata. En tanto que los primeros se enfocan a la formación de terapeutas, las últimas continúan con los planteamientos de investigación que dieron origen al Grupo de Milán. Ambos equipos continuaron en colaboración para por último formalizar la separación en 1982.

Con la disolución del equipo, se amplió la orientación terapéutica, pasando del trabajo con familias al trabajo con instituciones más amplias, desarrollando conceptos como el de sistemas significantes en los que incluyeron a todas aquellas unidades involucradas en el intento de aliviar los problemas que constituyen el motivo de consulta.

El planteamiento fundamental del grupo Post-Milán consiste en mostrar a la familia todas las posibles soluciones al problema permitiendo que sea la familia quien escoja las más conveniente y apoyando esta decisión (Sánchez y Gutiérrez, 2000). En el trabajo del grupo Post-Milán tanto los terapeutas, equipo y familia son considerados como parte del mismo sistema.

Una de las aportaciones del equipo de Milán es que en su trabajo se expresa con claridad la importancia de dar prioridad a las cuestiones contextuales del tratamiento que permiten generar una visión más sistémica del problema, en el contexto se toman en cuenta tanto los factores socioculturales de la familia pero también los factores institucionales que promueven el problema, dentro de los cuales puede encontrarse el propio terapeuta.

También es posible observar cómo desarrollaron un método refinado para dirigir la entrevista. Prueba de ello es el desarrollo del cuestionamiento circular, que permite una mayor resonancia entre los miembros del sistema familiar, y por ende desarrollar empatía con la vivencia del otro, lo que facilita el proceso de cambio.

Se observa también un rigor metodológico experimental que lleva al Equipo de Milán a someter a prueba tanto su metodología como sus resultados, cosa que no es común encontrar en el trabajo psicoterapéutico de otros autores.

Considero que el modelo de Milán puede ser de especial utilidad en casos de patología y en el trabajo con sistemas rígidos, ya que sus intervenciones resaltan la ruptura de la homeostasis e incluso sus intervenciones han llegado a ser consideradas verdaderas “bombas” que inciden en la epistemología familiar.

En cuanto a las limitaciones o riesgos del modelo, me parece que el uso indiscriminado de la connotación positiva, en familias cuya problemática tiene que ver con violencia o

abuso de los miembros más fuertes sobre los más débiles puede llegar, cuando se trata cuestiones graves en la familia, a ser peligroso ya que estas familias pueden tomar la intervención en un sentido literal y validar con esto una situación que éticamente es cuestionable.

Por otro lado, en muchas de las intervenciones se destaca como punto importante en el éxito de las mismas el carisma y la reputación de Mara Selvini, en ese sentido puede ser cuestionable la replica de sus procedimientos en virtud de la personalidad del terapeuta que los aplica.

## **2.2.5 TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES**

### **Introducción**

Se trata de una terapia encuadrada en el marco de las terapias sistémicas, con las cuales comparte su epistemología, es un modelo que pone énfasis en los recursos y posibilidades de las personas más que en la patología o en los problemas. Se destacan dos autores Steve de Shazer y William O'Hanlon.

Steve de Shazer en la década de los años 80 desarrolló el modelo trabajando en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) de Milwaukee. de Shazer, quien había trabajado antes en el Mental Research Institute (MRI), encabezaba el equipo y entre sus colaboradores se encontraban Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Monnar e Insoo Kim Berg, posteriormente se incorporaron Wally Gingerrich, John Walter y Mechele Weiner-Davis (Espinosa, 2004). Esta última se separó para fundar su propia institución en la Nueva York. O'Hanlon nunca se integró al centro de Milwaukee pero fue formado por Milton Erickson (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

O'Hanlon y Weiner-Davis (1989) en su libro *En busca de soluciones* mencionan que sus precursores más influyentes son los trabajos de Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute; así como el pensamiento de Gregory Bateson.

### **Principios Básicos**

Este enfoque parte de la premisa de *confiar en los recursos de los clientes*. Desde esta perspectiva se considera que las personas que acuden a tratamiento tienen capacidad suficiente para enfrentarse exitosamente a sus problemas, por lo que seguramente ya lo están haciendo en algunas ocasiones. El trabajo del terapeuta es localizarlas y poner de relieve el efecto que tienen en la vida de los clientes.

El terapeuta de esta orientación *huye del normativismo y no busca patología* porque no se basa en un modelo de persona o interacción sana, no evalúa a sus clientes comparándolos con una norma, no trata de modelar sus relaciones en la dirección que él considera más adecuada, sino que los acepta tal y como son y se limita a producir los cambios imprescindibles para que los problemas se disuelven.

Los problemas no son considerados "cosas", sino patrones de habla, pensamiento y acciones continuamente cambiantes, las pautas que los mantienen son muy susceptibles

de modificarse, por lo que se buscará modificar las situaciones o contextos que rodean dichos patrones.

La terapia basada en el modelo de soluciones *no busca causas las históricas* del problema, considera que toda conducta está configurada y preservada por las acciones que tienen lugar en el sistema de interacción social del individuo, por lo que se buscará alterar los patrones de interacción introduciendo un cambio (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

No es una terapia que busque el crecimiento de las personas, ya que no pretende que los clientes se conozcan más o clarificar la verdad, ya que se considera que *puede haber muchas realidades*. Este principio es retomado del constructivismo a partir del cual se considera que la realidad no se descubre sino que se inventa (Watzlawick, 1984), que la realidad surge a partir de procesos lingüísticos consensuados (de Shazer y Berg, 1991). Se entiende que los significados que atribuimos a los acontecimientos, a las conductas o incluso a las palabras no son estables, sino que son negociados por las personas que interaccionan en un determinado contexto, por lo que en el proceso terapéutico se considera que los problemas de las personas tienen que ver con el tipo de significados que las personas han consensuado en torno a ellos.

No se considera que exista una ganancia secundaria para el cliente a través del problema, *se acepta todo lo que el paciente trae a la terapia* y se desecha la idea de la resistencia (Cade y O'Hanlon, 1995) y ésta es comprendida como una forma que tienen los clientes de indicar al terapeuta que no está siguiendo el camino correcto.

Las premisas que guían este modelo se centran en los recursos y las posibilidades, O'Hanlon y Weiner-Davis (1989) mencionan las siguientes:

- ✓ Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas, la tarea del terapeuta es acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas.
- ✓ El cambio es constante. Por lo que el terapeuta envía mensajes a los pacientes que implican que es difícil que el problema persista.
- ✓ El objetivo del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
- ✓ No es necesario conocer mucho acerca de la queja para resolverla.
- ✓ No es necesario conocer la causa o función de la queja para resolverla.
- ✓ Un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte de mismo.
- ✓ Los clientes son quienes definen los objetivos. Con frecuencia el terapeuta hace redefiniciones del problema más abordables y que den pistas sobre la forma de solucionarse.
- ✓ El cambio o la resolución de problemas puede ser rápido.
- ✓ No se considera que existan puntos de vista correctos e incorrectos, se cree que hay puntos de vista más o menos útiles. Se considera que no hay una realidad única por lo que el terapeuta no impone lo que cree que es normal a sus clientes.
- ✓ En la terapia es necesario centrar la atención en los aspectos cambiantes y cambiables de la experiencia de los clientes y no en lo que no es susceptible de cambio.

## **Proceso Terapéutico**

En el proceso terapéutico se deberá alterar la “forma de actuar” y la “forma de ver” el problema para lo cual es necesario realizar tres cosas (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

1. Modificar la forma de actuar en la situación que se percibe como problemática. Se trata de modificar las acciones e interacciones entre los miembros de la familia que intervienen en el problema.
2. Alterar la percepción que tiene el paciente sobre el problema.
3. Evocar recursos, soluciones y capacidades que pueden aplicarse a la situación percibida como problemática.

Se da gran relevancia a la utilización del lenguaje, lo que ha llegado a nombrarse “conversación para el cambio” según O’Hanlon y Weiner-Davis (1989). El lenguaje da la posibilidad de reificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad, pero también se puede emplear para cuestionar verdades inútiles, por lo que es necesario ser muy cuidadoso con su uso. En este modelo se emplea el lenguaje para crear expectativas de cambio. El terapeuta puede usar presuposiciones para introducir en la sesión ideas o expectativas de cambio.

En un inicio es necesario adaptarse al lenguaje del cliente, empleando las palabras que usa como una forma de unión. Posteriormente empezamos a encausar sus palabras en una dirección productiva o a emplear palabras distintas que permitan orientarse a las acciones o a situaciones más que a rótulos patologizantes con los que la gente describe al problema o a sí mismos.

### **La primera entrevista**

En el enfoque de soluciones el proceso de entrevista no es sólo una herramienta para recopilar información acerca de motivo de consulta, en este enfoque se considera la entrevista como un medio para influir en la percepción del problema del cliente y por lo tanto se centrará en los lados fuertes y habilidades con las que cuenta el cliente (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989). En este sentido Furman y Ahola (1996) afirma que el conductor de la sesión debe orientar la conversación de tal forma que el acento esté puesto en las soluciones más que en los problemas. En la primera entrevista el terapeuta debe negociar con el cliente el establecimiento de un problema soluble o incluso llegar a establecer que el problema es inexistente.

Debido a la gran importancia dentro de este enfoque de la primera entrevista O’Hanlon y Weiner-Davis (1989) consideran que en ella deben cubrirse los siguientes puntos:

- ✓ *Unión.* El objetivo de esta etapa es mostrar un genuino interés por los clientes y ayudarlos a sentirse cómodos, se evita la confrontación y los temas de conversación en los que es probable el desacuerdo.
- ✓ *Breve descripción del problema.*
- ✓ *Excepciones al problema.* Se prosigue con preguntas diseñadas para obtener información sobre las excepciones al problema, al preguntar por las excepciones no solo se intenta redirigir la atención hacia lo que ya funciona sino también orientarlas hacia lo que el terapeuta considera importante saber. En esta etapa son muy útiles las preguntas presuposicionales para obtener mayor información sobre las excepciones, algunos ejemplos son: ¿qué es diferente en las ocasiones en las que no se presenta el problema?, ¿cómo conseguiste que sucediera?, ¿de qué manera el que

no se presente el problema hace que las cosas vayan de otra forma?, ¿quién más advirtió el cambio?, ¿cómo conseguiste que cesara el problema?, ¿has tenido antes esta dificultad, cómo le hiciste para resolverlo entonces?, ¿qué tendrías que hacer para que eso sucediera nuevamente?

- ✓ *Normalizar y despatologizar el problema.* Es importante considerar la situación del cliente o la familia como algo normal o cotidiano en vez de algo psicológico o patológico.
- ✓ *Definición de objetivos.* A pesar de que es responsabilidad del cliente expresar qué cambios desea alcanzar el terapeuta ocupa un papel activo para asegurarse de que los objetivos sean alcanzables y lo bastante concretos para saber cuándo se han logrado.
- ✓ *La pausa.* Se usa para consultar con el equipo cuando se trabaja con éste. Sirve como un marcador de contexto, permite al terapeuta enfatizar algunos comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se marchen, el mensaje que se da al cliente es visto como algo importante y concluyente; es un resumen de las cosas bien hechas y de los elogios, comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia y finalmente una prescripción o tarea.
- ✓ *Elogios.* Se aprovecha cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas, es decir, el terapeuta no pierde oportunidad para señalar a los clientes lo que ya han empezado a hacer para solucionar el problema.
- ✓ *Preguntas a futuro.* Cuando no es posible identificar excepciones y no parece haber soluciones en el presente o en el pasado lo que procede es pedir al cliente que imagine un futuro sin el problema y describa cómo será.
- ✓ *Preguntar sobre el problema.* Si el cliente no puede hallar excepciones o no puede imaginar el futuro sin el problema y responder las preguntas de avance rápido entonces el terapeuta debe reunir información detallada sobre el problema, es decir debe cambiar de dirección y centrarse en el problema.

La segunda sesión y las siguientes se centran en constatar si ha acontecido el cambio, cuando este ha ocurrido se busca consolidarlo y amplificarlo, partiendo de un cambio mínimo hasta lograr la meta deseada. Para lograr lo anterior se realizan *preguntas encaminadas a la consolidación de los cambios manifestados*, por ejemplo se puede preguntar al cliente ¿qué cosas han ocurrido esta semana?, ¿qué tiene que hacer para que los cambios persistan?, entre otras.

La terapia llega a su fin cuando se han cumplido los objetivos establecidos al principio del tratamiento. Entonces el terapeuta le pide que haga un recuento de las cosas que le han permitido superar el problema y la forma en que es posible que las emplee en el futuro.

### **Técnicas y Estrategias de Intervención**

O'Hanlon y Weiner-Davis (1989) plantean tres tipos de intervenciones: las intervenciones sobre el patrón de la queja, las intervenciones sobre el patrón del contexto y las "tareas de fórmula" (ver tabla 2.7).

Tabla 2.7 Tipos de intervenciones

<i>Intervención</i>	<i>Descripción</i>
<i>Intervención sobre</i>	El terapeuta hace que los clientes introduzcan alguna

<i>el patrón de la queja.</i>	modificación pequeña en el desarrollo de la queja. Las intervenciones pueden estar orientadas a cambiar la frecuencia, el tiempo de ejecución, la duración y el lugar en el que se produce la queja. También se puede añadir un elemento nuevo o cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja, descomponer el patrón de la queja en elementos más pequeños; y finalmente, unir a la realización de la queja alguna actividad gravosa.
<i>Intervención sobre el patrón del contexto.</i>	Consiste en modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja. El terapeuta debe solicitar descripciones de las acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja y modificar aquellas que parecen acompañarla normalmente.
<i>Tareas de fórmula</i>	<p>Son intervenciones que se pueden utilizar en cualquier momento de la terapia ya que parecen ser eficaces para resolver problemas variados.</p> <p><i>Tarea de fórmula de la primera sesión.</i> Permite identificar y ampliar los aspectos satisfactorios de la vida del cliente, a quien se concibe como una persona habilitada para hacer cosas positivas. La intervención se hace al finalizar la primera sesión y se plantea de la siguiente forma: “Desde ahora y hasta la próxima entrevista nos gustaría que observaras, de tal forma que puedas describirnoslo, lo que ocurre en tu vida que quieres que continúe ocurriendo” (de Shazer y Molnar, 1984).</p> <p><i>Tarea de la sorpresa.</i> Se solicita a los clientes que hagan algo nuevo y sorprendente, con el objetivo de que lo novedoso se convierta en una solución exitosa. Se pide a los clientes que hagan algo que sorprenda al otro (o la familia), manteniéndolo en secreto, de tal forma que los restantes miembros de la familia tendrán que descubrir qué fue lo que hizo (de Shazer y Molnar, 1984).</p>

<i>Intervención</i>	<i>Descripción</i>
<i>Tareas de fórmula</i>	<p><i>Tareas genéricas.</i> Se le pide al cliente que observe todas aquellas cosas que hace para sentirse mejor en relación a la queja y se le indica que las realice deliberadamente.</p> <p><i>Pregunta del milagro.</i> Se pide al cliente que imagine que mientras duerme se produce un milagro, el milagro consiste en que la queja desaparece mágicamente, entonces se le solicita que describa cómo serían las cosas diferentes después del milagro (de Shazer y Molnar, 1984).</p>

Formando parte de la entrevista este modelo otorga un gran peso a las preguntas, en particular a las llamadas presuposicionales.

Las preguntas que se generan durante la entrevista pueden estar diseñadas para generar información sobre el encuadre que el cliente hace de su situación; otras pueden estar diseñadas para construir soluciones y crear expectativas de cambio. (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Las preguntas que se manejan en la terapia breve centrada en las soluciones se muestran en la 2.8.

Tabla 2.8 Tipos de preguntas

<i>Tipo de Preguntas</i>	<i>Descripción</i>
<i>Preguntas de encuadre.</i>	Se usan para generar información sobre el encuadre que el cliente hace actualmente de su situación (Lipchik y de Shazer, en O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).
<i>Preguntas presuposicionales.</i>	Encaminan a los clientes hacia respuestas que promueven sus recursos y les enriquecen, al contestarlas los clientes no tienen otra opción que aceptar la premisa de que el cambio es ineludible (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).
<i>Preguntas de avance rápido.</i>	Se le pide al cliente que describa cómo será el futuro sin el problema. Se plantean cuando el cliente no ha podido identificar excepciones en el presente o en el pasado. Se considera que cuando el paciente ha descrito su vida sin el problema también ha descrito su solución (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).
<i>Preguntas para la búsqueda de excepciones.</i>	Al cuestionar sobre las excepciones, no solo intentamos redirigir la atención de las personas hacia lo que ya funciona, sino también sobre lo que es importante para el terapeuta en la sesión (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).
<i>Pregunta de la escala.</i>	Desarrollada en el BFTC, es muy útil para el mantenimiento y amplificación del cambio. Se les solicita a los clientes que valoren, sobre un escala de 1 a 10, su situación antes de venir a la terapia. Posteriormente se le pide que valoren la última semana en la misma escala. Por último se le requiere que digan en qué lugar de la escala tendrían que ubicarse para sentirse satisfechos (de Shazer y Molnar, 1984).

### **Consideraciones Finales**

Al aceptar todo lo que trae el cliente a la terapia el modelo de soluciones acepta también las emociones. El MRI daba poco peso y a veces pasaba por alto la manifestación de emociones por parte de los clientes, por lo que fue señalada por ser una terapia "fría", sin embargo el modelo de soluciones retoma las emociones como parte importante de la vivencia de las personas y considera que las personas solamente escuchan cuando se sienten validadas y esto incluye validar su expresión afectiva. Me parece que este aspecto es un paso adelante con respecto al trabajo realizado por el MRI y que contribuye a que se origine en la terapia un contacto más humano.

Espinosa (2004) menciona que el modelo de terapia breve centrado en soluciones fue uno de los primeros en dar importancia a las preguntas y privilegiarlas sobre las aseveraciones, además de que nutrió el campo terapéutico con sus aportaciones sobre la relación terapeuta-cliente-equipo terapéutico y con su postura optimista que reconoce a los clientes como expertos.

Por otro lado el terapeuta que trabaja siguiendo este modelo se ha alejado del papel del experto en el que lo colocaban otros modelos. Considero que ubicarse lejos del papel de experto tiene que ver más con una actitud a nivel personal que con el dominio de la técnica propia del modelo, y para desarrollarla el terapeuta tendrá que implicarse en un trabajo personal, que desde mi punto de vista, dista mucho de ser sencillo.

Una de las principales críticas al modelo es que puede llegar al optimismo excesivo, tratando de convencer al cliente de sus propias creencias. Dejando de honrar la realidad del cliente, no dando peso a las narraciones que hablen del problema que para las personas es importante. El propio O'Hanlon indica que cuando el cliente no se siente validado y escuchado intenta convencer al terapeuta de la legitimidad de su dolor o en todo caso deja la terapia. Porque al pasar tan rápido a la disolución del "problema" se corre el riesgo de menoscabar la relación terapéutica. Cuando el cliente relata su problema, se le puede decir que todo es relativo, pero cabe entender que su definición del problema puede estar vinculada de una manera importante a sus relaciones fuera de la terapia. Por lo tanto, independientemente de las reconstrucciones posibles, para la mayoría de la gente el "abuso físico" o el "incesto" siguen siendo un problema a nivel social, y suprimir estos relatos puede enajenar al cliente de su medio relacional (Gergen, s.f.).

La evolución del modelo es patente en el trabajo de O'Hanlon, ya que habiendo trabajado en el enfoque de soluciones e insatisfecho por la forma superficial con que algunos terapeutas lo abordaban, sobre todo en lo que se refiere a la realización de elogios sin medida y al optimismo desmedido, que ignoraban los problemas y el colateral malestar que provocaban; desarrolló la *terapia de posibilidades* que enfatiza la importancia de reconocer y validar las emociones del cliente.

## **2.2.6 TERAPIAS POSMODERNAS**

### **Introducción**

Durante los últimos 25 años del siglo XX y en particular en la última década, la crítica posmoderna ha tenido un gran impacto en las disciplinas sociales, particularmente dentro de la terapia familiar. Esta crítica pone énfasis en un cuestionamiento sobre la naturaleza del conocimiento, el cómo conocemos y ha puesto en tela de juicio la posibilidad de "aprehender" la realidad directamente, tal cual es. Propone que nuestra definición de la realidad es construida a través de un consenso lingüístico.

Gergen (1997) sostiene que una forma en la que se puede comprender a la posmodernidad es haciendo una comparación con la modernidad, que ha sido el enfoque del mundo que ha predominado en occidente durante el siglo veinte. La perspectiva *moderna* se fundamenta en una epistemología positivista que supone la existencia de una realidad separada del observador, susceptible de ser conocida de manera objetiva. La noción de La Verdad como algo posible a través del método científico es parte central de esta epistemología. A partir de esta perspectiva el conocimiento es considerado como un "espejo" de la realidad y el lenguaje como una forma de representar esta realidad (Anderson, 1997).

Las psicoterapias situadas dentro de la epistemología moderna, parten del supuesto que el terapeuta es un observador objetivo, que es experto en el conocimiento de la naturaleza humana (Anderson, 1997); lo que redundaría en una relación jerarquizada, ya que el terapeuta sabe más que el cliente: sabe lo que "realmente" le está pasando a éste y sabe como "deben ser" las personas y las relaciones humanas en general.

Por otro lado, la perspectiva *posmoderna* propone que el conocimiento está construido socialmente, que no podemos tener una representación directa del mundo, sólo podemos conocerlo a través de nuestra experiencia (Anderson, 1997). Se considera que vivimos en un mundo de carácter simbólico, inmersos en una realidad social que es construida a través de la participación de mucha gente. Desde esta perspectiva, el lenguaje no representa a la realidad, sino que la constituye. Una de las ideas medulares de la crítica posmoderna es la existencia de una multiplicidad de "voces" o de realidades humanas.

Dentro de la psicoterapia, la crítica posmoderna ha cuestionado las premisas tradicionales sobre la naturaleza de las personas, los problemas y de la relación terapéutica. Han surgido numerosos enfoques terapéuticos, de los cuales aquí revisaremos el enfoque colaborativo, el equipo reflexivo y el narrativo.

## **TERAPIA COLABORATIVA**

La aproximación colaborativa fue desarrollada por Harlene Anderson y Harold Goolishian a partir de su trabajo en el Galveston Family Institute. Este enfoque tiene como centro el lenguaje, la conversación y la relación.

La raíz de la terapia colaborativa está en el movimiento sistémico o interaccional. Las nociones de contexto y relaciones permitieron la transición hacia otros marcos que también reflexionaban en torno a ellas, principalmente el construccionismo social y la crítica postmoderna.

El cambio de un marco conceptual a otro no se originó en un plano puramente teórico. La terapia colaborativa no surgió de una idea a priori de que la terapia tendría que ser postmoderna. El impulsor del cambio fueron las tensiones entre la experiencia de la práctica terapéutica y los medios disponibles para dar cuenta de esa experiencia. El enfoque colaborativo es un conjunto de formas de pensar y hacer que surgieron en la práctica, en el proceso de responder a circunstancias y demandas específicas (Anderson, 1997).

Las premisas del modelo según Goolishian y Anderson (1992) son las siguientes:

1. Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significado. Todos los sistemas humanos son sistemas lingüísticos y quienes mejor pueden describir los sistemas lingüísticos son los que participan en ellos y no observadores externos. El sistema terapéutico es uno de estos sistemas.
2. El significado y la comprensión se construyen socialmente. Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para su intercambio dialogal.

3. En terapia todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de cierto problema. Este sistema tratará de desarrollar un lenguaje y un significado específicos de sistema. El sistema terapéutico es un sistema de organización y de disolución del problema.
4. La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de la conversación terapéutica, que es una búsqueda y una exploración mutuas. Se trata de un entrelazamiento de ideas en el que los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la “di-solución” de los problemas.
5. El papel del terapeuta es el de una artista de la conversación cuya habilidad se manifiesta en el campo de la creación de un espacio que facilite la conversación dialogal. El terapeuta es un participante-observador y un participante-facilitador de la conversación terapéutica.
6. El terapeuta participa de la conversación a través de preguntas conversacionales, o terapéuticas, que faciliten el espacio conversacional y el proceso dialogal. Formulando preguntas desde una posición de “ignorancia”, en vez de formular preguntas informadas por un método y que exijan respuestas específicas.
7. Los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.
8. El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración y por lo tanto de la oportunidad de una nueva mediación. El poder de la narración reside en su capacidad para re-relatar o re-relacionar los hechos de nuestra vidas en el contexto de un significado nuevo y diferente.

El enfoque colaborativo se centra en el sistema relacional y en el proceso por el cual cliente y terapeuta se asocian para contar, preguntar, interpretar y dar forma a las narrativas. (Anderson, 1997). El cliente es experto en el área del contenido, en las experiencias vitales que lo han traído a la relación terapéutica. Un terapeuta es experto en el proceso, en participar con el cliente en un proceso dialógico de narrativa en primera persona.

La terapia puede describirse como un hacer, que no ocurre en un vacío teórico o social, por el contrario el hacer se hace inteligible dentro de un marco de pensamiento. Cada marco constituye un mundo particular de acción y existencia que crea terapeutas diferentes que ven a personas diferentes por razones diferentes (Goolishian y Anderson, 1992).

Para el terapeuta colaborativo, un problema no es una entidad objetiva y localizable. Por el contrario, hay tantas definiciones de problema como conversaciones en torno a él. Los integrantes del sistema terapéutico son las personas que están en conversación sobre el problema. Ellos definen las cuestiones relevantes para el intercambio, en la medida en que las descripciones de la queja se modifican, también cambian los integrantes de dicho sistema. Un terapeuta es un participante más dentro de esta red conversacional. No obstante, su participación no está exenta de intencionalidad o responsabilidad.

El tipo de participación del terapeuta se ha descrito como una postura filosófica: *una forma de ser en relación con el otro*, es también una posición de reflexión sobre los conocimientos y sesgos del terapeuta (Anderson, 1997, Anderson, 2003).

La aproximación colaborativa interroga sobre la influencia del conocimiento en las relaciones interpersonales y viceversa. Tradicionalmente, el terapeuta es visto como el poseedor de un conocimiento, conocimiento que determina su relación con el paciente.

El terapeuta que adopta la postura colaborativa crea una relación que abre espacio para la construcción de conocimiento, de nuevos significados. Con este afán, muestra una actitud de respeto, curiosidad y apertura; hace públicos sus supuestos, al mismo tiempo que asume su carácter contingente y relativo.

Desde esta postura filosófica, el terapeuta participa en una exploración compartida. El intercambio toma forma a partir del vocabulario, las descripciones y narraciones del paciente. Esta idea tiene una implicación doble: crea un contexto para que las personas se describan en sus propios términos y además los ubica como arquitectos de su proceso terapéutico. (Anderson, 1997).

Al pensar en conversaciones, el habla y la escucha aparecen como elementos que dan forma a la relación. La escucha del terapeuta suele considerarse de carácter informativo, va encaminada a develar un estado de cosas. Las expresiones del terapeuta revelan al paciente la naturaleza del problema y dictan las acciones pertinentes (Anderson, 1997; Anderson, 2003). En contraste, esta aproximación propone que la escucha y el habla son una forma de acción conjunta.

Las expresiones del terapeuta son una continuación de su escucha, van encaminadas a la comprensión y el reconocimiento del otro, son una invitación a que amplíe su relato (Anderson, 1997, Anderson, 2003).

La comprensión no es un proceso finito, es parte de la construcción conjunta de significados, como tal es generativa, da lugar a nuevas descripciones y narraciones, abre posibilidades de cambio.

El bosquejo de las líneas anteriores pretende dar una visión general de la práctica colaborativa y las premisas de que se nutre. Puede resultar difícil visualizar este tipo de terapia, ya que no se estructura a partir de acciones, técnicas o pasos específicos. El reto para el practicante es traducir esta postura para dar respuesta a las particularidades de la situación. Por lo tanto, las expresiones y acciones del terapeuta varían de acuerdo al paciente y al contexto.

## **EQUIPO REFLEXIVO**

### **Antecedentes**

Fue desarrollado en Noruega por Tom Andersen. Este, junto con un equipo de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, integró un equipo para tratar a pacientes psiquiátricos. Iniciaron trabajando al estilo del Equipo de Milán, sin lograr tener gran éxito, ya que se percataron que resultaba muy complicado para los terapeutas a cargo de las sesiones transmitir con exactitud las ideas del equipo al otro lado del espejo. Observaron también que con mucha frecuencia era complicado que el equipo estuviera de acuerdo con una sola intervención, a menudo los miembros del equipo se empeñaban en que su sugerencia fuera tomada en cuenta en la elaboración del mensaje para los pacientes.

Como una forma de lograr que las personas encontraran un camino para salir de su “estancamiento” y prosiguieran con su vida surgió la idea de dejar que el sistema consultante pudiera conocer más acerca del proceso terapéutico. Empezaron a preguntarse si sería útil para los consultantes observar la forma en que el equipo trabajaba cuando trataba de hallar una forma de lograr su objetivo (Andersen, 1991).

Fue así como nació la forma de trabajo conocida como Equipo Reflexivo. Revirtieron las luces y el sonido, para que el sistema consultante pudiera observar y escuchar al equipo detrás del espejo mientras discutía sus ideas sobre de la problemática presentada por ellos (Andersen, 1991).

### **Fundamentos Teóricos**

El Equipo Reflexivo tiene sus fundamentos en la epistemología postmoderna; sus bases teóricas se encuentran en la hermenéutica y el construccionismo social.

El concepto de círculo hermenéutico sostiene que las ideas y supuestos básicos que guían la vida de las personas se han ido elaborando con las conclusiones y significados que les van atribuyendo a sus experiencias. De tal forma que las personas se enfrentan con la realidad a través de ciertos “prejuicios” o “pre-entendimientos” acerca de lo que están por vivir. Cuando se enfrentan a la experiencia toman de ella los signos o claves que mejor se ajusten a sus prejuicios. Por el contrario, cuando la persona se encuentra con información novedosa y logra establecer la diferencia, sus prejuicios se modificarán al entrar en contacto con esa nueva información. De tal forma que se da un proceso en dos direcciones: los prejuicios influyen en la comprensión y la comprensión influye sobre los prejuicios, cerrándose de esta forma el círculo hermenéutico.

Partiendo de lo anterior se entiende que el centro de las personas se ubica en el exterior, es decir, en la conversación con los demás; en la cultura y en el lenguaje (Andersen, 1995b).

Del construccionismo social se retoma la premisa de que la vida de las personas se sustenta en el lenguaje, las narraciones y las historias, mismas que son de carácter relacional. Desde esta perspectiva el acento para explicar el desarrollo del “self”, se coloca en el proceso dialógico, en las conversaciones que las personas tienen con los otros; de esta manera, el cambio también es explicado a través de las interacciones sociales (Lax, 1995).

### **Principios básicos**

Es posible diferenciar a las conversaciones reflexivas de otras posturas terapéuticas posmodernas, porque en estas se da una desaparición deliberada de objetivos y soluciones, los cuales son sustituidos por conductas que buscan favorecer la exploración, donde los eventos lingüísticos se ubican en un lugar primordial, a la vez que el terapeuta es descentrado y colocado en la posición de socio conversacional (Paré, 1995).

En los procesos reflexivos se da una alternancia entre conversar con otros sobre temas significativos y escuchar lo que otros tienen que decir sobre los mismos temas. En el

primer momento, la conversación con los otros es externa, mientras que cuando se escucha hablar a los otros, la conversación se tiene con uno mismo, convirtiéndose en una conversación interna. Lo que sucede en la conversación externa se convierte en una perspectiva más dentro de la conversación interna, y viceversa. Esto hace recordar la idea de Bateson, que sostenía que al observar un mismo hecho desde perspectivas diferentes, se forjan nuevas ideas y significados (Andersen, 1996).

Andersen (1996) sostiene que para entender cómo construyen las personas su saber acerca de los problemas que los inquietan hay que tomar en cuenta:

- ✓ Nivel I. Se encuentra el problema o suceso que necesita entenderse.
- ✓ Nivel II. Aparecen las descripciones del problema, las múltiples distinciones que se hacen acerca del mismo suceso.
- ✓ Nivel III. Se encuentran las palabras con las que se formula la descripción, dado que hay muchas palabras diferentes que se pueden utilizar, puede haber un sinnúmero de descripciones diferentes relacionadas con una misma distinción.
- ✓ Nivel IV. Se encuentra la influencia de la comunidad a la que pertenece el hablante, que influye directamente sobre el número de palabras disponibles y en la forma apropiada de usarlas. De acuerdo con lo anterior, no sólo el lenguaje no es inocente, sino que además puede ser peligroso, ya que puede encerrar a las personas en descripciones opresivas o esclavizantes, que impidan la disolución de los problemas.

En el trabajo del Equipo Reflexivo las conversaciones que se tienen con los consultantes no están enfocadas en realizar intervenciones o en la solución de los problemas, sino que dan énfasis en la apertura de espacios que permitan el surgimiento de alternativas, que les posibiliten el encuentro de formas alternativas de estar en el lenguaje y, como consecuencia, en el mundo (Andersen, 1995a).

El terapeuta reflexivo continuamente se hace preguntas que lo conduzcan a encontrar explicaciones alternativas a la situación o problema del consultante (Andersen, 1991).

En el diálogo entre el terapeuta y el sistema consultante se están llevando a cabo tres conversaciones: dos conversaciones internas y una externa. Las conversaciones internas parecen estar tratando sobre las ideas que se están intercambiando y sobre la participación que se está teniendo en la conversación externa, por lo tanto, la conversación externa tiene que ser lo suficientemente acompañada como para permitir que se den las conversaciones internas (Andersen, 1991).

### **Utilización en el proceso terapéutico**

La utilización de Equipo Reflexivo en el proceso terapéutico es flexible pero notoriamente delineada. En primer lugar se da la conversación entre el sistema consultante y el terapeuta o terapeutas a cargo. Mientras tanto, el equipo detrás del espejo se encuentra escuchando en silencio, atentos a sus propios diálogos internos. Pasado un tiempo, que es variable, se interrumpe la conversación en el sistema de entrevista, para dar marcha a las conversaciones en el equipo reflexivo. Con anterioridad se da aviso a los clientes de la forma de trabajo por lo que en ese momento únicamente se les indica que cuando los miembros del equipo conversen entre sí, ellos

(los consultantes) pueden escucharlos si a así lo desean, pensar en otra cosa, descansar, o hacer lo que prefieran (Andersen, 1992).

Los criterios para la participación en el equipo reflexivo son los siguientes:

1. Las reflexiones deben fundamentarse en lo expresado durante la conversación, y no en algo tomado de otro contexto. Deben proporcionar un punto de referencia que haga alusión a la información que los generó, por ejemplo incluir frase como las siguientes: “en el momento que se dijo...” “cuando hablaban de...”; enseguida expresarlas.
2. Es necesario que los miembros del equipo, eviten usar connotaciones negativas y comentarios que pudieran parecer una crítica o un juicio.
3. Cuando la conversación del equipo se realiza en la misma habitación donde se encuentra el consultante y el terapeuta, se debe tener presente que no se trata de una conversación con el consultante, sino de los miembros del equipo entre sí. Es importante que los miembros de equipo mantengan contacto visual entre ellos y no con el consultante, ya que esto da la posibilidad de que los oyentes se sientan libres de no escuchar, pero también de que puedan atender a sus diálogos internos (Andersen, 1992).
4. Las conversaciones tienen que plantearse en términos relativos, es decir, plantearse como dudas y no como afirmaciones que dictan guías de acción o dan consejos (Andersen, 1991).

Por lo general el equipo reflexivo conversa alrededor de 10 minutos, después se continúa con la entrevista, donde el entrevistador le pregunta al consultante si hay algo de lo que escuchó sobre lo que le gustaría conversar o algo que haya llamado particularmente su atención. El terapeuta también puede hablar de las ideas que a él mismo se le ocurrieron mientras escuchaba.

## **TERAPIA NARRATIVA**

La terapia narrativa, desarrollada por el australiano Michael White y el neozelandés David Epston, es uno de los modelos de trabajo terapéutico basados en el construccionismo social. Es una forma de terapia que se interesa fundamentalmente en las historias que la gente construye sobre su vida y su identidad. Se trata de un enfoque que ve a los problemas como algo separado de la persona y supone que las personas tienen muchas habilidades, creencias, valores y compromisos que les pueden ayudar a cambiar su relación con los problemas.

Una de las principales influencias para el desarrollo del modelo narrativo se encuentran en Derrida (1997), quien por medio de sus mecanismos de deconstrucción desafía la idea de que un texto tiene un significado incambiable y unificado, afirmando que existen un gran número de interpretaciones legítimas de un texto.

Otra influencia importante proviene de Foucault (1990), quien asume que los dominios de conocimiento son dominios de poder. White se adhiere a la definición de Foucault de la exclusión como consecuencia de la aceptación de una identidad socialmente atribuida; siendo la identidad socialmente impuesta al individuo marginado lo que crea la exclusión, mucho más que no pertenecer a una colectividad. A partir de lo cual White (1994) considera que es fundamental develar la "naturaleza política" de las interacciones locales y se esfuerza, por lo tanto, en exteriorizar los discursos

interiorizados gracias a las "conversaciones terapéuticas" que apuntan a "repolitizar" aquello que había sido despolitizado. Muy atento, en definitiva, a la importancia de los "relatos" para la construcción de las significaciones de las experiencias individuales, él considera que los conocimientos culturales pueden terminar por constituir un factor de "subjetivización"; para él entonces, es en el espacio creado en terapia por la exteriorización de algunos de estos discursos interiorizados, en la distancia nueva que la persona tiende a establecer con "sus relatos", que las narraciones alternativas pueden eventualmente, edificarse.

White y Epston (1993) ven la vida como una representación de textos y la oferta terapéutica es diseñar nuevas formas textuales para interpretar y afrontar la vida. Su terapia de re-escritura sigue las siguientes premisas:

1. Permitir separar sus vidas y relaciones de los conocimientos/relatos que sean empobrecedores,
2. Ayudándoles a cuestionar las prácticas del yo y de las relaciones que sean opresoras, y
3. Alentando a las personas a re-escribir sus vidas según conocimientos/historias y prácticas del yo y de las relaciones alternativas, que tengan mejores desenlaces.

Un punto importante que resaltan los autores es que el nuevo relato debe expresarse en la cotidianidad para permitir superar el problema, no basta con cambiar privadamente nuestra propia imagen personal, además debe desarrollarse una descripción convincente para exhibirla ante los demás, el nuevo relato debe hallar expresión en la interacción con el otro de lo contrario no hay un verdadero cambio.

### **Principios básicos**

White y Epston (1993) retoman la *analogía del texto* y a partir de ella consideran que la terapia es un proceso de contar y/o volver a contar las vidas y las experiencias de las personas que se presentan a terapia.

El método interpretativo, en vez de proponer que cierta estructura subyacente o disfunción de la familia determina el comportamiento y las interacciones de sus miembros, sostiene que es el significado que las personas atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento. Así surge el interés por cómo las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo, al hacerlo, contribuyen sin darse cuenta a la permanencia del problema.

La vida de las personas está determinada por el significado que le dan a sus experiencias. Para llevar a cabo la asignación de significado de nuestras experiencias es necesario contar con un marco de referencia. De acuerdo con White (1994) dicho marco de referencia es el relato o la narración y sostiene que es por medio de los relatos o historias cómo las personas evalúan sus propias vidas y las vidas de quienes los rodean encontrando sentido en su experiencia. Estas historias, además de determinar la significación que las personas conceden a su experiencia, tienen efectos palpables en la vida de las personas.

White (1994) parte del supuesto de que hay una equivalencia entre la estructura de los textos y la estructura de las historias o relatos que detallan las personas.

En referencia a los textos Bruner, hace el planteamiento de que las historias están integradas de panoramas duales: un panorama de acción y un panorama de conciencia. El panorama de acción está conformado por hechos relacionados en secuencias específicas a través del tiempo y en consonancia con tramas definidas. En un texto, el panorama de acción permite al lector tener una idea de la temática de los hechos que se desarrollan en el tiempo.

Por su parte, el panorama de la conciencia está compuesto por las interpretaciones de los personajes que intervienen en la narración, pero además por las interpretaciones del lector cuanto éste se involucra en la conciencia de esos personajes. Por lo tanto el panorama de conciencia vislumbra los significados dados por los personajes y los lectores al reflexionar sobre los eventos y tramas a medida que éstos se desarrollan en el panorama de acción.

Estas reflexiones pueden tomar la forma de percepciones, especulaciones y conclusiones sobre los deseos y predilecciones de los personajes, sobre sus características y cualidades; sobre sus intenciones, sobre sus creencias, entre otros aspectos.

White (1994) además de interesarse la constitución de las vidas a través de las historias también se interesa por conocer cuál es el origen de esas historias o relatos. El autor sostiene que las historias culturalmente viables y apropiadas sobre la personalidad y sobre las relaciones se confeccionan basadas en un contexto histórico y se elaboran en el interior de grupos de personas y dentro del contexto de instituciones sociales. En forma ineludible dichas historias están estructuradas por los conceptos culturales dominantes, que detallan un estilo particular de personalidad y de relación.

No obstante, pese a que dichas historias ayudan a asegurar un cierto grado de determinación en la vida de las personas, en pocas ocasiones logran englobar todas las eventualidades que vivir implica. Las historias que la gente refiere están repletas de huecos, inconsistencias y contradicciones, lo que otorga cierto nivel de indeterminación a la vida. Bruner (1990) sostiene que son esas lagunas, inconsistencias y contradicciones las que hacen que las personas se esfuercen activamente en hallar una significación única a los eventos de su vida.

White (1994) afirma que un único relato no puede guiar por completo la vida de las personas, porque no existe un relato que no contenga cierta ambigüedad y contradicción. Resulta importante ver cómo se puede ayudar a las personas a internarse en los relatos que ellos evalúan como preferibles o “correctos” de acuerdo a la cultura y a al grupo social al que pertenecen, para llegar cuestionarlos y a verificar si son útiles para dar significado a los eventos de nuestra vida y en todo caso llegar a poner en práctica las interpretaciones o significados alternativos que los relatos alternativos hacen posibles.

### **Proceso Terapéutico**

En el proceso terapéutico se pretende poner de relieve algunos de los sub-relatos de las vidas de las personas, y para lograrlo se precisa la participación activa por parte del terapeuta (White, 2002).

White (1994) propone la *objetivación de los problemas* como una forma de realizar la deconstrucción de la historia dominante que guía la vida de las personas. La objetivación de los problemas lleva a las personas a externalizar sus vivencias con relación a lo que creen problemático en lugar de internalizarlas.

Al tipo de conversaciones que llevan a las personas a identificar las historias privadas y los conocimientos culturales a partir de los cuales general su identidad y rigen su vida White (1994) las llama *conversaciones externalizantes*.

Con el paso del tiempo las personas llegan a considerar que el problema expresa su identidad, con mucha frecuencia los problemas les muestran lo que ellas toman como verdades, lo cual tiene un efecto totalizante sobre sus vidas. Las conversaciones externalizantes cuestionan todo esto, quedando el problema en cierto sentido descalificado, toda vez que ya no les comunica la verdad acerca de quiénes son como personas o acerca de la auténtica naturaleza de sus relaciones, lo que abre nuevas posibilidades para la acción.

El proceso de externalización da inicio estimulando a las personas a que manifiesten los efectos que tienen en sus vidas los problemas que los atormentan. Es necesario dar suficiente énfasis para establecer la forma en que se ve afectada la concepción que las personas tienen de sí mismas y de sus relaciones. Posteriormente se les anima a identificar la influencia que esas concepciones o percepciones tienen en sus vidas y en sus relaciones con otras personas. En seguida se procede a exploración de cómo las personas fueron inducidas a aceptar esas concepciones.

Conforme las personas se involucran en esta acción de externalizar sus historias privadas, dejan de hacerles referencia de su identidad y de la verdad de sus relaciones; comienzan a alejarse de tales historias a cuestionarlas y a dejar de considerar que manifiestan la verdad sobre su vida; entonces las personas se sienten libres de examinar otras ideas acerca de lo que ellas mismas podrían ser.

Una vez que las personas se alejan de las historias dominantes o “totalizantes” que conforman sus vidas, les es posible enfocarse más hacia situaciones de su experiencia que están en contradicción con esos conocimientos. Siempre es posible encontrar contradicciones y de diversos tipos. White (1994) las ha llamado “*logros aislados*”, y son los que constituyen una puerta de entrada a lo que es posible considerar como las regiones alternativas de la vida de una persona.

Un logro aislado se constituye solo cuando la persona lo identifica como tal, cuando han sido reconocidos se debe animar a la persona a que valore el efecto de esos sucesos en su vida. Si las personas consideran que estos figuran en sus logros preferidos, se procede a alentarlas a que expliquen por qué creen que es así.

Cuando se ha establecido que ciertos eventos constituyen logros aislados estos pueden ser retomados por el terapeuta para generar historias alternativas, acercándose a ellos con una actitud de curiosidad, tratando de develar qué es lo que los ha originado. Partiendo del supuesto que las personas que los generan son las únicas que pueden dar respuesta a la curiosidad del terapeuta. Una vez que las personas se abocan a la tarea de

correr el velo a la forma en que se produjo un logro aislado, de inmediato se dedican también a la tarea de relatar historias y procurarles significación.

A este proceso White (1994) se refiere como “recreación” y para llevarlo a cabo el terapeuta se puede servir de una variedad de preguntas. Entre ellas se encuentran las relativas al *panorama de acción*, que provocan que las personas ubiquen logros aislados diversos acontecimientos de su vida, un ejemplo de ellas sería: ¿Cómo llegó a la decisión de dar ese paso? ¿Quién estaba con usted cuando finalmente lo hizo? ¿Qué cosas estaban ocurriendo en su familia cuando logró decidirse?

También se utilizan las *preguntas referentes al panorama de la conciencia*, que ayudan a que las personas mediten y determinen la significación de los hechos que acontecen en el panorama de acción, además los llevan a revelar aspectos sobre la naturaleza de sus deseos y preferencias, de sus características personales y de relación, de sus intenciones, creencias y esfuerzos. Algunos ejemplos de ellas son: ¿qué le dicen estos descubrimientos de lo que usted desea en su vida? ¿Qué le dicen estos hechos sobre su percepción de sí mismo?

Conforme las personas van respondiendo a las preguntas concernientes al panorama de acción y de la conciencia, van reviviendo experiencias y es como si sus vidas fueran relatadas de nueva cuenta. Se generan así o vuelven a cobrar nueva vida ideas alternativas de uno mismo y de las relaciones de establecemos con los otros; es así como las personas logran idear otros modos de vida y de pensamiento e integrarlos. Durante este proceso de recreación mediante el dialogo, el terapeuta desempeña un papel central al oponerse a todo retorno temprano a lo canónico que sugeriría que el logro aislado se explica por sí mismo.

Una herramienta muy útil para llevar a cabo el proceso de recreación de vidas y relaciones son las *preguntas de experiencias de experiencias* (White, 1994), ya que son más útiles que las que animan a las personas a reflexionar directamente sobre sus vidas. Estas preguntas ayudan a las personas a dar una versión de lo que creen o imaginan que otra persona puede pensar sobre ellas; invitan a la gente a recordar sus experiencias del pasado y a hablar de ciertos aspectos relegados o descuidados con el transcurrir del tiempo, además activan la imaginación de las personas de tal forma generen experiencias alternativas de sí mismas.

White (2002) hace hincapié en que las herramientas antes señaladas no son simplemente preguntas sobre la historia, sino que son cuestionamientos que cuentan el logro aislado. Y el método de recreación que se describió no es llanamente un proceso de “señalar hechos positivos”; por el contrario, este enfoque estimula activamente a las personas a revelar enigmas que el terapeuta no puede disipar.

Además del método de reconstrucción, antes descrito, White (1994) da énfasis al proceso de interrogar en la terapia y propone el uso de las *preguntas de influencia relativa*, que invitan a los miembros de una familia a realizar dos descripciones diferentes de su relación con el problema que los trae a la terapia.

La primera de estas descripciones se refiere a la influencia que el problema tiene en la vida y en las relaciones de los integrantes de la familia; la segunda es una descripción de

la influencia que los miembros de la familia y sus relaciones tienen en la persistencia del problema.

Para las personas normalmente es sencillo llevar a cabo la primera descripción, no obstante hacer la segunda no es tan fácil, por lo que el terapeuta tiene que plantear preguntas que ayuden a los miembros de la familia a poner atención a los “logros aislados”, mismos que refutan aspectos de la descripción de la vida de la familia colmada de problemas. Las preguntas de influencia relativa permiten a los miembros de la familia construir nuevas distinciones, las que provocan respuestas novedosas, toda vez que se proporcionan dos descripciones diferentes de sí mismo, de los demás y de las relaciones y también del problema.

Por otro lado es importante mencionar, que una herramienta muy utilizada en este tipo de terapia son las *cartas*, las cuales se usan con el objetivo de convertir las vivencias en una narración o “relato” que tenga sentido de acuerdo a los criterios de coherencia y realismo. Las cartas son una versión co-construida llamada terapia y se convierten en una propiedad compartida por los participantes (White y Epston, 1993).

De esta manera, el enfoque narrativo concibe la terapia como un contexto de curiosidad y asume la forma de un esfuerzo cooperativo y una búsqueda de nuevas posibilidades. La terapia toma así una dirección única en la que los miembros de la familia son invitados a poner al día al terapeuta en cada sesión sobre los cambios de sus vidas y de sus relaciones (White, 1994).

Además se propone la *externalización del problema* como un mecanismo para ayudar a los miembros de la familia a apartarse de las descripciones “saturadas por el problema” de sus vidas y relaciones. La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, en ocasiones, a personificar, los problemas que las dominan. (White y Epston, 1993).

Así, al abrirse un espacio para que los integrantes de la familia pongan en práctica los relatos alternativos y preferidos de sus vidas y para el reconocimiento de muchas de las afirmaciones alternativas relacionadas con esas puestas en práctica, el terapeuta va siendo desplazado del lugar central hasta que se lo despide de la terapia. Por ende, a medida que las personas avanzan un poco en la articulación y la experiencia de otras maneras de ser y pensar que están a su disposición, a medida que experimentan algunos de los objetivos, valores, creencias, compromisos, etcétera que están asociados a estos relatos alternativos de la vida, se acercan a un punto en el cual la contribución del terapeuta ya es innecesaria (White, 2002).

Por lo que el terapeuta es siempre un co-autor de la historia que se desarrolla y el cliente es el otro co-autor, y el texto resultante no es la historia del cliente ni la del terapeuta, sino una construcción de los dos. Así, la terapia es el proceso de seguir interviniendo en una conversación con la intención de facilitar/co-crear/co-escribir una nueva narración, junto con los clientes y sin asignarles una historia (Mc Namee y Gergen, 1996).

### **Consideraciones Finales**

La construcción del complejo cuerpo teórico de las terapias posmodernas ha tenido fuertes consecuencias en la práctica clínica. Los terapeutas familiares de las distintas

corrientes comienzan a mostrar un mayor respeto por las ideas, los valores y las historias de los clientes, es decir, por todo aquello que narran y la manera en que lo hacen. Además se ha facilitado la “rehumanización” de la persona y su familia, restituyendo los derechos que le habían sido negados por otras prácticas terapéuticas.

Considero que las terapias posmodernas ponen más atención que las terapias sistémicas a los aspectos sociales, culturales y políticos que tienen relación con el trabajo clínico y por lo tanto reivindica a aquellas personas que han sido relegadas por los discursos de poder vigentes. Las terapias posmodernas dan lugar a construir y validar múltiples realidades.

En este orden de ideas es importante aclarar que la terapia posmoderna no es una técnica en si o una serie de técnicas altamente especializadas reunidas en un contexto terapéutico, sino más bien, es una filosofía que contextualiza la forma de hacer terapia. Esta definición le da mayor flexibilidad y libertad al enfoque terapéutico; sin embargo esto puede llegar a ser una dificultad para los terapeutas en formación, ya que desarrollar una postura de vida es casi siempre más complicado que aprender y replicar una serie de técnicas.

Además los modelos posmodernos tienen la ventaja de mantener una actitud constante de cuestionamiento a las ideas preconcebidas o estáticas, que los compromete con el cambio permanente y la no radicalización de posturas, porque es una propuesta de naturaleza autoreflexiva.

Por otro lado, una de las principales críticas a los modelos de terapia posmodernas es que la unidad de observación y de interés para el terapeuta vuelve a ser el individuo dejando de lado a la familia o pareja.

## CAPÍTULO III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

### 3.1 HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS

Durante mi participación en el programa de maestría con residencia en Terapia Familiar participé como equipo terapéutico o equipo de reflexión en 74 casos, de los cuales el 32% fueron familias, el 14% parejas y el 54% pacientes individuales. El 88% de estos casos fueron llevados por un terapeuta, en tanto que el 12% se trabajaron en coterapia.

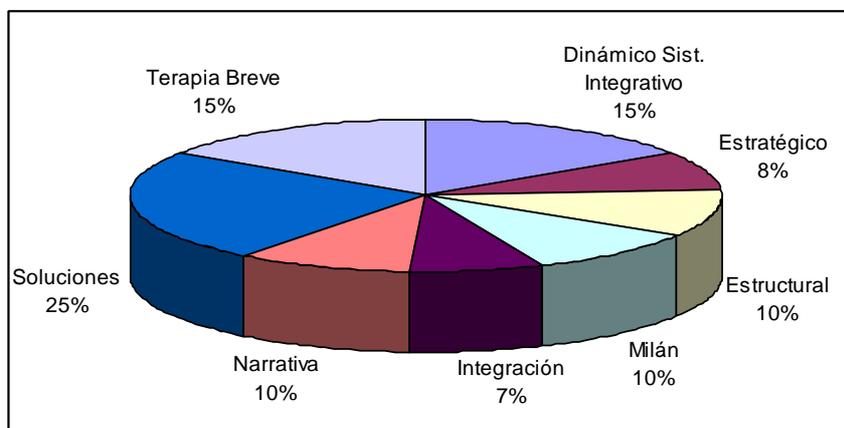
Entre los principales problemas atendidos están encuentran los señalados en la tabla 3.1.

Tabla 3.1 Principales problemas atendidos

Familiares	Pareja	Individuales
Control de la conducta de los hijos en la infancia y adolescencia. Crisis de desarrollo en las primeras etapas del matrimonio y la del nido vacío. Límites difusos con la familia extensa. Violencia.	Infidelidad Desconfianza en la pareja. Mala separación. Involucramiento de los hijos en los conflictos conyugales. Comunicación deficiente. Dificultades para llegar a acuerdos. Violencia	Depresión Duelo Ansiedad Impulsividad Abuso sexual Baja Autoestima

En lo que se refiere a los modelos terapéuticos utilizados, el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones fue el más utilizado con el 25% de los casos; siguiendo los modelos Dinámico Sistémico Integrativo y el de Terapia Breve Centrada en los Problemas con el 15% respectivamente. La integración de modelos fue la modalidad menos empleada con el 7% de los casos tratados (ver gráfica 1).

Grafica 1. Modelos Utilizados



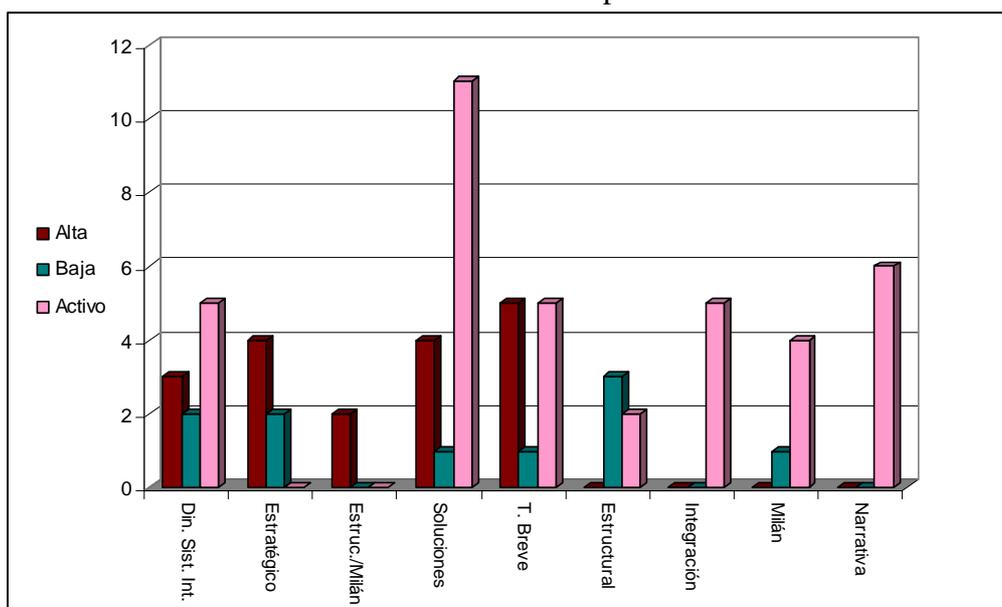
Al momento de concluir el programa de maestría el 26% del total de los casos había sido dado de alta, en tanto que 14% había sido dado de baja por deserción al tratamiento y el 60% de los casos continuaban activos en tratamiento.

En la gráfica 2 se muestra el estado de los casos con respecto al modelo utilizado. Podemos observar que el modelo de Terapia Breve Centrada en los Problemas tiene mayor número de casos dados de alta, siguiéndole los modelos de Terapia Breve Centrada en Soluciones y el Estratégico.

El modelo que presentó mayor número de bajas por deserción fue el modelo Estructural, siguiendo los modelos Dinámico Sistémico Integrativo y el Estratégico, situación que puede estar relacionado con que estos modelos fueron revisados en los primeros semestres de la maestría y tal vez las habilidades para desarrollar la alianza terapéutica aún no estaban consolidadas por parte de los terapeutas en formación.

El mayor número de casos activos al momento de finalizar el programa de maestría estaban siendo llevados mediante el modelo de Terapia Breve Centrada en las Soluciones, que fue revisado en el tercer semestre del programa.

Gráfica 2. Estado de los casos por modelo utilizado



Como terapeuta estuve al frente de 8 casos, 5 de ellos fueron concluidos por alta, dos desertaron del tratamiento y uno más fue canalizado a una institución psiquiátrica para su valoración. Tuve supervisión directa en los modelos Estructural, Estratégico, Terapia Breve Centrada en los Problemas, Terapia Breve Centrada en las Soluciones y Milán. Información que se muestra en la tabla 3.2, **modificando los nombres reales de los pacientes.**

Tabla 3.2 Pacientes atendidos

<b>Paciente</b>	<b>Problemática</b>	<b>Modelo</b>	<b>Situación</b>	<b>Sede</b>	<b>Supervisor</b>
Barbara Alcántara	Límites difusos con la familia extensa	Estructural	Deserción	Fac. Psicología	Mtra. Carolina Díaz-Walls
Maribel Palacios	De pareja y personal	Estructural/ Milán	Alta	Fac. Psicología	Mtra. Carolina Díaz-Walls
Margarita Espinosa	De pareja	Estratégico	Alta	Fac. Psicología	Mtra. Ma. Elena Rivera
Familia Llano	Conflictos de divorcio	Terapia Breve	Alta	Fac. Psicología	Equipo terapéutico
Familia Amaya	Bajo rendimiento académico y violencia intrafamiliar	Soluciones	Alta	Fac. Psicología	Equipo terapéutico
Fam. Lara Nieto	Desacuerdos en la realización de funciones parentales	Soluciones	Alta	Julián Mc Gregor	Dr. Flavio Sifuentes
Fam. Garcés	Celotipia	Soluciones	Canalización	Fac. Psicología	Mtra. Nora Rentería
Fam. Galicia	Problemas de adaptación en la primera etapa del matrimonio	Integración de modelos	Deserción	Fac. Psicología	Dra. Jacqueline Fortes

### 3.1.1 PRESENTACIÓN DE CASOS

#### CASO 1

Nombre de la Paciente: Margarita Espinosa

Terapeutas: Ma. Guadalupe García González y Ma. de Lourdes Soto Hernández

Supervisora: Mtra. Ma. Elena Rivera

No. sesiones: 7

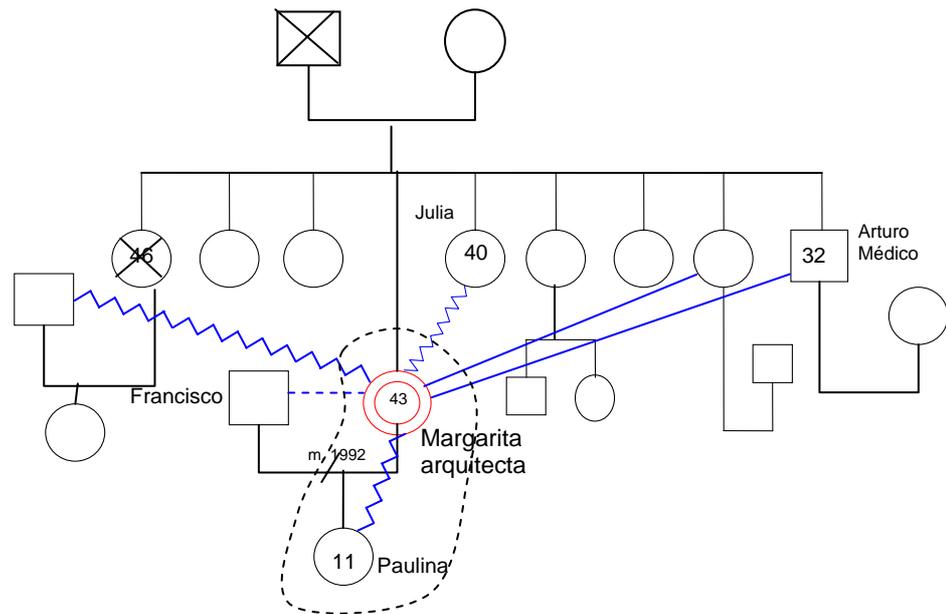
#### Resumen

Margarita se presentó a terapia manifestando estar pasando por una crisis, tenía dificultad para tomar decisiones, en torno a su relación conyugal y en su situación laboral, presentaba síntomas de depresión y problemas de salud como consecuencia de un gran estrés. Su relación conyugal había terminado a raíz de la infidelidad de su esposo, sin embargo éste continuó buscándola con intenciones de reanudar la relación, situación que provocaba en ella gran confusión. Había sido despedida de su empleo hace 3 años y no había logrado recuperarse del dolor que eso le causaba. La meta terapéutica consistió en definir qué tipo de relación deseaba establecer con el padre de su hija y que lograra integrar a su vida los elementos que habían cambiado debido a la crisis. Se trabajó con el Modelo Estratégico y el Estructural durante 7 sesiones, a las que asistió únicamente Margarita. Al final del proceso la paciente manifestó que deseaba mantener la relación a nivel parental, retomando las razones que tuvo para terminar la relación cuando se enteró de la infidelidad, los problemas de salud a causa del estrés disminuyeron casi por completo, concretó algunos proyectos viables de empleo y empezó a relacionarse más cercanamente con su hija.

#### Motivo de consulta

Conflictos de pareja que le dificultaban tomar decisiones y que estaban afectando su salud (problemas de articulaciones), su estado de ánimo (depresión, enojo, tristeza) y su relación con su hija de 11 años. El médico le había diagnosticado estrés que estaba teniendo manifestaciones psicósomáticas.

## Familiograma



## Antecedentes del problema

Infidelidad por parte del padre de su hija desde el primer año de matrimonio, la separación ocurrió cuando llevaban 5 años de casados, cuando Margarita se enteró de la infidelidad, pero su esposo a pesar de tener una relación estable con otra persona insistió en continuar una relación con Margarita, situación que a ella le generaba mucha confusión y la lleva a querer, en algunas ocasiones, reanudar la relación de pareja. No obstante hasta ese momento había decidido no hacerlo y trataba de mantener una relación funcional a nivel parental.

Margarita atravesaba por una crisis económica severa, a raíz de la pérdida de su trabajo hacía 2 años y de una serie de intentos fallidos de establecer una empresa en sociedad con el padre de su hija.

La relación con su hija no era buena, tenía sentimientos de culpa al no poder demostrarle cariño y afecto; por el contrario, le desesperaba que fuera tan voluble. A raíz de los conflictos conyugales se agudizó el carácter introvertido de Paulina y su falta de seguridad en sí misma, además bajó temporalmente su rendimiento académico.

La relación de Margarita con su familia de origen no era muy cordial, ella resentida el poco apoyo que su familia. Además se sentía responsable por la muerte de su hermana mayor, quien falleció hacía un año, consideraba que ella había contribuido para que su cuñado alejara a su hermana de la familia, llevándosela a vivir fuera de la ciudad, donde su hermana enfermó y murió.

A partir de la pérdida de su empleo realizó proyectos pequeños, mismos que no le proporcionaban suficientes ingresos, circunstancia que había deteriorado considerablemente su situación económica. En ese momento se mantenía vendiendo productos de belleza.

Entre sus principales preocupaciones estaban, por un lado, su deseo de sentirse bien ella misma sin sentir confusión para tomar decisiones en su relación conyugal y mejorar la relación con su hija.

### **Problemas identificados**

1. Confusión de Margarita para tomar decisiones en su relación conyugal. No tenía claro si la relación entre ellos debía ser a nivel parental o conyugal.
2. Dificultad para relacionarse con su hija, sobre todo en la manifestación de afecto e irritabilidad.
3. Disminución en la capacidad para resolver problemas.
4. Duelo no resuelto por la muerte de su hermana.
5. Problemas de salud asociados al estrés generado por la crisis, como enfermedades gastrointestinales, colitis y dolores reumáticos
6. Rasgos depresivos en Margarita: llanto, apatía, agresividad y enojo.
7. Distanciamiento con su familia de origen.

### **Diagnóstico familiar**

Ciclo vital. Según Haley (1983) este sistema se encuentra *en la etapa del nacimiento de los hijos*, aunque a juzgar por la edad de Paulina (11 años) pronto estará atravesando la *etapa intermedia*. De acuerdo con Barragán (1975) la familia se encuentra en el periodo de crianza de hijos en etapas de la latencia y adolescencia.

Participación en subsistemas. En la familia de Margarita es posible identificar el funcionamiento de los diferentes subsistemas. En cuanto al *subsistema conyugal* la relación con Francisco es ambivalente, pasan de reconciliaciones a distanciamientos, debidos por una parte, a que él está radicando en provincia, pero cuando viene a México pasa una temporada con Margarita y la relación se vuelve conflictiva. La relación a nivel *parental* entre Margarita y Francisco se encontraba deteriorada a partir de la separación de la pareja y de las repercusiones de esta separación en el estado de ánimo y de salud de ella. En su *familia de origen* percibe coaliciones en contra suya y también de su hija, cuya conducta es percibida como demandante y dependiente por sus familiares, y demás por la administración del terreno donde vive toda la familia.

Límites. Dentro del *subsistema conyugal* son difusos, debido al alejamiento físico y geográfico que existe entre la pareja y la infidelidad por parte de Francisco. Entre el subsistema *parental y filial* son difusos, sobre todo en relación con Margarita ya que en ocasiones madre e hija se enfrascan en discusiones y a Margarita le cuesta trabajo establecer reglas. Los límites en la relación padre e hija parecen claros.

Debido a la cercanía física entre Margarita y su familia, los conflictos que se suscitan principalmente por la conducta de Paulina (demandante y dependiente) y otros más relacionados a la administración del terreno donde vive toda la familia, estaríamos ante una familia aglutinada con la presencia de límites difusos.

Jerarquía. Margarita mantiene una jerarquía alta en su familia de origen, tiene mucha influencia en la toma de decisiones sobre la administración del terreno que la familia habita. En cuanto al sistema conyugal Margarita y Francisco mantienen una relación

complementaria, donde él tiene mayor jerarquía, lo que se hace evidente al ser él quien decidió que al venderse la casa la mayor parte del capital será para él.

Rodeo - Triada rígida. De acuerdo con Minuchin (1974) la negociación del estrés de los esposos a través del niño sirve para mantener el subsistema conyugal en una armonía ilusoria. En este caso Paulina está siendo la receptora de los conflictos de la pareja y los que enfrentan de manera individual, manifestándolo en su estado de ánimo alterado, tristeza y rasgos depresivos.

Flexibilidad del sistema. En el caso del sistema familiar de Margarita hay indicios para creer que existe flexibilidad en el sistema, es decir, que el sistema es capaz de adaptarse a los cambios.

Resonancia. La resonancia entre Margarita y su hija es alta, ya que a pesar de que tenía dificultades para demostrarle afecto, decidió asistir a la terapia como un intento de no afectarla más. En cuanto a la familia de origen de Margarita, hay algunos miembros que toman una actitud indiferente su problemática (resonancia baja), pero existen otros (hermano y su hermana menor) que son buenos receptores y están involucrados en su problemática, convirtiéndose en las principales fuentes de apoyo para ella (resonancia alta).

Sistema de creencias. De acuerdo con Papp (1994) los ciclos conductuales de las familias son regulados por el sistema de creencias, que se compone de una combinación de actitudes, supuestos básicos, expectativas, prejuicios, convicciones y creencias aportados por la familia de origen de ambos cónyuges. En la familia de Margarita observamos que las personas son valoradas en función de sus logros, el divorcio es mal visto y también mantener relaciones sexuales con la expareja.

### **Hipótesis sistémicas**

- ✓ La dificultad para tomar decisiones y la confusión de Margarita mantenía unido a Francisco al sistema como una figura de apoyo para ella, pero simultáneamente él contribuía a la confusión de Margarita, ya que por un lado le decía que la ama y por otro mantenía una relación con otra mujer.
- ✓ La conducta insegura de Paulina a partir de los conflictos conyugales le reforzaba a Margarita su ineficiencia y le justificaba la necesidad de contar con el apoyo de Francisco
- ✓ Si en el sistema de creencias de Margarita las personas son valoradas en función de sus logros, entonces ella se siente fracasada, descalificada y con poco valor ante la pérdida no sólo de su trabajo, sino del reconocimiento que los otros y ella sentía por sí misma.

### **Metas de la terapia**

1. Definir la relación con Francisco en términos conyugales o parentales.
2. Trabajar en la reestructuración de la vida de la paciente, integrando los elementos que han cambiado debido a la crisis.
3. Redefinir la percepción que Margarita tenía sobre los conflictos que había enfrentado, en términos de los recursos que le generó su intento por modificarlos.

## Principales estrategias utilizadas

Con el objetivo de explorar los problemas en las áreas afectadas y de establecer la alianza terapéutica se utilizó la técnica de *rastreo* que implica seguir el contenido de las comunicaciones y de la conducta del paciente, sin cuestionar lo que se dice o lo que se hace y hacer preguntas para clarificar el contenido de la comunicación (Minuchin, 1974).

Una parte importante del proceso terapéutico consistió en clarificar la información relacionada con el contexto de la infidelidad y separación de su esposo. En el discurso de Margarita existían incongruencias en torno al momento en que había ocurrido la separación y los motivos por los que se había dado, para lograr tener clara esta información y dado que la paciente se mostraba renuente a hablar con claridad al respecto se utilizaron las técnicas de *enfoque e intensidad*, que por un lado permitieron centrarnos en ese pequeño segmento de la experiencia de la paciente y por lo tanto la investigación en detalle de la situación (Minuchin y Fishman, 1981). Como resultado de la aplicación de estas técnicas se logró saber que a pesar de que hacía 5 años que no habitaban la misma casa, tenía solo un año de que Margarita se había negado a tener relaciones sexuales con Francisco. Fue importante conocer esta información, ya que nos permitió saber que esto la hacía sentir culpa y vergüenza, ya que Francisco mantenía una relación con otra persona.

Para que la paciente pudiera reencuadrar su percepción sobre problema, llevándola de enfocarse en las pérdidas, fracasos y debilidad a una visión en la que se resaltarán los aprendizajes obtenidos y los recursos desarrollados se recurrió al empleo de la técnica de *lados fuertes* por medio de la que se procura generar en los pacientes sentimientos de ser competentes, resaltando sus destrezas y habilidades (Minuchin y Fishman, 1981).

Margarita consideraba como un gran defecto su dificultad para tomar decisiones en torno a su relación con Francisco, se encontraba en un estado de indecisión con respecto al tipo de relación que quería establecer con él, en momentos deseaba continuar la relación a nivel conyugal, orillada por amor que aún sentía por él, y en otros se convencía de que lo mejor era mantenerse alejada de él, principalmente cuando recordaba su infidelidad. Se *reestructuró* (Watzlawick et al. 1974) esta indecisión como un mecanismo de autocuidado que la protegía de la conducta incongruente de Francisco. A partir de entonces Margarita pudo ver que su indecisión era una respuesta adaptativa ante la incongruencia que representaba el que Francisco le dijera que la amaba y tuviera una relación con otra mujer.

Otra técnica utilizada fue la de *complementariedad* (Minuchin y Fishman, 1981), por medio de la cual se intentó que la paciente se viviera como parte de una entidad que rebasa su persona, cuestionando la idea de que la situación era producto únicamente de un problema personal de ella y en cambio que la situación problemática obedecía a una interdependencia de sus interacciones con las de Francisco.

Para que Margarita se percatara que era necesario llevar a la acción las ideas que iba teniendo sobre establecer límites claros en su relación con Francisco, se utilizó la técnica de establecimiento de *fronteras*, preguntándole a Margarita qué medidas sería conveniente tomar para hacerle notar a Francisco su decisión de no continuar la relación de pareja. En una sesión se abordó este punto generando ideas y alternativas sobre las

formas en que podría llevarse a cabo, como resultado en sesiones posteriores Margarita reportó que además de haber hablado con Francisco estaba haciendo cosas concretas para mantener cierta distancia con él, entre las que se encontraban no llamarle por teléfono, hablar solo de aspectos que tuvieran relación con su hija, entre otras.

En lo concerniente a la relación con su hija se recurrió al *consejo especializado*, como una forma de presentar una explicación de la realidad basada en la experiencia o conocimiento (Minuchin y Fishman, 1981) y normalizar la problemática propia de la adolescencia en familias en las que los padres están separados.

### **Evaluación del proceso terapéutico**

Margarita dijo que la terapia le había sido de mucha utilidad, ya que le había ayudado a esclarecer muchas cosas entre las que se encontraba su relación con Francisco.

Dijo sentirse tranquila y liberada una vez que había logrado definir que la relación que quería con Francisco era sólo a nivel parental. Para lograr la definición de la relación tuvo que hacer varios cambios, por ejemplo dejar de fungir como intermediaria entre padre e hija, dejando de establecer contacto con Francisco en nombre de su hija, cuando ésta podía hacerlo por sí misma y dejar de sentirse responsable por que su hija se generara una buena imagen de su padre.

En el plano laboral Margarita empezó a contemplar varios planes, tomando en cuenta la red de apoyo que construyó en los años anteriores y las oportunidades reales que tiene.

En cuanto a su estado de salud, las molestias en las piernas por circulación desaparecieron y que en las últimas semanas no había requerido tomar analgésicos. Así mismo mencionó que el estado de confusión y tristeza había desaparecido.

En lo tocante a la relación con su hija, Margarita tiene claro que conforman una familia uniparental, donde las reglas y roles deben ser claros.

Finalmente se le recomendó estar alerta, visualizarse y planear formas asertivas de relacionarse con el padre de su hija para evitar caer en las confrontaciones, manipulaciones y confusiones que dificultaban la relación entre ellos.

Se cerró el tratamiento, concertando una cita de seguimiento, en la cual la paciente refirió que continuaba firme en su decisión de mantener la relación con Francisco a nivel parental y que él parece haberlo aceptado ya que no ha insistido en querer que tengan otro tipo de vínculo. Los cambios realizados por ella provocaron que él también modificara su conducta, modificándose el sistema familiar en su totalidad.

### **Reflexión personal**

El trabajo en coterapia no es sencillo, en nuestro caso se requirió un gran esfuerzo para lograr sintonía entre nosotras. Pienso que para lograrlo fue esencial que ambas terapeutas coincidimos en nuestra formación teórica y que somos compatibles en lo personal y puede considerarse que nuestra personalidad es complementaria. Se dio una relación respetuosa de cooperación que permitió no desarrollar una rivalidad encubierta entre nosotras, lo que a la larga redundó en el logro de los objetivos del tratamiento. Fue

muy útil que cada una conociera el estilo y la manera de relacionarse con la otra, de tal forma que fue posible ayudarnos mutuamente a crecer, aprendiendo una de las habilidades y conocimientos de la otra.

Por otro lado, entre las principales dificultades del trabajo en coterapia a las que me enfrenté en este caso fue la dificultad para lograr la empatía con los pacientes, esto se hace más difícil al trabajar con otro terapeuta, los terapeutas tenemos no únicamente que compenetrarnos con la familia o el paciente, sino que además debemos poner atención a lo que ocurre con el otro terapeuta, haciendo más complejo lo que ocurre en la sesión de terapia. Con todo, me parece que la oportunidad del trabajo en coterapia fue una gran oportunidad de aprendizaje en mi formación como terapeuta familiar.

## CASO 2

Nombre de la paciente: Maribel Palacios  
Terapeuta: Ma. Guadalupe García González  
Supervisora: Mtra. Carolina Díaz-Walls  
Modelos: Estructural y Milán  
No. de sesiones: 10

### Resumen

Maribel es una mujer de 29 años, está casada hace 3 años con Fabián, tienen una hija de 2 años y otra de 3 meses. La paciente presentaba problemas con su esposo debido a que estaba enamorada de una pareja anterior, con quien mantuvo una relación de 6 años y de quien estuvo embarazada y tuvo un aborto a los dos meses de gestación. Maribel se sentía culpable por haber terminado la relación con su pareja anterior a pesar de que éste había dudado en querer formar una familia con ella. La relación con su esposo era conflictiva, principalmente por su poca tolerancia, misma que la llevaba constantemente a pensar en terminar el matrimonio. El proceso terapéutico duró 10 sesiones a lo largo de 8 meses, a las que asistió solo Maribel. En una primera etapa se abordó el problema como el de una familia con un “fantasma” (Minuchin y Fishman, 1981) en la que se buscó *destriangular* los conflictos conyugales con la expareja, utilizando técnicas del modelo Estructural. Una vez realizado esto se trabajó en la resolución de los conflictos conyugales, para lo cual se utilizó el modelo de Milán y cuya estrategia estuvo encaminada a *develar el juego familiar* para que la paciente se percatara de su responsabilidad en los problemas de pareja. Al término del proceso terapéutico la paciente refirió ya no sentir culpa por las decisiones tomadas en el pasado, consideró que lo que la une a su esposo es una clase de amor diferente al que tuvo con su anterior pareja y mencionó estar dispuesta a comprometerse para que la relación funcione.

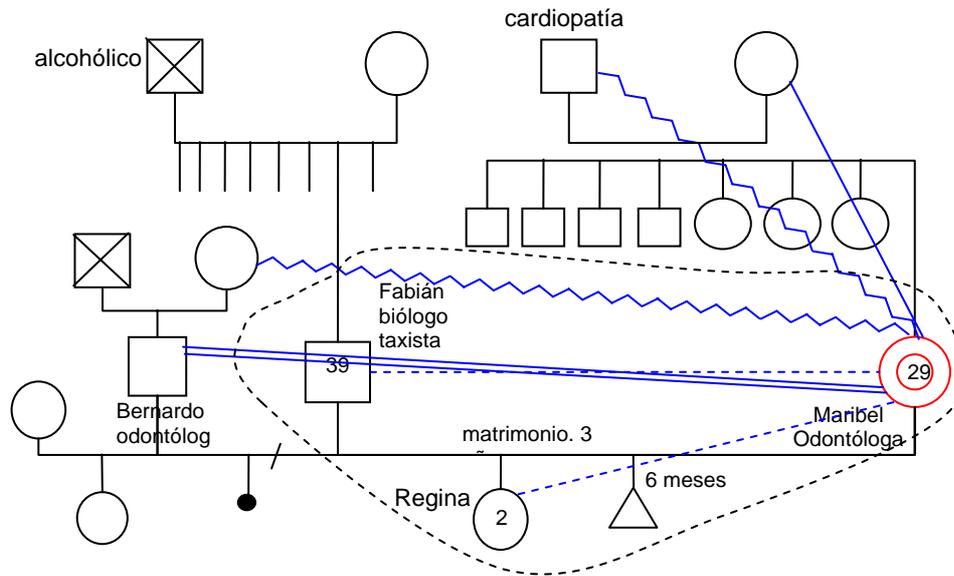
### Motivo de Consulta

Problemas para relacionarse con su padre, sentimientos de depresión y probable separación de su esposo por estar enamorada de su expareja.

### Definición del problema

Se trata de una familia con un “fantasma” (Minuchin y Fishman, 1981). Maribel no había elaborado el duelo por la separación de la pareja anterior, las altas expectativas que tenía en torno a esa relación le estorban para estructurar la relación actual con su esposo.

## Familiograma



## Antecedentes del problema

El rompimiento con su pareja anterior, Bernardo, ocurrió hace aproximadamente cuatro años. Bernardo fue su novio por 6 años y tenían planes para casarse. Quedó embarazada sin planearlo y tuvo un aborto espontáneo a los dos meses de gestación. Bernardo se mostró indeciso sobre querer tener al bebé y casarse. Ella se sintió desilusionada y deprimida, por la pérdida del bebé como por la actitud de él. En este periodo conoció Fabián y comenzaron a salir. Él estaba al tanto de la situación por la que estaba atravesando Maribel y estuvo de acuerdo en continuar con la relación.

Quedó embarazada de Fabián, casándose hasta el séptimo mes de embarazo. No quería casarse, accedió porque se sentía sola y por presiones familiares, que vinieron básicamente de su padre, quien consideraba que al haber tenido un aborto sería difícil que encontrara quien la aceptara. Todo esto la llevó a sentir resentimiento y enojo contra su padre.

Una vez que hubo iniciado una relación formal con Fabián, Bernardo la buscó con la intención de que regresara con él, pero al encontrarse ella muy resentida decidió no hacerlo, situación que la hacía sentirse culpable, ya que consideraba que debió haber regresado con él, aunado a que Bernardo la culpaba por haberlo “traicionado”. En ese momento seguía en contacto con Bernardo, quien un año antes se había casado.

Al inicio del proceso terapéutico la relación con su esposo era fría, considerando que la causa era porque seguía pensando en Bernardo. Habían pasado por temporadas de muchos conflictos, iniciados principalmente por ella, debido a su poca tolerancia. Tenía dudas sobre querer continuar con su matrimonio.

## Diagnóstico familiar

Limites. En el subsistema conyugal los límites eran difusos ya que Maribel emocionalmente se encontraba involucrada con su pareja anterior. La relación con su

esposa estaba siendo influenciada por las expectativas que tenía de su relación anterior. En el subsistema parental los límites son claros, ya que tanto Maribel como Fabián están asumiendo eficientemente y coordinadamente las funciones parentales. En relación a la familia de origen de Maribel, con quienes tienen mucho contacto por vivir en el mismo terreno, los límites son claros.

Jerarquía. La jerarquía superior en el sistema familiar es ocupada por Maribel, es ella quien toma la iniciativa para organizar la forma de vida en la familia. Describe a su esposo como pasivo y menciona que es ella quien toma las decisiones en casa.

Alianzas y Coaliciones. Existe una alianza entre Maribel y Fabián a nivel parental para hacerse cargo de su hija.

Resonancia. En la familia de origen de Maribel la resonancia es alta. Cuando Maribel terminó la relación con Bernardo, sus padres se preocuparon mucho e intentaron hablar con él para pedirle una explicación. En relación a la familia nuclear la resonancia es baja, por un lado Maribel le dijo a Fabián que estaba enamorada de otro y éste reaccionó pasivamente, actuando como si no hubiera ningún problema.

Flexibilidad del sistema. El sistema se encuentra en una etapa de transición. Maribel había tenido dificultades para aceptar la terminación de su relación anterior, lo que hace pensar en rigidez del sistema. Pero en el proceso terapéutico mostró flexibilidad para cambiar su concepción acerca del problema.

Estadio del desarrollo de la familia. Según Haley (1983) esta familia se encuentra en la etapa del nacimiento de los hijos y el trato con ellos. Los aspectos en los que puede haber conflictos son los siguientes:

- *Cuando se presenta un problema en la familia no es fácil identificar cuál es la causa, ya que son muchos los aspectos que se desestabilizan en esta etapa.* En el caso de esta familia los problemas son explicados básicamente por la presencia del “fantasma” y no han considerado que tengan que ver con la etapa de integración de la familia.
- *Cuando el embarazo es la causa del matrimonio generalmente se convierte en un problema.* Tal es el caso de Maribel quien llegó a considerar que su hija era un estorbo para continuar su relación con Bernardo.

De acuerdo con Barragán (1975) la familia se encuentra en la etapa de transición y adaptación temprana que va del 1<sup>er</sup> al 3<sup>er</sup> año de matrimonio, en la que se requiere adaptarse al nuevo sistema de vida con su cónyuge. Así mismo en esta etapa se construye su propia identidad como matrimonio, misma que puede verse obstaculizada por la intromisión de las familias de origen o, como en el caso de Maribel, por un tercero ausente.

## **Hipótesis sistémicas**

### **Sincrónicas**

En relación a sus problemas conyugales:

1. Maribel asume que sus problemas conyugales se deben a que no está enamorada de su esposo, entonces no hay nada en la relación que ayude a que ella se sienta

cómoda, una vez que se ha definido su insatisfacción como una consecuencia de algo ajeno a la relación.

2. Maribel considera que para comprometerse con una relación hay que estar enamorada, entonces al no estarlo de su esposo es imposible que se comprometa para continuar y mejorar la relación.
3. Maribel constantemente amenaza a su esposo con terminar la relación lo que puede entenderse como una forma de mantenerlo interesado en ella.

### **Diacrónicas**

En relación con la historia y desarrollo del problema:

1. La pareja se formó cuando la paciente aún tenía expectativas de continuar su relación con su pareja anterior y si actualmente ella se comprometiera en su relación conyugal tendría que olvidarse de pareja anterior y esto desequilibraría la organización con la que iniciaron el matrimonio y le demandaría hacer concesiones en la relación.
2. Maribel considera que para que una pareja tenga éxito debe existir entre ellos un gran amor, dadas las circunstancias en la que se formó esta pareja parece que su elección por Fabián es transitoria y comprometerse con él implicaría renunciar al amor como ella lo concibe.
3. Maribel tiene una concepción idealizada de las relaciones de pareja, en la que no hay cabida para los conflictos y las vicisitudes de la vida cotidiana, misma que le impide disfrutar su experiencia actual de pareja que aunque la considera muy positiva, sin embargo no le satisface del todo.

### **Descripción del juego familiar**

Como Maribel se definía como no enamorada y no comprometida en la relación conyugal, cuando Fabián le planteaba alguna demanda o petición que no le agradaba, ella reaccionaba hablando de la posibilidad de separarse, atribuyendo su negativa a ceder a la falta de amor, sin llegar a cuestionarse su responsabilidad en los problemas. Por su parte Fabián aceptaba la definición que hacía Maribel de los problemas, reaccionando pasivamente, limitándose a pedirle que no se separan, principalmente por el bien de sus hijas. Ella utilizaba la amenaza de la separación como una forma de evadir su responsabilidad en los problemas conyugales.

### **Meta Terapéutica**

Se adoptó como meta terapéutica destriangular los conflictos conyugales con el tercero ausente (“fantasma”), para que la pareja lograra enfrentar sus problemas a nivel conyugal. Para lograr este objetivo el primer paso de la estrategia consistió en cuestionar la figura idealizada del ausente generando una más realista, utilizando el modelo Estructural.

Una vez culminada esta etapa del proceso terapéutico se abordaron los problemas conyugales, definidos por la paciente como consecuencia de su falta amor y compromiso emocional hacia su esposo. Los problemas de la pareja estaban relacionados principalmente con la poca tolerancia y agresiones de Maribel hacia su esposo, sobre todo en situaciones en las que se requería que ella cediera a los deseos y necesidades de él. La estrategia terapéutica en esta etapa del tratamiento estuvo orientada, desde el Modelo de Milán, a revelar el juego familiar y a interferir en él.

## Estrategias de intervención utilizadas

La tabla 3.3 presenta en forma condensada las estrategias y técnicas terapéuticas empleadas en este caso.

Tabla 3.3 Estrategias terapéuticas utilizadas

Objetivo	Estrategia	Modelo	Técnicas
Destriangular los conflictos conyugales con el tercero ausente.	Cuestionar la figura idealizada del ausente para generar una más realista.	Estructural	Rastreo Complementariedad Cuestionamiento de la realidad familiar. Símbolos universales. Normalización.
Abordar los problemas conyugales.	Revelar el juego familiar y modificarlo.	Milán	Revelación del juego familiar.

La técnica del *rastreo* fue muy útil para clarificar la información proporcionada por la paciente, comprender la historia de su relación anterior y actual fue un punto muy importante para poder acercarme y comprender su vivencia, además para establecer la alianza terapéutica.

Dentro de la estrategia general de cuestionar la imagen idealizada que Maribel tenía de su expareja se utilizó la técnica de *complementariedad*, que implica encuadrar las conductas individuales como parte del contexto interaccional (Minuchin y Fishman, 1981), ya que Maribel había asumido junto con Bernardo que ella era la culpable de que no se hubieran casado. Maribel parecía haber olvidado los motivos que en su momento la habían llevado a terminar la relación con Bernardo, entre los que se encontraban que cuando estuvo embarazada éste no quiso casarse y que no se sentía aceptada por él. Por medio de la técnica de *complementariedad* se pudo introducir el concepto de responsabilidad en lugar del de culpa, por lo que para Maribel fue posible reestructurar la separación como una cuestión de corresponsabilidad, en la que Bernardo había tenido su parte de responsabilidad.

Al inicio del proceso terapéutico Maribel describía a Bernardo como el hombre ideal, que no tenía fallas y que comparado con su esposo era muy superior en diferentes aspectos. Sin embargo en su relato se detectaron contradicciones, ya que por un lado estaban las cosas positivas que agradaban a Maribel y por el otro aquellas que habían sido definitivas en su decisión de terminar la relación con él. Ante esta situación se utilizó la técnica del *cuestionamiento de la realidad familiar* (Minuchin y Fishman, 1981), es decir se cuestionó la imagen de un Bernardo idealizado, en la cual las razones para no continuar una relación de pareja a su lado no eran vistas. De esta forma Maribel paulatinamente pudo ir poniendo de relieve las razones que la llevaron a terminar con él y a compararlas con lo que sí tenía en su matrimonio.

Una vez que Maribel se cuestionó la imagen idealizada de Bernardo pudo identificar que también tenía una concepción idealizada del matrimonio y de las relaciones de pareja en general, en la que no había lugar para los conflictos y desacuerdos, en la que el amor entre los esposos era una protección o impedimento para que surgieran los

problemas, expresó que se trataba como de un cuento de “princesa”, en el que la historia acaba con el “fueron felices para siempre”. Para retar esta creencia se recurrió a la técnica de *utilización de símbolos universales*, que implica aludir a valores o a premisas validadas socio-culturalmente (Minuchin y Fishman, 1981), que en este caso fue la noción de que a las mujeres nos programan para desear vivir esa historia de princesa. La idea de no era la única mujer a quien le ocurría algo similar le permitió a Maribel cuestionarse si lo que estaba mal en su vida era que no se había casado con Bernardo (el príncipe azul y que representaba el gran amor) o que deseaba algo que no era realista, llegando a la conclusión de que lo que estaba mal era querer apegar su vida a un guión preestablecido socio-culturalmente.

A partir de ese momento se pudo observar con claridad que la paciente comenzó a disfrutar su relación con su esposo e hijas sin la interferencia del “fantasma”. Sin embargo continuaba presente la idea de que al no estar enamorada de él y a que lo veía como a un buen compañero e incluso como a un amigo, la relación no era satisfactoria. Se *normalizó* el que la paciente viera a su esposo como un buen compañero y amigo debido a la etapa del matrimonio por la que atraviesan, donde la prioridad son las actividades de crianza además de ser algo que le ocurre a otras parejas.

Maribel y comenzó a valorar los beneficios que su relación conyugal y a considerar darse una oportunidad de estar bien con él, pero continuaba pensando en la separación, sobre todo cuando veía algunas cosas que no le gustan de la relación, por ejemplo cuando él le pedía alguna concesión. Dijo que la amenaza de la separación había llegado a convertirse en un “arma”, ya que cuando ella lo mencionaba él rápidamente cedía a sus deseos. Otra situación que la hacía titubear de continuar su relación conyugal era su creencia de que para tener una buena relación de pareja hay que estar enamorada, pensaba que si se quedaba con Fabián podía estarse negando a sí misma la oportunidad de enamorarse de alguien más. En este punto se recurrió a la técnica de la *revelación del juego familiar*, que consiste en sacar a la luz el juego que mantiene la familia y que hace posible sus interacciones (Selvini- Palazzoli et al. 1999).

Se hizo un *cuestionamiento de la realidad familiar* poniendo en duda su idea de que no existía un vínculo amoroso entre ella y su esposo, pidiéndole que pensara lo siguiente: “¿si no hay amor, que es un ingrediente esencial para las relaciones de pareja, de qué se ha sostenido o mantenido esta relación?”. A partir de esta intervención fue posible que la paciente se cuestionara si en realidad no habían razones para estar con su esposo, hasta llegar a considerar que estaba con él por que existía entre ellos “otro tipo de amor”, diferente al que la unió a su pareja anterior.

### **Evaluación del proceso terapéutico**

Al finalizar el proceso terapéutico pudo cubrirse la meta establecida, los límites en el subsistema conyugal pasaron de difusos a claros, de tal forma que la relación conyugal entre Maribel y Fabián dejó de ser entorpecida por la presencia del “fantasma”. La paciente identificó los siguientes cambios:

- ✓ Dejó de culparse por terminar su relación con su expareja.
- ✓ Dejó de considerar que estaba enamorada de su expareja y que los problemas en su matrimonio se debían a esto.
- ✓ Aceptó quererse a sí misma en lugar de culparse por sus errores.
- ✓ Está disfrutando su relación conyugal, así como de su vida en familia.

- ✓ Quiere comprometerse a que su relación conyugal funcione y tiene claro que para ello es necesaria su participación activa.
- ✓ Dejó de pensar que no ama a su esposo y llegó a considerar que lo que la une a él es un tipo de amor diferente al que tuvo con su pareja anterior.

### Reflexión personal

Me sentí muy cómoda con la paciente, logrando desarrollar empatía. Para este punto creo que contribuyó en forma importante mi experiencia de vida, ya que estoy atravesando una etapa similar en mi propia relación de pareja y puedo comprender por experiencia propia que un matrimonio no es fácil de sobrellevar. Durante el proceso terapéutico traté de mantener una postura genuina de curiosidad, de entender la forma en que la paciente construye su realidad, curiosidad que me sirvió de guía para realizar las intervenciones. Durante este proceso terapéutico avancé en el desarrollo de las habilidades terapéuticas, sobre todo aquellas relacionadas con establecer una relación de curiosidad y aceptación del discurso del paciente, me di cuenta de lo importante que es acercarme a la vivencia del paciente y que si esto se logra las preguntas fluyen con naturalidad porque se derivan de la actitud de curiosidad como la describe Cecchin (1988).

### CASO 3

Nombre de la familia: Lara Nieto

Terapeuta: Ma. Guadalupe García González

Equipo terapéutico: Elvia Alfaro, Maribel Méndez, Julio Cortés y Domingo Lorenzo

Supervisor: Flavio Sifuentes

Modelo: Terapia Breve Centrada en Soluciones

No. de sesiones: 12

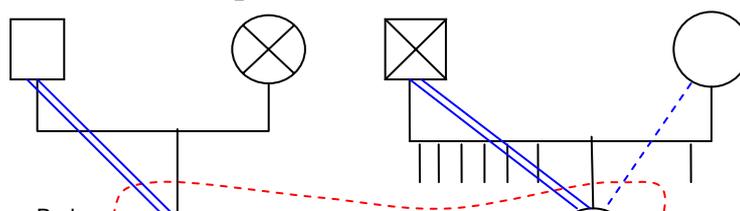
### Resumen

Leticia y Pedro solicitaron la terapia motivados por su deseo de mejorar en su función parental, tenían desacuerdos sobre la forma de educar a sus hijos Karla y José, quienes tenían dificultad para seguir sus indicaciones y entender la razón de sus padres para imponer disciplina. El proceso terapéutico se abordó desde el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones, retomando como meta el logro de acuerdos entre los padres sobre la forma de educar a sus hijos, ya que Leticia era la figura de autoridad y Pedro era visto como condescendiente y proveedor de afecto. Se trabajó durante 12 sesiones en las que la estrategia principal fue la búsqueda de recursos, identificación y amplificación de excepciones e intervenciones sobre la pauta disfuncional. El proceso terapéutico concluyó una vez que los objetivos se cumplieron, de tal forma que Leticia y Pedro ejecutaron sus funciones parentales sin la presencia de una figura autoritaria y una permisiva.

### Motivo de consulta

Leticia y Pedro deseaban conciliar la diferencia de criterios entre ambos sobre la forma en que querían educar a sus hijos. La madre era definida como impulsiva e intransigente en relación a las exigencias que hacía a los demás miembros de la familia, en tanto que el padre era considerado por los hijos como comprensivo y complaciente.

### Familiograma al inicio de la terapia



## **Antecedentes del problema**

La familia se presentó a terapia por el interés de Pedro y Leticia de mejorar su función parental, mencionaron que deseaban encontrar la forma de comunicarse con sus hijos de forma que éstos lograran tanto la comprensión como la ejecución de las reglas impuestas por ellos, ya que había ocasiones en las que observaban que sus hijos no obedecían sus indicaciones.

Leticia se definía a sí misma como muy exigente, tanto con su familia y como consigo misma, es entrenadora de cinco equipos de fútbol infantil, estudia alta costura y se encarga de su hogar, y en todas estas actividades trata de tener un alto desempeño. Por su parte Pedro se ha ido adaptando a la exigencia de Leticia y considera que la exigencia de ella es útil para la familia. Karla y José tienen muy buen rendimiento académico y son bastante responsables en casa, aunque a decir de sus padres todavía requieren que les den indicaciones constantes.

Los padres se distribuían las funciones ejecutivas del subsistema parental de la siguiente forma: Pedro cumplía las funciones afectivas (Epstein, Bishop y Levin, 1978) con sus hijos, siendo permisivo y relajando las reglas familiares; Leticia ejercía las funciones instrumentales (Epstein et al.), siendo la encargada de impartir disciplina y asignar responsabilidades, era definida por ellos y por ella misma como una mujer impulsiva y agresiva, que usaba ese mecanismo para lograr que su familia siguiera las reglas por ella impuestas, situación que desagrada a Pedro y provoca ansiedad y nerviosismo en ambos hijos, sobre todo en José.

La pauta interaccional en esta familia implica que, por un lado, Leticia plantea altas demandas a la familia, incluyendo a los niños y su esposo, estos por su parte la ignoran hasta que ella recurre a los gritos e insultos, una vez que esto ocurre la califican de exagerada e impulsiva, con lo que se hace evidente la alianza entre los hijos y el padre.

La pauta interaccional familiar característica se da cuando la madre le ordena algo a los niños, estos no lo cumplen, la madre se enoja, grita, alguna ocasión los ha golpeado, entonces ellos obedecen, después la madre se calma, se contenta. Después se inicia otra pauta semejante.

## **Meta terapéutica**

Se negoció con Leticia y Pedro retomar como objetivo terapéutico conciliar su diferencia de estilos para manejar la educación de sus hijos. Esta diferencia se definió en el sistema terapéutico de la siguiente forma: Leticia como autoritaria, demandante, exigente, poco tolerante, que usa los gritos y en ocasiones los golpes para lograr que sus hijos cumplan sus deberes; Pedro es laxo, permisivo, que no cumple consecuencias y que deja la responsabilidad de aplicar disciplina a su esposa.

El objetivo negociado con la familia fue lograr que los padres tengan acuerdos sobre la forma en que desean educar a sus hijos, sin que se requiera de una figura autoritaria, ocupada por la madre, y una figura permisiva, ocupada por el padre.

### **Principales técnicas utilizadas**

Se trabajó utilizando el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones (de Shazer y Molnar, 1984), por lo que la estrategia terapéutica se orientó en la identificación y amplificación de recursos a partir de las excepciones encontradas; además de la connotación positiva de la pauta interaccional de los padres en cuanto a la educación de sus hijos como una forma de complementarse para lograr que sus hijos tengan un alto rendimiento.

En las primeras sesiones del proceso terapéutico se utilizó el *cuestionamiento circular* (Fleuridas et al. 1986) para conocer la visión de toda la familia sobre el problema y sobre las relaciones entre ellos.

La *búsqueda de excepciones* (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989) se utilizó desde la primera sesión, dando como resultado que la familia reconociera que la situación por la que atravesaban no era muy problemática, ya que aún cuando había cosas que deseaban mejorar existían muchas que les agradaban en su familia.

Una estrategia que fue muy útil para identificar y ampliar los aspectos satisfactorios de la vida de la familia fue el empleo de la *tarea de fórmula de la primera sesión* (de Shazer y Molnar, 1984), pidiéndoles a todos los miembros de la familia que pensarán qué es lo que disfrutaban de su familia y deseaban que siguiera ocurriendo. Todos los miembros de la familia pudieron identificar fácilmente diversas situaciones que deseaban que siguieran ocurriendo, a partir de lo cual se trabajó para amplificar los eventos deseables.

Señalar a los clientes lo que habían empezado a hacer para solucionar el problema (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989) fue fundamental para que la familia reconociera sus fortalezas, por ejemplo cuando Leticia y Pedro mencionaban su dificultad para lograr acuerdos en la educación de sus hijos se les preguntó sobre la forma en que han logrado en el pasado ponerse de acuerdo, esta intervención dio pie a que recordaran que cuando han sido tolerantes y se escuchan mutuamente ha sido más fácil conciliar sus puntos de vista, además consideraron que es algo que podían utilizar en el presente.

Una parte del problema era que Leticia en su exigencia deseaba que los miembros de la familia le "leyeran el pensamiento" y que no hubiera necesidad de pedirles que hicieran las cosas, aunque se daba cuenta de que esto no era bien recibido por ellos, ya que causaba inconformidad en todos. En este punto la intervención consistió hacerles *preguntas para encontrar soluciones*, que son útiles para retar una creencia rígida

(O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989), que es en este caso fue que las cosas se tenían que hacer como a Leticia le gustaban y que no había otras opciones que incluyeran las necesidades de los demás. La pregunta planteada fue: *¿Cómo encontrar una forma que les funcione a todos?* La familia llegó a la conclusión de que Leticia debía “bajarle” en la exigencia y ellos “subirle” a su rendimiento. Esta idea de “bajarle y subirle” fue muy útil en el resto de proceso terapéutico y participaron de ella todos, mencionando cada uno cuáles son las cosas en las que tienen que bajarle o subirle, Leticia dijo de debía bajarle en los gritos y en la exigencia, Pedro bajarle en la condescendencia y subirle en la exigencia, y los dos niños debían subirle en el trabajo y la responsabilidad.

A partir de ese momento la familia comenzó a hacer cambios, en Leticia fueron más evidentes, intentando ser más paciente y tolerante consigo misma y con su familia, cambios que generaron en toda la familia una sensación de bienestar, pero sobre todo en ella y en José. Al hacer la revisión de los cambios se hicieron preguntas sobre la forma en la que habían logrado hacer tales modificaciones y se les pidió que continuaran haciendo lo que les ha permitido llevarlos a cabo (de Shazer y Molnar, 1984).

Como una forma de *centrarse en los recursos* (Furman y Ahola, 1996) se *connotó positivamente* la forma en que Leticia y Pedro combinaban su visión de cómo educar a sus hijos a la luz de los buenos resultados que estaban obteniendo, ya que se averiguó que en su comunidad se tenía muy buena impresión de ellos. Se les planteó que tal vez estaban complementando eficientemente la exigencia y la flexibilidad, y que tal vez se trataba únicamente de afinar este mecanismo, para no recurrir a caer en el extremo de ninguna de las variantes.

Para la familia era difícil ver sus recursos, a pesar de que mucha gente les reconocía sus cualidades, esto los llevó a dudar de la permanencia de los cambios realizados, particularmente Leticia dijo que para ella era muy difícil bajarle a la exigencia por que le “tomaban la medida” y daba pie a que abusaran, por lo que regresaba a ser exigente. En este punto la intervención se orientó a modificar el *patrón de la queja*, introduciendo alguna modificación pequeña en el desarrollo de la misma (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Retomando la postura de Leticia de ser una persona que cumple lo que dice, se le pidió en forma de reto que las próximas dos semanas evitara gritar para lograr que sus hijos cumplieran con sus responsabilidades y en lugar de ello aplicara consecuencias. Como se esperaba Leticia cumplió con la prescripción y dejó de gritarles a sus hijos, lo que la hizo sentirse más relajada. Para saber cómo veían los niños el cambio se aplicó la *pregunta de la escala* (de Shazer y Molnar, 1984), donde cero eran muchos gritos y 10 nada de gritos. Al inicio de la terapia los niños la encontraban en 2 y ahora en 8. Ella desearía llegar a 10 y para ellos sería suficiente con 8. A Pedro también se le aplicó una escala en relación al cumplimiento de consecuencias. Al inicio lo veían en 4 ó 5 y ahora en 7, él dijo que le gustaría llegar a 8.

En ese momento del proceso terapéutico se hizo evidente que Leticia y Pedro tenían expectativas muy elevadas sobre sus hijos, en particular sobre José, sus padres estaban esperando que tuviera un nivel de reflexión de su conducta excesivo para su edad. Esto se estaba convirtiendo en un problema, más que el comportamiento actual de los niños. Durante varias sesiones se repasaron los cambios y se detectó que la familia cada vez se sentía mejor, sin embargo una y otra vez Pedro y Leticia regresaban a hablar de las cosas que les faltaba por lograr, deseando que su familia fuera perfecta y que tanto sus hijos como ellos no fallaran nunca en su desempeño. El problema adquiría la forma de

el “síndrome de la utopía” (Watzlawick et al. 1974), en el que el problema no consiste en como es la familia sino como se cree que debiera ser.

Con el objetivo de no caer en un “juego sin fin” ante la idea y el esfuerzo de formular una intervención cada vez más poderosa que lograra hacerles ver todo lo positivo que tenían en su familia, se decidió “no insistir” y se hizo una intervención en la que la terapeuta *declaró su incompetencia* (Selvini-Palazzoli, 1986) para ayudarlos a lograr la perfección. A partir de ese momento la familia comenzó a resaltar los aspectos positivos de su familia y su deseo de disfrutar su relación tal cual es sin perder de vista sus metas. La familia estuvo de acuerdo en que no es posible estar bien todo el tiempo y que lo que tienen que hacer es aplicar aquello que les ha funcionado, ser tolerantes y bajarle a la exigencia para poder sobrellevar los altibajos que la vida cotidiana implica.

Para finalizar el proceso terapéutico y como una forma de afianzar la agencia personal de la familia sobre el cambio, se les pidió que imaginaran que conocen a una familia que tiene problemas similares a los que ellos tenían y que mencionaran los consejos que les darían para superarlos.

### **Evaluación del proceso terapéutico**

De acuerdo al modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989) en el proceso terapéutico se busca alterar la “forma de actuar” y la “forma de ver” el problema, para lo cual es necesario realizar tres cosas:

1. Modificar la forma de actuar en la situación que se percibe como problemática, se trata de modificar las acciones e interacciones entre los miembros de la familia que intervienen en el problema.
2. Alterar la percepción que tienen los miembros de la familia sobre el problema.
3. Evocar recursos, soluciones y capacidades que pueden aplicarse a la situación percibida como problemática.

Estos tres puntos fueron cubiertos con la familia Lara, cada uno de sus miembros expresó en diferentes momentos algunos de los cambios arriba mencionados:

José. Tiene más confianza para acercarse a Leticia y demostrarle su cariño, se siente menos tenso al tener que hacer la tarea con su ayuda. Es percibido por el resto de la familia como más conciente y más responsable.

Leticia. Es más flexible, le ha bajado a la exigencia en diferentes áreas de la vida familiar, es más tolerante, está cediendo con toda la familia incluyendo consigo misma, está dando la oportunidad a los miembros de la familia de expresar su opinión con relación a las reglas, está disfrutando de la compañía de sus hijos y esposo sin pensar en los deberes. Está apreciando las cualidades de los miembros de su familia sin considerar sus limitaciones.

Karla. Ya se puede quedar sola en casa sin sentir miedo, tolera más las bromas de sus amigos sin sentirse mal y buscar protección de sus padres, tiene mejor relación con su padre, con quien ya no pelea tanto.

Pedro. Se ha vuelto más firme cuando se requiere y está poniendo consecuencias. Apoya a Leticia en la aplicación de las reglas en casa.

Un cambio fundamental es que Pedro y Leticia generaron una visión más positiva de sus hijos y que como padres que están cumpliendo adecuadamente con su función. Además de plantearse una visión menos exigente del desempeño de sus hijos y de la familia en general. Estos cambios fueron más evidentes en Leticia quien al principio de la terapia se mostraba deseosa de que sus hijos no fallaran en ningún momento.

### **Reflexión personal**

Me sentí muy bien trabajando con el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones, considero que fue muy apropiada su aplicación con esta familia, porque para ellos era difícil reconocer sus recursos. Creo que si hubiera trabajado con un modelo que pone énfasis a los problemas tal vez el resultado habría sido reificar la visión de la familia acerca de que tenían serias dificultades. Sin embargo, al trabajar con soluciones fue posible, desde la primera sesión, que la familia modificara su visión sobre su situación.

Una directriz que guió mi trabajo fue conocer y aceptar a cada uno de los miembros de la familia, sin cuestionar la validez de su visión del mundo y sin pretender introducir cambios desde una posición de experto y superioridad. Situación que se vio reflejada en el comentario de Carlos en la última sesión cuando dijo que una de las cosas que le habían resultado de mayor utilidad en el proceso terapéutico era que no se les había impuesto una forma de ser y que se había trabajado con lo que ellos son.

## **CASO 4**

Familia: Amaya Salinas

Asisten a la terapia: Fabiola y Julio

No. de sesiones: 10

Terapeuta: Ma. Guadalupe García González

Modelo: Terapia Breve Centrada en Soluciones

Supervisor: Equipo terapéutico

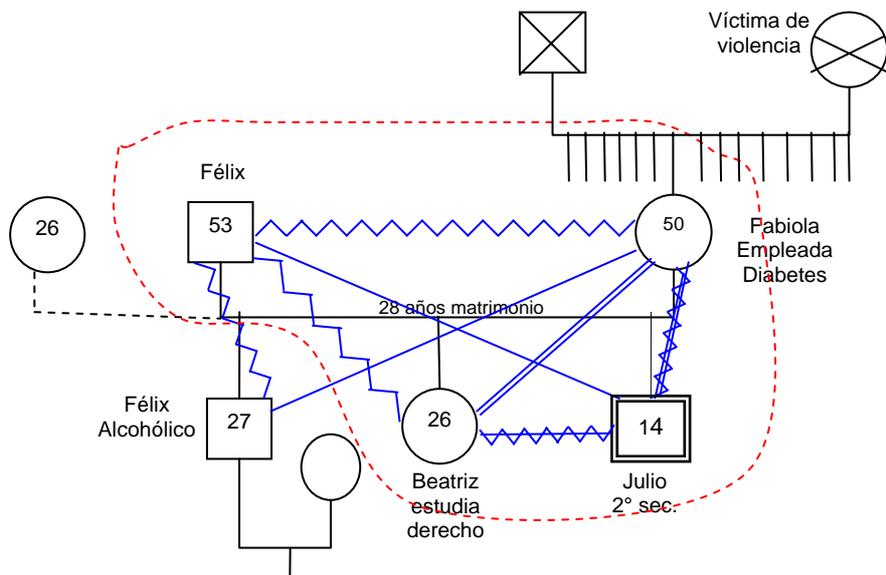
### **Resumen**

Fabiola solicitó la terapia orillada por su preocupación en su hijo menor, que tenía bajo rendimiento académico y con quien tenía constantes discusiones. Además estaba pasando por un proceso de divorcio difícil a causa de la violencia ejercida por su esposo durante todo el matrimonio y se sentía insegura de estar tomando la decisión adecuada. Deseaba mejorar la relación con su hijo menor y encontrar la forma en que él mejorara su rendimiento académico, su aseo personal y de su habitación. El proceso terapéutico se abordó desde el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones, se trabajó durante 10 sesiones en las que la estrategia principal fue la búsqueda de recursos, identificación y amplificación de excepciones e intervenciones sobre la pauta disfuncional. El proceso terapéutico terminó debido a que los pacientes no pudieron continuar asistiendo a las sesiones y habiendo resuelto la problemática que los trajo a terapia.

### **Motivo de consulta**

Madre e hijo se presentaron en el centro de servicios psicológicos a solicitar el servicio debido a la violencia ejercida por su esposo hacia todos los miembros de la familia. Fabiola tiene problemas para relacionarse con Julio, constantemente discuten y no logra que éste cumpla con sus deberes, tanto en casa como en la escuela. Julio está repitiendo segundo año de secundaria y su rendimiento académico es deficiente.

## Familiograma



## Definición del problema

Fabiola consideraba que la violencia castigo ejercida a lo largo de todo el matrimonio por su esposo había provocado problemas en todos los miembros de la familia, entre los que se encuentran los siguientes: ella llegó a considerar que no valía como persona y que merecía la violencia, su hijo mayor tiene problemas de alcoholismo, Julio tenía bajo rendimiento académico. Al parecer quien había sido menos afectada es su hija.

Su interés se centraba principalmente en Julio, de quien se sabía aún responsable. Deseaba tener una mejor relación con él, además de que éste mejorara su rendimiento en diferentes áreas de su vida, entre las que se encuentran su aseo personal y de su habitación, el que contribuya en las labores domésticas y, sobre todo, que mejorara su rendimiento académico ya que el ciclo anterior reprobó y en ese momento estaba repitiendo segundo de secundaria.

Durante las primeras sesiones se negoció con Julio y Fabiola abordar como meta terapéutica mejorar la relación entre ellos, ya que desde hacía tres años tenían problemas relacionados con que Julio no cumplía con las responsabilidades que Fabiola le asignaba y con su bajo rendimiento académico, además que Fabiola constantemente le exigía y lo regañaba para que realizara sus actividades.

El problema de conducta y bajo rendimiento académico de Julio se originó hace tres años cuando su padre tomó a su cargo su educación, desplazando y descalificando a Fabiola como figura de autoridad frente a Julio. Desde entonces no ha habido acuerdos entre los padres en torno a lo que debe ser la conducta del niño, de tal forma que para

Julio su padre es fuente de protección frente a las exigencias de su madre y Fabiola es considerada la “mala”, exigente y exagerada.

En el momento de iniciar la terapia el padre de Julio tenía poca ingerencia sobre su educación, ya que ha decir de Fabiola, el ocuparse de él le quitaba tiempo para dedicarse a jugar billar. A pesar de que el padre ya no interfería, Fabiola sostenía que no había podido recobrar el control sobre Julio, ya que cuando ella le pedía algo que no le agrada él recurría a la protección de su padre, ignorando sus indicaciones. Entre los intentos de solución que no habían dado resultado por parte de Fabiola se encontraban el darle consejos, reprenderlo, indicarle insistentemente sus deberes, darle regalos a cambio de la promesa de mejorar su comportamiento y amenazarlo con retirarle privilegios.

Con relación a los problemas conyugales Fabiola acababa de iniciar los trámites de divorcio, pero se sentía insegura acerca de si era una buena decisión, además se sentía culpable por haber esperado tantos años para tomar la decisión y haber permitido ser la víctima de tantas agresiones, humillaciones y vejaciones por parte de su esposo; además de que sus hijos crecieran siendo víctimas de la violencia de su padre.

### **Objetivos terapéuticos**

Se negociaron con los pacientes los siguientes objetivos:

- ✓ Mejorar la relación madre e hijo, de tal forma que Fabiola tuviera control sobre la conducta de Julio en forma eficaz y que no generara en él disgusto.
- ✓ Que Julio mejorara su rendimiento académico y que cumpliera las responsabilidades asignadas por su madre en relación a su aseo personal y el de su habitación.
- ✓ Dar contención emocional a ambos en el proceso de divorcio.

### **Principales estrategias utilizadas**

Este proceso terapéutico se dirigió bajo el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones (de Shazer y Molnar, 1984).

En la primera sesión se utilizaron las *preguntas de encuadre* (Lipchik y de Shazer, en O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989) que sirvieron para generar información sobre la forma en que Fabiola y Julio concebían su situación. De tal forma se averiguó que, con el objetivo de que Julio cumpliera con sus responsabilidades, Fabiola recurría a constantes regaños y sermones sobre lo que esperaba de él. También se supo que para Julio esto implicaba una gran molestia que culminaba ignorando a su madre y en negarse a hacer lo que ella le pedía. Una vez que Fabiola había insistido mucho y Julio se negaba a cumplir ella terminaba por hacer las cosas. Entre las principales quejas de Fabiola estaban el que Julio no se bañaba diariamente, que no limpiaba su habitación y que no hacía sus tareas escolares.

En este punto se recurrió a *normalizar* y *despatologizar* el problema (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989), comentándoles que es común que muchos adolescentes tengan problemas en esas áreas y que también es normal que sus madres se preocupen por eso.

Algunas de las primeras sesiones fueron difíciles de *orientar hacia las soluciones* porque ambos se dedicaron a acusarse mutuamente, por un lado Fabiola acusaba a Julio

de no hacer tareas y ser desordenado en sus cosas y su persona; y por su lado Julio acusaba a su madre de ser demasiado exigente y de no comprenderlo. Es común que cuando las personas sienten que no ha sido validada su percepción sobre el problema se muestren reacias a escuchar al otro y reaccionen a la defensiva, O'Hanlon y Weiner-Davis (1989) sostienen que cuando eso ocurre es necesario demostrarle al paciente que entendemos su visión del problema, por lo que en ese momento se planteó una intervención que validara la vivencia de cada uno y que ayudara a conciliar el clima acusador que se generó en la terapia. Se les indicó que a pesar de que en ese momento era difícil que se pusieran de acuerdo, durante las próximas semanas trataran hacer algunas cosas para mejorar su relación enfocándose a aspectos que el otro necesitaba para sentirse mejor.

Esta intervención fue muy útil porque contribuyó a generar un ambiente positivo que permitió enfocarse en las soluciones y los recursos.

A partir de entonces se procedió a la *identificación de excepciones* (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989), tanto a los problemas presentados por Julio pero también a la forma en que habitualmente Fabiola trataba de disciplinarlo. En ambos casos fue fácil encontrar situaciones libres del problema, se averiguó por ejemplo que Julio había mejorado mucho en su aseo personal y que algunos maestros le habían hecho comentarios positivos; de Fabiola se supo que hubo ocasiones en las que en lugar de regañar ha hablado con Julio obteniendo buenos resultados.

También se *exploraron los recursos* (Furman y Ahola, 1996), a los que Fabiola recurrió en el pasado para la educación de sus hijos mayores y que potencialmente podrían ser usados con Julio. De lo cual se derivó la posibilidad de que Fabiola buscara otras formas de ayudar a Julio a aprender a ser responsable.

Con el objetivo de encaminar a Julio y a Fabiola a hablar de sus recursos y de las soluciones se iniciaron las subsecuentes sesiones con la *pregunta presuposicional* (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989): "¿qué cambios han ocurrido en el lapso entre la última sesión y la actual?". Ambos habían hecho cambios significativos, Julio estaba obedeciendo más a su madre, siguiendo instrucciones sin rezongar, había limpiado su habitación y mejorado significativamente su aseo personal. Por su parte Fabiola dejó de estar insistiendo y regañando a Julio para que cumpliera con sus actividades escolares y tomó la decisión de que en caso de que reprobara año lo mandaría a trabajar con sus familiares para que aprenda el oficio de electricista, ya que en su familia hay una regla: "el que no estudia, trabaja", misma que ella estaba dispuesta a cumplir.

Como una forma de amplificar los cambios que se estaban presentando se indicó la *tarea genérica* (de Shazer y Molnar, 1984), pidiéndoles a ambos que observaran todas aquellas cosas que estaban haciendo para sentirse mejor en relación al problema que los trajo a terapia y que las realizaran deliberadamente.

En las siguientes sesiones los cambios siguieron aumentando, en el caso de Julio estos fueron detectados por algunos de sus maestros quienes le escribieron notas de felicitación en sus cuadernos, mientras que Fabiola venía sintiéndose muy bien aplicando consecuencias y dejando de pelear con Julio; sin embargo, se sentía muy preocupada debido a que el proceso de divorcio se estaba complicando.

Su esposo se negaba a una separación de mutuo acuerdo y estaba decidido a pelear para quedarse con la casa, además estaba siendo presionada por el abogado de su esposo para que negara que hubo violencia dado que durante tantos años de matrimonio no había intentado la separación. Todo esto generaba mucha angustia en Fabiola, tenía la necesidad de hablar sobre ello pero la presencia de Julio en la sesión la incomodaba, ante esta situación se decidió dedicar algunas sesiones para trabajar solo con ella con el fin de abordar su reacción emocional ante el proceso de divorcio.

Fabiola contó la historia de su matrimonio y cómo a lo largo de los años ella llegó a creer que su esposo tenía razón cuando le decía que no valía nada y que se merecía los golpes que le propinaba. En este punto la estrategia terapéutica se basó en la *identificación de excepciones* (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989), es decir, momentos en los que Fabiola ponía en duda lo que Félix le decía y se le plantearon diversas preguntas que la llevaron a reflexionar sobre el mecanismo que le permitió lograr esas excepciones y sobre la forma en que la evidencia de dichas excepciones le permitía construir una imagen diferente de sí misma. Todo esto ayudó a Fabiola a consolidar y afirmar su valor como persona y su derecho a ser feliz, además logró situarse fuera del círculo de la violencia. Después de muchas reconciliaciones y oportunidades que le dio a su esposo en el pasado, en ese momento ya no está dispuesta a repetir el ciclo, en el que después de las reconciliaciones se repetía la violencia.

Con frecuencia Fabiola se sentía culpable por no haberse separado antes de su esposo y por haber permitido que sus hijos crecieran bajo el efecto de la violencia. Para abordar este punto fue muy útil conocer la historia de su madre, a quien su esposo golpeó hasta el día de su muerte, y a quien las autoridades nunca dieron apoyo cuando intentaba denunciar la violencia.

Fabiola se sintió identificada con la historia de su madre, ya que pudo recordar cómo en los primeros años de su matrimonio trató de revelarse contra la violencia, sin lograr apoyo de autoridades ni de su familia, en ambos casos no recibía apoyo sino presión para aceptar que la violencia sobre las mujeres era algo natural. Retomando la historia de su madre, la suya propia y la de otras mujeres que habían sido víctimas de violencia se *reencuadró* (Watzlawick et al. 1974) la idea de Fabiola de ser culpable por haber esperado tanto tiempo para terminar con una relación violenta, a la de una mujer que a pesar de haber recibido muchos mensajes de que la violencia hacia la mujer es normal logró convertirse en una mujer capaz de desafiar lo establecido socialmente y capaz de escuchar y hacer escuchar a los demás su propia voz que decía que ella no merecía la violencia. Esta reestructuración fue muy bien acogida por Fabiola y le permitió mirar desde una perspectiva diferente el hecho de haber esperado para tomar la decisión de separarse.

Durante las sesiones que se trabajó solo con Fabiola, madre e hijo parecieron retornar a la pauta interaccional en la que Fabiola retomó los antiguos intentos de solución, basados en el regaño y la insistencia constante para que Julio cumpliera con sus responsabilidades; en tanto que él cansado de no lograr complacerla dejaba de esforzarse por cumplir con sus actividades. Lo que provocó que los conflictos entre ellos volvieran a presentarse, aunque con menor intensidad.

Fabiola reportaba que no había suficiente mejoría en la conducta de Julio, sin embargo era evidente que sí había cambios. Ella tenía dificultades para reconocer los cambios en

Julio, no lograba ver soluciones donde si las había y esto se estaba convirtiendo en parte del problema.

Como una forma de introducir un cambio en el proceso terapéutico, y ya que Fabiola estaba teniendo dificultades para alejarse de las soluciones que mantenían el problema, se decidió intervenir con Julio para modificar la pauta del problema.

La intervención con Julio estuvo destinada *modificar la pauta interaccional*, tratando de que Julio modificara su percepción sobre su propia conducta, utilizando para ello su postura (Watzlawick et al. 1974) de ya no ser un niño y estarse convirtiendo en un hombre.

En esa sesión Julio mencionó que deseaba que su madre lo respetara y de dejara de considerarlo como un niño, ya que con frecuencia se metía a su habitación a revisar sus cosas y habla mal de él con todas las personas que le daban oportunidad. Ante esta situación Julio volvía a desanimarse y se decía a sí mismo: “si portándome bien no logro que deje de molestarme, entonces voy a darle gusto y a comportarme como un flojo, sucio y grosero”. Situación que le servía como justificación a su conducta, por lo que se llevó a cabo la *reestructuración* (Watzlawick et al. 1974) de esta situación sosteniendo que Julio era muy obediente, que hacía que su madre tuviera razón al describirlo como flojo y sucio. Se le señaló que esto planteaba una contradicción con la definición que él hacía de sí mismo, como un joven que deseaba que lo respeten y que sabía lo que le convenía, ya que al desesperarse con su madre hacía cosas que no le convenían; por lo tanto era evidente que su madre controlaba su conducta, cuando lo desespera lograba que Julio se comportara como un niño.

Con una *intención paradójica* se le dijo que eso no es propio de un joven sino de un niño y que tanto el equipo como la terapeuta teníamos la duda de si lograría tener la fortaleza para crecer, para convertirse en un joven y después en un hombre; porque parecía que sólo si su madre dejaba de molestarlo es como lograba comportarse como un joven. De acuerdo a lo esperado Julio se reveló ante tal duda y dijo que estaba decidido a crecer y a demostrar que puede ser él mismo y no cómo su madre lo describe.

Después de esa sesión no se presentaron a las dos siguientes, al contactar vía telefónica a Fabiola me informó que debido a sus compromisos de trabajo no les era posible continuar con el proceso terapéutico, por lo que se concertó una última sesión de evaluación y cierre.

### **Evaluación del proceso terapéutico**

O'Hanlon y Weiner-Davis, (1989) señalan que en el proceso terapéutico se deberá alterar la “forma de actuar” y la “forma de ver” el problema, en el caso de la familia Amaya Salinas el cambio abarcó ambos aspectos.

1. Se logró modificar la percepción que Fabiola tenía acerca de su responsabilidad en la violencia vivida durante su matrimonio. En el pasado llegó a pensar que merecía las agresiones de su esposo y se sentía culpable por las consecuencias que esto acarreó en sus hijos. Al finalizar la terapia estas ideas se habían modificado, reconociendo que la violencia era responsabilidad de Félix y que si antes no tomó la decisión de separarse fue porque los efectos de la violencia se

lo impedían. Además reconoció que la violencia hacia las mujeres no es algo natural y que ella tiene el derecho de luchar por su bienestar aunque esto implique ir en contra de la tradición en que la mujer es colocada en una posición de receptora de la violencia.

2. Al haber cambiado su percepción sobre estas situaciones le fue posible llevar a cabo cambios a nivel conductual, entre los que se encuentran iniciar y llevar a término el proceso de divorcio.
3. Desde el ciclo de la violencia está claro que Fabiola ha modificado la pauta de la relación violenta y ya no está dispuesta a volver a caer en ella. Tiene claro que no puede confiar en las promesas y en el buen comportamiento de su esposo, ya que esto siempre ha antecedido a eventos de violencia.
4. Julio, por su parte, modificó su *percepción* sobre sí mismo; en la medida que logró hacer mejorías en su desempeño académico y recibir reconocimiento por sus logros dejó de considerar que era flojo e incapaz de lograr llevar a término sus estudios de secundaria.
5. La relación madre-hijo mejoró considerablemente; dejaron de haber constantes discusiones entre ellos. Fabiola disminuyó considerablemente los regaños y la insistencia con Julio y pasó a aplicar consecuencias en forma casi regular; lo que ha contribuido a que Julio se haga más responsable.

Tres meses después se hizo una llamada telefónica de seguimiento en la cual Fabiola reportó que los cambios en la conducta de Julio seguían vigentes y que estaba muy motivado para terminar la secundaria lo más pronto posible y recuperar el año perdido, por lo que presentó exámenes en el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos para obtener su certificado e ingresar este ciclo escolar a la preparatoria. Mencionó que el proceso de divorcio sigue su curso y que lamentablemente el dictamen del juez indicó que tienen que repartir bienes, por lo que será necesario que vendan su casa, esto le afecta mucho pero tiene la seguridad de que va a salir adelante y no la va a detener para finiquitar el divorcio.

## **3. 2 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN**

### **3.2.1 Investigación Cuantitativa**

La investigación “*La codependencia en las relaciones de pareja. Un instrumento de evaluación*” se basó en la metodología cuantitativa (ver Apéndice 1). Dicho trabajo de investigación tuvo por objetivo diseñar un instrumento que midiera la codependencia en las relaciones de pareja, partiendo de la idea de que la codependencia no es privativa de las relaciones en donde uno de los miembros padece una adicción.

La validez teórica del instrumento se obtuvo realizando un piloteo y dos procedimientos de jueceo a un cuestionario de 90 preguntas, a partir de los cuales se conformó un instrumento de 60 reactivos. Mismo que fue aplicado a una muestra de 160 individuos, 62 de ellos personas que mantienen una relación con un adicto y 98 cuya pareja no padece ninguna adicción.

Para obtener la confiabilidad y validez de constructo del instrumento se aplicó la prueba *t* de Student los resultados en los percentiles 1 a 27 contra 73 a 100, y se observó que todos los reactivos discriminaban entre población codependiente y no codependiente. Posteriormente se realizó el análisis factorial, mismo que agrupó 43 de los 60 reactivos en dos factores que explicaron el 40.91% de la varianza, el primero de ellos denominado *Victimización-Control Excesivo* y el segundo *Baja Autoestima*.

La consistencia interna del instrumento fue evaluada a través de la prueba Alfa de Cronbach. El factor 1 obtuvo un alfa de 0.96; 0.898 el factor 2, y la prueba total 0.962. Además se realizó el proceso de normalización con los puntajes obtenidos.

Como producto final se obtuvo un instrumento conformado por 43 reactivos que cuenta con validez teórica, de criterio y confiabilidad.

### **3.2.2 Investigación Cualitativa**

El segundo trabajo de investigación, “*La satisfacción en las relaciones de pareja: El gozo de estar juntos*” (ver Apéndice 2), fue abordado desde la metodología cualitativa y tuvo por objetivo conocer cuál es la visión de las personas acerca de la satisfacción en las relaciones de pareja.

Como parte de la metodología cualitativa se utilizó el análisis hermenéutico y los fundamentos epistemológicos se retomaron del construccionismo social. Se realizó el análisis hermenéutico a las entrevistas a profundidad de 4 parejas heterosexuales; dos con menos de 5 años de matrimonio sin hijos y dos con más de 10 años y con hijos. Se realizó una comparación entre la vivencia de ambos grupos en base a las siguientes categorías identificadas en el análisis hermenéutico: elementos, proceso de construcción de la satisfacción, participación en la construcción de la satisfacción y obstáculos en el logro de la satisfacción.

Las conclusiones de esta investigación apuntan a que el proceso de construcción de la satisfacción no se reduce a la suma de elementos, sino que se trata de un fenómeno complejo y que para comprenderlo es necesario acercarse a la vivencia de las personas.

### **3.3 HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN**

#### **3.3.1 Elaboración y presentación de productos tecnológicos**

##### *Tríptico sobre Violencia Intrafamiliar*

En México la violencia familiar afecta a toda la población, pero particularmente a mujeres, niños y niñas sin distinción de estrato socioeconómico ni grado académico. La principal fuente de violencia para la mujer proviene de su pareja conyugal. El INEGI (2003) reporta que el 46% de las mujeres al menos han vivido un incidente de violencia en los últimos doce meses, y que los porcentajes de las formas de maltrato son los siguientes: el 38% emocional, 9% físico y el 7% sexual y el 29% económica. Llama la atención que el grupo de mujeres que reciben o reportan más episodios de violencia son las económicamente activas, es decir, quienes reportan haber padecido más violencia familiar son aquellas que llevan un doble rol, el de ama de casa y el de proveedoras.

Con toda esta información en mente, y como parte de las actividades curriculares del programa de maestría, durante el segundo semestre del programa de la residencia en Terapia Familiar elaboré un tríptico sobre el tema de la violencia intrafamiliar. Mismo que tiene la finalidad de proporcionar información a la población en general sobre las características de la violencia intrafamiliar, sus efectos en los miembros de la familia y algunas alternativas para hacerle frente.

##### *Elaboración de material didáctico audiovisual*

Durante el primer semestre del programa de maestría se revisa el modelo Estructural desarrollado por Salvador Minuchin. Sin embargo, durante ese semestre no se lleva a cabo la práctica clínica de dicho modelo, esta ocurre hasta el segundo semestre. Esto dificulta el aprendizaje de las técnicas e intervenciones propias de modelo, aunado a que en la facultad de psicología no existe material audiovisual que sirva para ejemplificar a los alumnos, paralelamente a la revisión teórica, la aplicación de las técnicas terapéuticas derivadas de dicho modelo. Por todo lo anterior me pareció conveniente elaborar material didáctico audiovisual para apoyar el aprendizaje de las técnicas terapéuticas. Elaboré el CD “*Técnicas del modelo Estructural*”, en el que es posible apreciar la descripción teórica de las técnicas así como su uso en una sesión terapéutica real.

Algunas de las técnicas que se incluyen en el CD son: rastreo, enfoque, intensidad, reestructuración, cuestionamiento de la realidad familiar, manipulación del espacio, utilización del humor, consejo especializado, complementariedad y utilización de símbolos universales.

Este material se encuentra bajo resguardo de la coordinación de la residencia en Terapia Familiar.

#### **3. 3.2 Elaboración y presentación de programas de intervención comunitaria.**

##### *Taller para madres solas*

Como parte de las actividades curriculares de la Residencia en Terapia Familiar, junto con Martha López Zamudio diseñé e impartí el taller “*Maternidad a solas: Descubriendo mis recursos*”, en la Guardería Magdalena Contreras, en la Delegación del mismo nombre. Se impartió a 10 mujeres con hijo/s, solteras y divorciadas, con edades entre los 20 y 40 años. La edad promedio de las participantes fue de 28.7 años.

El taller tuvo una duración de 12 horas, distribuidas en 6 sesiones de dos horas cada una, en un horario de 17:00 a las 19:00 horas, en los meses de abril y mayo del presente año.

El objetivo general del taller fue ofrecer un contexto de confianza, respeto y exploración, en donde las participantes obtuvieran una perspectiva más amplia e integral de sus recursos y de sus características, reevaluándolas de forma que pudieran obtener una idea más integral y valiosa de sí mismas.

Las actividades del taller estuvieron fundamentadas en las ideas del construccionismo social y de la terapia narrativa (White, 1994), las cuales sostienen que la identidad puede abordarse desde diferentes posturas, como una construcción narrativa del yo. Fue en los procesos de construcción de significado y de formación de la identidad donde quiso incidir este taller, de manera que facilitara un espacio para que las participantes se sintieran motivadas a experimentar nuevas autonarraciones (Gergen, 1996), obteniendo descripciones más flexibles y reflexivas sobre sí mismas.

Las temáticas abordadas fueron: *Autoconocimiento, socialización y género, modelos a seguir, ámbito laboral y potencialidades personales*. A través de diversos ejercicios, buscando que cada una de las participantes se pusiera en contacto con sus propias vivencias y con las de mujeres que estaban o habían estado en circunstancias semejantes a las suyas; encontrándose con otros discursos parecidos a aquellos que constriñen sus vida, para que reconsideraran sus puntos de vista sobre ellas mismas, apreciando de otra forma aquellos aspectos que más les desagradaban de sus identidades.

Como parte de la evaluación del taller las participantes señalaron que el taller les había dado un espacio de expresión y de conocimiento, tanto de sí mismas como de la experiencia de otras mujeres en situaciones semejantes a las suyas; descubriendo que eran valiosas por sí mismas. Encontraron algunas explicaciones respecto a por qué a veces las madres solas se sienten mal. Se dieron cuenta que no eran las únicas que pasaban por problemas, lo que disminuyó sus sentimientos de culpa.

A partir de estos resultados, concluimos que el taller cumplió con sus objetivos principales al favorecer el cuestionamiento de las ideas que deterioran la imagen de estas mujeres y al mismo tiempo explorar junto con ellas los recursos con los que cuentan y que pueden conducirles a una experiencia más valiosa de sí mismas y de sus circunstancias.

### **3.3.3 Reporte de presentación en foros académicos**

- ✓ En el XIII Congreso Mexicano de Psicología “*La interfaz entre formación y práctica profesional: El impacto social del psicólogo*”, llevado a cabo en el mes de octubre de 2005 en la ciudad de Acapulco, Guerrero, participé como ponente

en el simposio “El enfoque sistémico y su aplicación en el diagnóstico y tratamiento”. El título de mi ponencia fue: “Descripción del proceso de tratamiento en siete sesiones de psicoterapia sistémica individual”. En esta ponencia analicé el proceso de intervención con psicoterapia sistémica individual en una mujer adulta con sintomatología depresiva y dificultades para el manejo de su proceso de separación conyugal además de diversos eventos de vida estresores. Para la presentación utilicé escenas de las intervenciones realizadas a lo largo de 7 sesiones de tratamiento, en las que se identificaron las técnicas de intervención utilizadas, entre las que se encuentran: rastreo, lados fuertes, enfoque, intensidad, reestructuración, consejo especializado, coro griego, complementariedad y fronteras; todas ellas del modelo estructural. Además se describió el cierre del tratamiento y se ponderó la efectividad de las técnicas y estrategias terapéuticas empleadas, comparando entre el diagnóstico inicial y el final. Finalmente presenté un análisis del apoyo del equipo de supervisión y del trabajo en coterapia en el éxito del tratamiento.

- ✓ En la *Segunda Jornada Clínica* de la Residencia en Terapia Familiar llevada a cabo en el mes de febrero de 2006 presenté la ponencia “La reestructuración del concepto del amor en las relaciones de pareja: un caso de terapia sistémica individual desde el modelo Estructural y de Milán”. En esta ponencia presenté el análisis del caso de una mujer de 29 años quien tenía problemas con su esposo debido a que estaba enamorada de su pareja anterior, situación que la había llevado a considerar terminar su matrimonio y a sentir una gran culpa por haber decidido terminar con su pareja anterior. En la ponencia se presentó el diagnóstico por medio del familiograma y del mapa estructural, además se presentaron escenas de diferentes momentos del proceso terapéutico en las que se identifican las técnicas y estrategias utilizadas que incidieron en forma directa en el éxito del tratamiento, entre las que se encuentran: rastreo complementariedad, cuestionamiento de la realidad familiar y símbolos universales (del modelo estructural) y revelación del juego familiar (del modelo del equipo de Milán). El uso de estas técnicas demostró la utilidad del modelo estructural en casos donde los conflictos conyugales se triangulan, no precisamente hacia los hijos sino hacia un tercero ausente.

### **3.4 HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL**

El haber participado en el programa de maestría y haber estado en contacto con las problemáticas de las familias que solicitan el servicio de terapia familiar me permitió desarrollar una actitud ética como terapeuta, reflejada en una actitud de respeto, sensibilidad y confidencialidad con las necesidades de los pacientes, lo que contribuye a actuar con profesionalismo.

En su quehacer el terapeuta familiar se encuentra regido por los preceptos del modelo bajo el cual se está conduciendo la terapia, por los lineamientos de la institución en la cual labora y por el código ético del psicólogo, pero también se requiere un trabajo personal de reflexión para evaluar con qué comulga y con qué no de los modelos y corrientes en terapia familiar; además de una autoobservación de su quehacer profesional que lo lleve a determinar qué de lo que hace y no hace se puede considerar ético o no ético. Es decir, todo terapeuta requiere plantearse cuestionamientos a nivel personal para determinar si lo que hace dentro de su práctica profesional es ético o no.

A partir mi formación como terapeuta familiar en el programa de maestría considero que una actuación ética del terapeuta familiar debe respetar la unicidad de cada sistema familiar, no intentado imponer su mapa del mundo por sobre el de los pacientes. Implica también acercarse al mundo del otro y no cuestionarlo porque no se parece al nuestro. Los pacientes tienen derecho a que se respete su individualidad, sus creencias religiosas, éticas, morales y políticas, sin que estas sean consideradas en sí mismas patológicas o anormales. Llegar a esta conclusión no ocurrió de la noche a la mañana, fue particularmente difícil al principio de la formación porque esto implicó romper con los principios de los modelos normativos bajo los cuales realicé mi formación en licenciatura, requirió además del desarrollo de mi parte de una actitud de curiosidad y de no saber hacia la vivencia de los pacientes.

Un aspecto nuevo para mí y generado como parte de mi formación en la maestría es que el terapeuta debe reconocer las habilidades y potencialidades de los pacientes y considerarlos capaces de enfrentar con éxito los problemas que los traen a solicitar la terapia. Así mismo los pacientes tienen derecho a que el terapeuta no se considere dueño exclusivo del conocimiento y a que sus aportes sean estimados para la solución del problema que los trae a terapia. Lo que me parece genera una relación más horizontal entre terapeuta y paciente.

Otro aspecto que en la formación me llevó a hacerme planteamientos éticos tiene que ver con la secuencia en la que está programada la revisión de los diferentes modelos terapéuticos. Al inicio de la formación se revisan los modelos sistémicos, que implican una alta directividad por parte del terapeuta; pero en el último año se revisan los modelos basados en la epistemología socioconstructivista que te llevan a hacerte cuestionamientos éticos, en el sentido de ¿qué tan ético es ejercer influencia en un sistema familiar o individuo? O por el otro lado ¿qué tan ético es aceptar la construcción de la realidad por parte del paciente aunque esta sea muy diferente a la nuestra? Me parece que las respuestas a estas preguntas no son sencillas y que se requiere de parte del terapeuta la realización de un análisis a nivel personal de dichas posturas epistemológicas para determinar con cual de ellas comulga y con cuál no.

Una situación que implicó un análisis ético durante la maestría fue confrontarnos con las limitaciones o situaciones personales que en un momento dado nos impiden o dificultan el trabajo con un paciente en particular. En un programa de formación qué se debe atenderse ¿las necesidades de entrenamiento de los estudiantes? O ¿la demanda de los pacientes que solicitan el servicio? Considero que siempre debe anteponerse la atención a las necesidades de los pacientes y que el terapeuta a cargo del caso debe, con una verdadera actitud ética, estar conciente de las limitaciones que le impiden dar a los pacientes lo que esperan de la terapia. Además es necesario que el terapeuta, aún estando en formación, haga una evaluación de los resultados de su trabajo, ser conciente y responsable de los resultados de sus intervenciones, y en caso de no estar siendo eficaz pedir apoyo del supervisor, cambiar de enfoque o, en todo caso, referir al paciente. Me parece que no sería ético, aún para los terapeutas en formación, ponderar sus intereses por encima de los de los pacientes.

El compromiso ético se extiende más allá de la formación, debe continuar una vez que hemos egresado del programa de maestría mostrando congruencia entre la formación recibida y los servicios que se ofrecen. Me parece que nuestra preparación no nos

permite trabajar con cualquier problemática y que en todo caso tenemos la obligación de continuar con nuestra formación y actualización en caso de que pretendamos abrir el abanico de problemas con los que trabajamos y además adquirir el compromiso de continuar en supervisión.

Por último me gustaría agregar que sería conveniente que en el programa de maestría se contemple un espacio para la reflexión ética del ejercicio del terapeuta familiar, en el que se orille y apoye a los terapeutas en formación para dar respuesta a los conflictos éticos que la formación y práctica de la terapia familiar plantean.

## **CAPÍTULO IV.**

### **CONSIDERACIONES FINALES**

---

#### **4.1 RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS**

El programa de maestría en Terapia Familiar me proporcionó el contexto pertinente para adquirir diversas habilidades, principalmente en la obtención de conocimientos teórico conceptuales, destrezas clínicas, competencias en investigación y facultad para la enseñanza, la difusión del conocimiento, así como de atención y prevención comunitaria. A éstas me referiré a continuación.

##### **Habilidades teórico conceptuales**

La estructura del programa de maestría me permitió familiarizarme con los fundamentos epistemológicos de la terapia familiar sistémica, así como con los principios que derivan de ellos en el modelo estructural, estratégico, la terapia breve centrada en los problemas y la enfocada en las soluciones y el trabajo desarrollado por el equipo de Milán. Por otro lado, también me proporcionó las bases epistemológicas de las posturas constructivista y construccionista social y los modelos de terapia posmoderna derivados de éstas, a saber: la terapia narrativa, el equipo reflexivo y la terapia colaborativa.

La revisión epistemológica de la terapia sistémica y posmoderna, me ha permitido manejar las bases de cada uno de los modelos terapéuticos mencionados a un nivel mayor de profundidad, que rebasa el mero conocimiento teórico y que me habilita para hacer meta-análisis de los mismos, evaluando las ventajas y desventajas de su uso en problemáticas específicas, así como una valoración informada sobre sus alcances y sus limitaciones.

Es una constante en nuestro país, que el gran grueso de las distintas disciplinas del conocimiento está desarrollado en contextos socioeconómicos distintos a los de México, lo que puede hacer inaplicables algunos de sus productos. Sin embargo, durante la maestría se analizó y se evaluó el contexto general de la práctica profesional del terapeuta familiar, tanto en México como en el mundo, examinando los diferentes problemas a los se enfrentan las familias en general, -como cuestiones de género, violencia, abuso sexual y alcoholismo-, evaluando la forma en la que las distintas alternativas de terapia familiar podían incidir en tales y contribuir en su solución.

Un aspecto que a veces se olvida a la hora de intervenir en el sistema familiar es que el contexto en el que ésta se ubica, además de tener una participación más o menos tácita en la problemática, también puede contribuir a su solución. Este aspecto fue considerado a partir del estudio de algunos modelos de intervención socio-comunitarios, como la terapia de red social, que pone acento en los recursos con los que las redes sociales de los miembros de la familia pueden contribuir a la solución y desarrollo de ésta.

##### **Habilidades clínicas**

Con la asimilación de una epistemología sistémica se hace necesario ejercitarse en nuevas formas de realizar el trabajo clínico; en esto consistió uno de los primeros aprendizajes en materia clínica que llevé a cabo, adoptando una perspectiva interaccional que tomara en cuenta al individuo-en-relación con micro y macro sistemas con los que se relaciona.

Adoptar una epistemología sistémica en el trabajo clínico implica también ubicarse en una postura desde la segunda cibernética. Eso implicó observarme y reflexionar recursivamente sobre mi participación en el sistema terapéutico total –pacientes, supervisor, terapeuta, equipo terapéutico-, e incorporar esa información para llevar a cabo mis acciones e intervenciones clínicas.

A partir de los principios epistemológicos de los abordajes sistémicos, desarrollé habilidades para identificar la pauta subyacente en las interacciones que mantienen al problema, para evaluar las distintas posibilidades de intervención, así como la forma de llevar a cabo un tratamiento en estos términos, dentro de una visión global del proceso terapéutico. Dentro del marco de los modelos posmodernos, aprendí a respetar y validar los discursos dominantes en la vida de las personas que tienen una participación activa en la problemática, pero desafiándolos y encontrando con los pacientes una nueva construcción que abriera posibilidades más alentadoras para ellos y las personas que les rodeaban. Actitudes que están fundamentadas en principios epistemológicos específicos y de los que ya hablé anteriormente.

Dichas competencias se enmarcan dentro de otras habilidades clínicas básicas que adquirí durante la maestría, como lo son generar una relación de cooperación con los pacientes, mediante el uso de técnicas de enganche y alianza terapéutica; la definición de motivos de consulta y demandas terapéuticas; la identificación de recursos y áreas de conflicto en cada caso, así como el establecimiento de objetivos terapéuticos consensuados.

En base a los objetivos terapéuticos establecidos puedo aplicar la metodología emanada de los diferentes modelos clínicos, sistémicos y posmodernos, para tratar las quejas de los pacientes. Llevando a cabo una selección fundamentada de las técnicas y procedimientos pertinentes con cada paciente de acuerdo a su problemática.

Una característica fundamental de la terapia familiar es que se orienta al logro de objetivos. Por lo que en el programa de maestría se hace énfasis en que el terapeuta en formación desarrolle la capacidad de evaluar los resultados del tratamiento que está llevando a cabo, verificando si la estrategia empleada le permite acercarse o no a la meta terapéutica, siendo capaz de tomar acciones correctivas en caso de ser pertinente. Además es necesario que el terapeuta esté en condiciones de dar cierre al tratamiento cuando los objetivos han sido cubiertos y no postergar el tratamiento una vez que esto ha ocurrido. En el presente, estas son consideraciones que forman parte de mi quehacer profesional, lo que ha dotado de mayor claridad mi trabajo y me pone en condiciones de ser más eficaz y ética.

Las habilidades clínicas adquieren mayor precisión cuando el trabajo se desarrolla a partir de una postura sistemática que considere fundamentos epistemológicos, técnicos y de la segunda cibernética. Durante la maestría se hizo necesario adquirir la destreza necesaria para reportar los resultados de nuestro trabajo a todos los niveles –desde los

más teóricos hasta los más técnicos y/o prácticos-, que no se refieren a un mero vaciado de información, sino que implica el análisis teórico, metodológico, social y ético de cada caso. Además de las ventajas clínicas que esto conlleva, también implica la posibilidad de llevar a cabo investigación clínica.

### **Habilidades de Investigación**

Durante el programa de maestría desarrollé las habilidades necesarias para diseñar y llevar a cabo proyectos de investigación basados en las metodologías cuantitativa y cualitativa, mismas que se reflejaron en las dos investigaciones que realicé y que fueron presentadas en otro lugar de este documento.

Estas competencias me dan hoy la capacidad de recabar información a partir de distintas fuentes, que van desde las documentales hasta el trabajo de campo, en temas relacionados con fenómenos psicosociales, tanto a nivel micro como macrosistémico, incluyendo en ellos a individuos, parejas y familias; planteando hipótesis sobre ellos y analizando los resultados de manera fundamentada.

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

Un elemento fundamental de la metodología de enseñanza utilizada en el programa de maestría, es la participación de los alumnos mediante la presentación de los temas que conforman los programas académicos. Esto fue la base para el desarrollo de habilidades de enseñanza, ya que el presentar un tema implica el desarrollo de la habilidad para planear una clase, para el manejo del grupo, la selección, diseño y elaboración de material didáctico y, en algunas ocasiones, para la evaluación del aprendizaje de los participantes. La continua práctica en este sentido, en el contexto de un programa de alta excelencia –con las exigencias que esto implica-, me han capacitado para transmitir información de mi área de conocimiento, en ambientes educativos.

El Programa de Maestría en Terapia Familiar no sólo me habilitó en la difusión de información académica, sino también en sentido de divulgación y prevención comunitaria. Durante el cuarto semestre aprendí a elaborar programas y proyectos de intervención comunitaria que consideraran las características de la población en las que éste se va a implantar y apoyándome, además, en el estudio y la identificación de los procesos que permiten resolver o prevenir problemas familiares, producto del trabajo realizado durante los tres semestres anteriores.

Para este efecto, diseñé y apliqué un taller para madres solas, enfocado a mejorar la autoestima de esta población en concreto. Además del trabajo académico y de las habilidades técnicas necesarias para realizar esta actividad, precisé de habilidades para establecer relaciones de colaboración con los diferentes agentes involucrados en la institución, tales como: directivos, personal médico y puericultoras; esto implicó para mí el desarrollo de la capacidad para el trabajo multidisciplinario.

Además, como parte de las habilidades de prevención, elaboré un tríptico cuyo objetivo fue dar información a la población en general sobre las características de la violencia intrafamiliar, las diferentes formas en las que se manifiesta, las consecuencias que tiene

para quienes la padecen, las formas en que puede ser prevenida y las alternativas para hacerle frente.

## **4.2 INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL**

El programa de maestría en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México está diseñado para formar terapeutas familiares con la habilidad para actuar e influir en distintos niveles de intervención, tal como es la prevención, la detección oportuna y el tratamiento de diversas problemáticas familiares.

La labor de prevención en problemáticas que atañen a la familia puede llevarse a cabo en distintos contextos institucionales, a saber: escuelas, hospitales, centros comunitarios y en cualquier otra organización en donde el objetivo sea la atención primaria en salud pública. Realizar este trabajo preventivo en este tipo de instituciones requiere del trabajo coordinado de diversos profesionales, entre los que se encuentran médicos, enfermeras, profesores, administradores, etc., situación que implica un trabajo multidisciplinario que, en la mayoría de los casos no resulta sencillo.

Como ya señalé anteriormente, las distintas actividades que forman parte del Programa de Maestría en Terapia Familiar, permiten la adquisición de habilidades para el trabajo en equipo y multidisciplinario, pues la formación como terapeuta familiar concede gran importancia al trabajo en equipo, conllevando con esto el desarrollo de destrezas para conciliar e integrar puntos de vista divergentes, en función de lograr objetivos terapéuticos.

A su vez, el eje rector de la formación como terapeuta familiar se encuentra en la atención de los problemas, una vez que estos ya se han manifestado en el sistema familiar. Esto implica que el terapeuta reciba un mayor entrenamiento para la atención especializada y la rehabilitación de individuos y familias. Este fue, principalmente, el trabajo realizado en las distintas sedes donde se llevaron a cabo las actividades de la Residencia. En ellas se dio atención a personas que solicitaban el servicio porque ya identificaban un problema en sus vidas. En estos contextos, las problemáticas presentadas con más frecuencia se refirieron a conflictos de pareja relacionados con la crianza de los hijos o con el manejo de problemas al interior de ésta, depresión y violencia doméstica.

## **4.3 ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL**

Consecuente a los cimientos sistémicos y posmodernos del Programa, la circularidad fue el aspecto sobre el cual giró mi formación como terapeuta familiar. El énfasis de profesores y supervisores en este aspecto es patente desde el inicio de nuestra formación. Así, se nos estimula a abrazar una actitud de reflexión y de auto-observación sobre nuestra participación en el sistema terapéutico total, sensibilizándonos a lo que ocurre en la individualidad y en el todo; esto nos lleva a percatarnos, paulatinamente, de que somos parte de lo que ocurre y no meros observadores “objetivos” y ajenos de los procesos humanos.

La experiencia de trabajar con equipo terapéutico enriqueció mucho mis puntos de vista y las distintas alternativas terapéuticas que se me presentaban en cada momento. Sin

embargo, esta modalidad de trabajo es compleja y exigente; esto hizo que, sobre todo al principio, no fuera un trabajo sencillo ni plácido. Fue un proceso complicado superar el temor de ser observada, sobre todo por la intimidación que genera la posibilidad de ser enjuiciada o que mis errores fueran utilizados para poner en evidencia mis limitaciones.

No obstante, mediante un proceso de mutua aceptación y de comunicación asertiva, el contar con un equipo terapéutico –tanto atrás del espejo como junto a mí y a la familia, que es el caso del equipo reflexivo-, se convirtió para mí en una fuente de apoyo y de crecimiento como terapeuta, pues con las múltiples miradas de los miembros del equipo mi propia visión de la problemática de los pacientes y de las alternativas de solución, se diversificó y se amplió de una manera que no hubiera sido posible bajo una supervisión individual.

Me parece que esto se hizo especialmente posible debido a las características de los miembros que conformamos el equipo terapéutico durante mi formación dentro del Programa de Maestría. Una de las principales características de nuestro equipo fue la heterogeneidad, pues diferíamos mucho en cuanto a nuestras edades cronológicas, las etapas del ciclo vital individual y familiar por las que transitábamos, nuestra experiencia profesional, nuestros intereses y habilidades.

Estas condiciones favorecieron la generación de distintas lecturas sobre lo que ocurría en los ámbitos terapéuticos y de la Residencia en general. Del mismo modo, permitieron un aprendizaje horizontal, dándonos la oportunidad de aprender de las diferentes dimensiones en las que cada uno era más hábil.

Por otro lado, la figura del supervisor es un elemento fundamental del sistema terapéutico. Los estilos de supervisión son tan variados como cada individuo; sin embargo, cada uno de ellos me dio la oportunidad de adquirir diversas habilidades clínicas.

Algunos estilos de supervisión favorecieron la participación de los miembros del equipo, procurando que cada uno tuviera la posibilidad de aportar sus ideas y sus puntos de vista sobre lo que acontecía en cada sesión terapéutica, aprovechando así la pluralidad del equipo y, al tiempo, dando libertad al terapeuta para que, desde su propia apreciación del caso, tomara las decisiones pertinentes sobre el curso de la terapia, asumiendo un papel de guía y apoyo para todo el equipo terapéutico. Esta modalidad de supervisión me permitió desarrollar mayor seguridad en mi desempeño como terapeuta, así como tomar decisiones sobre lo acontecido en la sesión terapéutica.

Otros supervisores utilizaban una actitud más directiva, dictando líneas de acción específicas al terapeuta y al equipo en general, apegándose a los lineamientos del modelo que correspondía al espacio de supervisión específico, haciendo señalamientos puntuales sobre los aciertos y errores que detectaba en el terapeuta y en el equipo. Tal procedimiento me ayudó a establecer conexiones entre la teoría y la práctica, así como a tener mayor claridad metodológica sobre las intervenciones realizadas.

Otro componente del equipo terapéutico que, de hecho, le da razón de ser a la labor del terapeuta familiar, son las personas que solicitan nuestros servicios. En este sentido, considero que uno de los primeros retos para el terapeuta en formación es desarrollar la capacidad para conectarse con las vivencias de estas personas, aprendiendo a manejar la

presión que puede implicar saberse observado por el supervisor y por el equipo terapéutico, de forma que pueda estar en condiciones de desarrollar una actitud de curiosidad hacia la forma en la que el o los pacientes experimentan sus vidas y sus problemas.

También se hace necesario que el terapeuta esté dispuesto a aceptar francamente lo que los pacientes traen a la sesión, reconociendo y validando sus mapas del mundo; esto implica convenir con aquello que es importante para ellos sin tratar de imponer nuestra propia visión del problema, la del equipo o la del supervisor.

Además de estas consideraciones, es fundamental que el terapeuta mantenga una metaposición en el sistema terapéutico, que le permita ser capaz de identificar aquellas situaciones, temas o actitudes de la sesión que tienen relación con aspectos personales de sí mismo; esto es todavía más importante cuando esto puede llegar a interferir con el proceso terapéutico –y con su éxito o fracaso–, si no se lo tiene en consideración.

Tener esto presente no sólo es útil para evitar efectos negativos en el trabajo terapéutico, también puede ser una fuente valiosa de información –y, por tanto, de cambio– para los pacientes, ya que, cuando el terapeuta se mantiene en una constante auto-observación, está en mejores condiciones de utilizar las emociones que le surgen durante las sesiones como una forma de retroalimentar a todo el sistema terapéutico.

Estas aseveraciones parten de un principio terapéutico que afirma que las emociones que surgen en el terapeuta durante las sesiones es algo que no sólo compete a él, sino que pertenece al clima afectivo del sistema familiar y que esto puede proporcionar a los pacientes información sobre el problema y sobre sus soluciones. Lo que implica que el terapeuta está ligado al sistema, pero no es reductible a él.

Si el terapeuta se conformara con seguir los sentimientos que nacen en él durante la terapia, sin analizarlos, correría el riesgo de reforzar las construcciones del mundo de los pacientes, así como las suyas propias; postura que, de suyo, obstaculiza el cambio. Por ende, se hace preciso que el terapeuta se encuentre en posición de utilizar sus reacciones reorientándolas hacia sus pacientes.

#### **4.4 REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA**

Haber sido seleccionada para ser parte del Programa de Maestría en Terapia Familiar fue un privilegio, pues esta experiencia me permitió alcanzar un mayor desarrollo profesional y personal, aun cuando esto implicó para mí un gran compromiso y esfuerzo, al requerir que dedicara tiempo completo a las diversas actividades que, como el programa de alta excelencia que es, exige. La carga de trabajo muchas veces fue absorbente y extenuante, situación que me requirió una reorganización general de las distintas ocupaciones que tenía antes de ingresar al Programa.

Hubo un aspecto importante que contribuyó a que mi experiencia de la Maestría fuera satisfactoria, y está constituido por las personas que conformamos el grupo de la cuarta generación de la Residencia y la disposición de nuestros compañeros de la generación inmediata anterior, con quienes compartimos, en distintos tiempos y espacios, un año de nuestra formación.

Lejos de ser producto de la suerte o el azar, el clima que nos permitió colaborar y disfrutar, -en mayor o menor medida- de este proceso fue el trabajo realizado por cada uno de nosotros para crear un clima propicio, pues no siempre fue sencillo trabajar en equipo; hubo momentos en donde los desacuerdos estuvieron a flor de piel y amenazaron con obstaculizar el buen desarrollo de las actividades y de nuestro aprendizaje, sin embargo, el compromiso de todos los miembros del grupo nos permitió salir adelante de tales situaciones; para esto resultó crucial que antepusiéramos el interés de cada uno en nuestra propia formación como terapeutas y, sobre todo, una actitud profesional y ética para con nuestros pacientes.

El Programa de Maestría también me proporcionó la oportunidad para movilizar muchos de mis recursos, poniendo de relieve varias de mis habilidades profesionales en las que, hasta esos momentos, no había reparado. Entre éstas encontré mi aptitud para planificar el trabajo, mi seguridad para hacer contribuciones en el equipo terapéutico, el desarrollo de habilidades de docencia a nivel superior, mi claridad de pensamiento y de expresión, así como mi capacidad para auto-observarme y para reconocer mis áreas de oportunidad.

#### **4.5 IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA**

Al iniciar el programa de maestría constantemente me preguntaba si la transformación necesaria para convertirme en terapeuta se daría en forma brusca y sería cuestión de acumular información o se daría en forma tan paulatina que resultara apenas perceptible. Al final de la formación me doy cuenta que esa transformación fue lenta y acompañada, ocurrió apenas sin darme cuenta a pesar de que durante todo el proceso traté de afinar mi percepción y estar atenta a los cambios que se fueron suscitando en mi persona.

Durante el proceso tuve constantemente emociones encontradas, por un lado hubo momentos en los que me sentía abrumada por la carga de trabajo, pero también hubo otros, la mayoría, en que la sensación era de satisfacción, al darme cuenta de los logros alcanzados.

Los contenidos revisados y las experiencias vividas fueron ejerciendo su efecto en mí, efecto que ahora comparo con el cambio epistemológico ocurrido con el nacimiento de la terapia familiar sistémica; mi forma de pensar y de ver al mundo cambiaron, no sólo en relación a los fenómenos psicológicos sino también en lo relacionado a mi vida personal, enriqueciéndola y ayudándome a entender diversas situaciones por las que estoy pasando.

En cuanto a mi persona como profesionista puedo afirmar que, una vez culminado el Programa de Maestría, tengo mayor competencia profesional, cuento con un amplio bagaje teórico y epistemológico en terapia familiar y me encuentro en capacidad de aplicar una variedad de intervenciones terapéuticas; lo que me permite abarcar diferentes niveles de intervención que van desde la prevención hasta la rehabilitación.

A nivel de desarrollo de profesionistas en México, me parece muy importante la forma en la que está estructurada la Residencia en Terapia Familiar, porque existen otros programas de posgrado que dan prioridad o se limitan a la formación en un sentido pura o primordialmente teórico. Afortunadamente, este programa está concebido para ofrecer

una formación integral, que nos prepara para ofrecer un servicio de mayor calidad en diversas áreas, tales como la docencia, la práctica clínica en instituciones públicas y privadas que se ocupen de la salud mental y el bienestar social.

## REFERENCIAS

---

- Ackerman, N. (1969). *Psicoterapia de la Familia Neurótica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Alva, C. (2002). Violencia en el noviazgo de adolescentes y adultos jóvenes escolarizados del estado de Morelos. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa.
- Andersen, T. (1992). Reflexiones sobre las reflexiones con familias. En McNamee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. (pp. 77-91). España: Paidós.
- Andersen, T. (1995a). El lenguaje no es inocente. *Psicoterapia y familia*, 8, 1, 3-7.
- Andersen, T. (1995b). The reflecting processes; acts of informing and forming. You can borrow my eyes, but you must not take them away from me. In Friedman S. (Ed.). *The reflecting team in action. Collaborative practice in family therapy* (pp. 145-166). EE.UU.: The Guilford Press.
- Andersen, T. (1996). El lenguaje es poderoso y puede ser peligroso. *Psicoterapia y familia*, 9, 1, 14-20.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Anderson, H. (1999). Reimagining family therapy: reflections on Minuchin's invisible family. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25, 1-8.
- Anderson, H. (2003). *Listening, hearing and speaking: thoughts on the relationship to dialogue*. Recuperado el 25 de marzo de 2006, de [www.harlene.org/writings](http://www.harlene.org/writings)
- Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Barragán, M. (1975). Interacción entre desarrollo individual y desarrollo familiar. En Puntos de referencia para el diagnóstico estructural. s/p
- Bateson, G. (1979). *Espíritu y naturaleza*. Argentina: Amorrortu.
- Bertalanffy, L. von (1968). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Botella, L. y Vilaregut, A. (s.f.). La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución. Universitat Ramon Llull. Facultat de Psicologia y Ciències de l'Educació Blanquerna. Recuperado el 26 junio de 2006, de <http://mx.geocities.com/aguilera9901/151.doc>.
- Bruce, J., Lloyd, C. & Leonard, A. (1995). *Families in focus. New perspectives on mothers, fathers and children*. New York: The Population Council.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. España: Alianza Editorial.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona, España: Paidós.
- Cecchin, G. (1988). Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 27, 405-413.
- Cecchin, G. (1994). Construccinismo social e irreverencia terapéutica. En Fried, D. S. *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. (pp. 333-350). Argentina: Paidós.
- Consejo Nacional de Población, (1995). *Encuesta Nacional de Planificación Familiar. ENAPLA*. México: CONAPO
- Consejo Nacional para las Adicciones, CONADIC (2004). Recuperado el 24 de octubre de 2004, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/epidem.htm>
- De Shazer, S. y Berg, I. (1991). Haciendo terapia: Una revisión del Post-estructuralismo. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 17-30.
- De Shazer, S. & Molnar, A. (1984). Four useful interventions in brief family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 279-304.
- Derrida, J. (1997). *El monolingüismo del otro*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Manantial.
- Diamond, G., Serrano, A., Dickey, M., & Sonis W.A. (1995). Current status of family-based outcome and process research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 6-16.
- Elkaïm, M. (1996). Constructivismo, Construccinismo Social y Narraciones: ¿están en el límite de lo sistémico? *Psicoterapia y Familia*, 9, 2, 4-11.
- Epstein, N., Bishop, D. & Levin, S. (1978). The McMaster Model of Family Functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4, 19-31.
- Espinosa, M. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia familiar. Su uso hoy en día* (pp. 115-136). México: Pax México.

- Fayeraben, P. (1976). *Tratado contra el método*. Madrid, España: Tecnos.
- Federación Internacional para la planificación de la familia, IPPF (s.f.). *Las familias en el mundo entero*. Recuperado el 25 de noviembre de 2004, de <http://www.acpd.ca/factsheets/finalfamsp.pdf>
- Ferrer, M. (2002). Success and the single parent. The Forum for Family and Consumer Issues 7(2). Recuperado el 25 de octubre de 2004, de <http://www.ces.ncsu.edu/depts/fcs/pub/2002su/ferrer.html>>
- Figley, Ch. & Nelson, Th. (1990). Basic family therapy skills, II: structural family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 3, 225-239.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio*. Barcelona, España: Herder.
- Fleuridas, C., Nelson, T. & Rosenthal, D. (1986). The evolution of circular questions: Training family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 2, 113-127.
- Foucault, M. (1990). *Vigilar y castigar*. Madrid, España: Editorial Siglo XXI.
- Fried, D. y Fuks, S. (1994). Metáforas del cambio: terapia y proceso. En Fried, D. *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. (pp. 377-391). Argentina: Paidós.
- Furman, B. y Ahola, T. (1996). Conversaciones para encontrar soluciones. *Sistemas Familiares*, 12, 3, 21-39.
- Garbarino, J. (1999). "Educating Children in a Socially Toxic Environment." The Forum for Family and Consumer Issues 4.3, 31 pars. 31 December 1999. Recuperado el 25 de octubre de 2004, de [http://www.ces.ncsu.edu/depts/fcs/pub/1999/educating\\_children.html](http://www.ces.ncsu.edu/depts/fcs/pub/1999/educating_children.html)>
- García, F. (2003). *Reporte de experiencia profesional*. Programa de maestría y doctorado en Psicología. Residencia en Medicina conductual. Tesis de maestría no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona, España: Paidós.
- Gergen, K. (1997) *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Gergen, K. (s.f.). *La terapia como una construcción social, dimensiones, deliberaciones y divergencias*. Recuperado el 11 de noviembre de 2005, de

<http://www.swarthmore.edu/socsi/kgergen1/web/page.phtml?id=manu18&st=manuscripts&hf=1>

- Goolishian, H. & Anderson, H. (1992). Strategy and intervention versus non-intervention: a matter of theory? *Journal of Marital and Family Therapy*, 8, 5-15.
- Guidano, V. (1995). Un enfoque constructivista de los procesos del conocimiento humano. En Mahoney, M. (Ed.). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica*. (pp. 115-129). España: Biblioteca de psicología.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Haley, J. (1983). *Terapia No Convencional*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona, España: Instituto de la Santa Cruz.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En McName, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. (pp. 25-43) Barcelona, España: Paidós.
- Hoffman, L. (2002). *Family therapy: An intimate history*. Nueva York: Norton.
- Humphrey, L.L. (1994). *Family relationships*. In: Halmi K.A. (Ed.). *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información, INEGI (2003). *Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003*. Recuperado el 25 de noviembre de 2004, de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/endireh/default.asp?c=5729>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información, INEGI (s.f.). *Estadísticas sociodemográficas*. Recuperado el 24 de octubre de 2006, de <http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=2345>
- Kazdin, A. (1987). *Conduct disorder in childhood and adolescents*. Newbury Park, California: Sage.
- Keeney, B. (1983). *Estética del Cambio*. Barcelona, España: Paidós.
- Kuhn, T. (1976). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Lax, D. (1995). Offering reflections. Some theoretical and practical considerations. En: Friedman, S. (Ed.). *The reflecting team in action. Collaborative practice in family therapy* (pp. 145-166). EE.UU.: The Guilford Press.
- Liddle, H., & Dakof, G. (1994). *Family-based treatment for adolescent drug use: State of the science*. In Rahdert, E. (Ed.). *Adolescent drug abuse: Assessment and treatment*. Rockville MD: National Institute on Drug Abuse.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia*. México: Pax México.
- Lipchik, E. & Kubicki, A. (1996). Solution- Focused Domestic violence views. In Miller, S., Hubble, M. & Duncan, B. (Eds.). *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. (pp. 65-98). San Francisco, USA: Jossey-Bass Publishers.
- Lloyd C. & Duffy N. (1995). Families in Transition. In: Bruce J., Lloyd C. & Leonard A. *Families in focus. New perspectives on mothers, fathers and children*. New York: The Population Council.
- Lyndon, W. (1988). Formas y facetas de la psicología constructivista. En Neimeyer, R., Mahoney, M. (Comp.). *Constructivismo y Psicoterapia*. (pp. 89-107). Barcelona, España: Paidós.
- Lyotard, J. (1992). *La condición posmoderna*. México: Iberoamericana.
- Macías, R. (2004). Al servicio de la Salud y el desarrollo del Hombre y de las Familias. *IX Congreso Mexicano de la Sociedad Mexicana de Psicología Clínica*. Puebla, México.
- Mackinnon, L. (1983). Contrasting Strategic and Milan Therapies. *Family Process*, 22, 425-438.
- Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Mahoney, M., Miller, H y Arciero, G. (1995). Metateoría constructivista y la naturaleza de la representación mental. En: Mahoney, M. (Ed.). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica*. (pp. 131-150). España: Biblioteca de psicología.
- Martínez, M. (2003). Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Tesis de doctorado no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Mc Namee, Sh. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona, España: Paidós.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. España: Gedisa.

- Minuchin, S. y Fishman, H. (1981). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona, España: Gedisa.
- Minuchin, S., Rosman, B., y Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Murphy, J. (1996). Solution-Focused brief therapy in the school. In Miller, S., Hubble, M. & Duncan, B. (Eds.). *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. (184-204). San Francisco, USA: Jossey-Bass Publishers.
- Nichols, M.; Schwartz, R. (1995). *Family Therapy. Concepts and Methods*. USA: Allyn and Bacon.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. México: Paidós.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO, (2003). Documentos, Comunicados de prensa. Recuperado el 25 de octubre de 2004, de <http://www.unesco.org/general/spa/>
- Organización de las Naciones Unidas, ONU, (2002). Declaración del Milenio. Recuperado el 23 de octubre de 2004, de [http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi\\_indicator\\_xrxx.aspx?ind\\_code=10](http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi_indicator_xrxx.aspx?ind_code=10)
- Papp, P. (1994). *El proceso del cambio*. Barcelona, España: Paidós.
- Paré, D. (1995). Of families and other cultures: the shifting paradigm of family therapy. *Family Process*, 34, 1-19.
- Penn, P. (1985). Feed-forward: future questions, future maps. *Family Process*, 24, 3, 299-310.
- Piaget, J. (1954). *La construcción de la realidad en el niño*. Nueva York: Basic.
- Quine, W. (1960). *Palabra y objeto*. Barcelona, España: Labor.
- Rodríguez, S. (1999). Los cambios en el rol femenino y sus aspectos en la relación conyugal. Tesis de maestría no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Russell, G., Dare, C., Eisler, I., & Le Grange, P. (1994). *Controlled trials of family treatment of anorexia nervosa*. In Halmi, K.A. (Ed.). *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Russell, G., Szmukler, G., Dare, C., & Eisler, I. (1987). *An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. In Halmi, K.A. (Ed.). *Psychobiology and*

- treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Selvini-Palazzoli, M., (1980). Por qué dejar que transcurra un largo intervalo entre las sesiones. En Selvini, M. (Comp.). *Crónica de una Investigación*, (pp. 307-315). Barcelona, España: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M. (1990). Elaboración de hipótesis: la investigación sobre los juegos familiares. En Selvini, M. (Comp.). *Crónica de una Investigación*. (pp. 307-352). Barcelona, España: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity and neutrality; there guidelines for the conductor of the session. *Family process*, 19, 1, 3-12.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., y Prata, G. (1986). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona, España: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M, Cirilo, M., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona, España: Paidós.
- Shoderbeck. P. (1967). *Management Systems*. New York: Wiley and Sons, Inc.
- Szapocznik, J., Rio, A., & Kurtines, W. (1991). *University of Miami School of Medicine: Brief strategic family therapy for Hispanic problem youth*. In Beutler, L. & Crago, M. (Eds.). *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*. Washington DC: APA.
- Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan systemic approach: Part 1. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 2, 113-125.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Vaughn, K., Young, B., Webster, D. & Thomas, M. (1996). Solution-Focused work in the hospital. In Miller, S., Hubble, M. & Duncan, B. (Eds.). *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. (pp.99-127). San Francisco, USA: Jossey-Bass Publishers.
- Watzlawick, P. (1984). *La realidad inventada*. Barcelona, España: Gedisa.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1967). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona, España: Herder.

Watzlawick, P., Weakland J. y Fisch, R. (1974). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona, España: Herder.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.

White, M. (2002). *Reescribir la vida*. Barcelona, España: Gedisa.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. México: Paidós.

## APÉNDICE 1

---

### “LA CODEPENDENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA. UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.”

Guadalupe García G., Martha López Zamudio y Miriam Zavala Díaz  
Facultad de Psicología  
Universidad Nacional Autónoma de México

#### RESUMEN

El objetivo de este proyecto fue diseñar un instrumento que midiera la codependencia en las relaciones de pareja. La validez teórica del instrumento se obtuvo realizando un piloteo y dos jueceos, con los cuales se conformó un instrumento de 60 reactivos. Para obtener la confiabilidad y validez de constructo del instrumento, éste se aplicó a una muestra de 160 individuos, 62 de ellos personas que mantienen una relación con un adicto y 98 cuya pareja no padece adicción. Los resultados arrojaron una distribución normal. Se compararon mediante la *t* de Student los resultados en los percentiles 1 a 27 contra 73 a 100, y se observó que todos los reactivos discriminaban entre población codependiente y no codependiente. El análisis factorial agrupó 43 reactivos en dos factores que explicaban el 40.91% de la varianza, el primero *Victimización-Control Excesivo* y el segundo *Baja Autoestima*. La consistencia interna, a través de la prueba Alfa de Cronbach, mostró que el factor 1 obtuvo un alfa de 0.96; 0.898 el factor 2, y la prueba total 0.962. Se realizó el proceso de normalización con los puntajes obtenidos. Se concluye que el instrumento, conformado, por 39 reactivos una vez finalizado el proceso, tiene validez teórica, de criterio y confiabilidad. Es necesario replicar el estudio con una muestra mayor.

La familia como sistema recibe de manera frontal el impacto de una adicción, de tal manera que, ante una problemática de este tipo, cualquier familia se verá afectada y mostrará síntomas de disfunción. Ahora bien, un sistema familiar que enfrenta un problema de adicción, con mucha frecuencia terminará produciendo también pautas de conducta que apoyen el desarrollo y mantenimiento de ésta. Tales sistemas de interacción son conocidos como codependencia. De acuerdo con lo anterior, la codependencia se ha estudiado especialmente en aquellos ambientes relacionados con la adicción a sustancias (Escamilla, 2002), sin embargo, los rasgos codependientes no son privativos de las relaciones en las que existe adicción, sino que pueden observarse en cualquier relación interpersonal.

La codependencia, puede definirse como un ciclo de patrones repetitivos de conducta disfuncional, que produce malestar a quien se ve involucrado en él, generalmente como respuesta a una relación interpersonal patológica con un adicto activo o en remisión. La codependencia implica un grupo de conductas desadaptadas y compulsivas, desarrolladas como mecanismo de enfrentamiento, en los miembros de familias donde se vive bajo condiciones de mucho estrés y dolor emocional. En las relaciones codependientes generalmente uno de los miembros se muestra como una persona emocionalmente inaccesible, desconfiada, necesitada de ayuda o control, mientras que el otro miembro de la pareja intentará jugar el rol de proveedor y cuidador, pero necesitará mantener una cierta sensación de control sobre la conducta del otro, dejando, a la vez, la satisfacción de sus necesidades en segundo plano (Alvarado, s/f; Escamilla, 2002).

De esta manera, quien juega el papel de proveedor/cuidador, mostrará una conducta de preocupación y dependencia excesiva (emocional, social y a veces física) de su compañero/a, perdiendo conexión con lo que siente, necesita y desea, para enfrascarse en asumir la responsabilidad de las acciones del otro/a, invirtiendo una gran cantidad de energía en mantener una imagen o estatus frente a los demás. Es así que quien cuida y protege, busca a la vez controlar y cambiar, mientras que quien se deja cuidar y proteger, a

la vez ejerce poder y control sobre su protector, siendo entonces ambos, tanto víctimas y victimarios de su pareja (Beattie, 1999a).

Por lo general, los estilos de relación codependiente se desarrollan en las familias disfuncionales y estresantes, donde predomina la violencia, las adicciones, las enfermedades emocionales o los trastornos de conducta, donde el o los miembros “sanos” enfocan su atención en el entorno percibido como potencialmente amenazante. La codependencia, en este sentido, se refiere a un estado de hipervigilancia crónico, en el que la persona pierde el contacto con sus reacciones internas, ya que todo el tiempo su atención está puesta fuera de sí misma (Amaya, s.f.).

En un sistema familiar como el descrito arriba, las pautas transaccionales son cada vez más disfuncionales, debido a que la comunicación es confusa e indirecta, para facilitar el encubrimiento y justificar la conducta del adicto y los patrones de conducta se van haciendo rígidos, como una forma de proporcionar cierto sentido de control a sus miembros. Asimismo, las reglas familiares se tornan confusas e inflexibles, a la vez que los roles de cada miembro de la familia se distorsionan, traspasando los límites generacionales e invadiendo funciones (Alvarado, s.f.).

Distintos autores (Alvarado, s.f; Beattie, 1999b; Escamilla, 2002; Muñoz, 2002), coinciden en señalar ciertos aspectos de la conducta codependiente, como rasgos preponderantes y característicos de este padecimiento: el apego excesivo, la necesidad de control, la hiperresponsabilidad, la baja autoestima, la victimización y el desprecio por el autocuidado. Estas seis categorías parece que engloban mejor el universo de conductas que comprenden a la codependencia.

Si bien la codependencia puede identificarse por los rasgos arriba mencionados, representa ante todo un estilo relacional, que pone en importante riesgo la salud y el bienestar de quien se encuentra involucrado en él; por lo que la detección temprana y el tratamiento adecuado se tornan en aspectos fundamentales al momento de trabajar con población de este tipo. La investigación en Psicología ha puesto poca atención al tema, focalizando los esfuerzos de prevención y tratamiento básicamente en el miembro adicto del sistema, pero no en la pareja de éste ni en las interacciones entre ellos. Considerando lo anterior, es que se planteó la importancia de este proyecto de construcción de un instrumento que evaluara los estilos de relación codependiente que permita su evaluación, tanto con fines diagnósticos como de investigación.

## MÉTODO

Como primer paso para la construcción del instrumento, se partió de los rasgos característicos de la codependencia señalados en la introducción, para conformar seis categorías generales de comportamiento codependiente, las cuales se describen en la Tabla 1.

**Tabla 1. Categorías de la Codependencia.**

<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>
Apego excesivo	Conductas de excesiva vinculación, en donde el individuo se percibe desvalido, manifiesta una alta necesidad de adherencia hacia alguna persona en específico, de la que se siente depender toda sobrevivencia y bienestar.

<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>
Control excesivo	Sentimientos de angustia y miedo de dejar que las cosas sucedan de manera natural, que las personas sean como son, tratando de cambiar los sucesos. Estar convencido de que la solución de los conflictos depende de sí y que sólo uno conoce la forma correcta de hacer las cosas.
Victimización	Experimentar sentimientos de desamparo, de vergüenza y de lástima por sí mismo después de haberse ocupado excesivamente de la satisfacción y el cuidado de otros.
Hiper-responsabilidad	Sentir y pensar que los sentimientos, pensamientos y acciones de otras personas dependen de uno. Tratar de anticipar las necesidades de otras personas y comprometerse en exceso.
Baja autoestima	Sentirse desconfiado y poco apto, inapropiado para la vida; equivocado, no acerca de algún tema, sino equivocado como persona y manifestarlo en la conducta.
Desprecio por el autocuidado	Implica que la persona no realice las actividades necesarias para garantizar su salud y bienestar. Renunciar a realizar las actividades destinadas a la satisfacción de las propias necesidades por atender las de otros.

Con base en estas categorías se elaboraron 85 reactivos, los cuales eran afirmaciones con opciones de respuesta de tipo Likert con 4 opciones. Se sometieron a un primer piloteo para verificar su claridad, como resultado se eliminaron 9 reactivos. Con los resultados la prueba quedó conformada por 76 reactivos.

Se sometió a prueba la validez de contenido del instrumento mediante el procedimiento de jueces. Éste comprendió dos etapas, en la primera participaron 17 profesionales de la Psicología, con un mínimo de tres años de experiencia en su campo.

Se observó que los reactivos de la categoría *Desprecio por el Autocuidado* fueron clasificados en proporción semejante en la categoría de *Autoestima*. El análisis de las definiciones de las categorías aclaró que el Desprecio por el Autocuidado podía ser uno de los componentes de la Baja Autoestima, por lo que se fusionaron ambas categorías y se amplió la definición de Baja Autoestima para que incluyera la de Desprecio por el Autocuidado. También se encontró que la mayoría de los reactivos de *Victimización* no obtuvieron una clasificación clara. Se modificó su redacción y se sometieron a un nuevo juicio los reactivos pertenecientes a las categorías de *Baja Autoestima* y *Victimización*.

En el segundo procedimiento de jueces participaron 15 psicólogos, con las mismas características que los del primero. El 87% de los reactivos pertenecientes a *Baja Autoestima* y el 93% de los de *Victimización* fueron clasificados correctamente. Como resultado de estos procedimientos se eliminaron 16 reactivos y el instrumento quedó conformado por 60 reactivos.

#### **APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO**

**PARTICIPANTES.** El instrumento fue aplicado a un total de 160 individuos: 116 mujeres y 44 hombres. 98 de ellos fueron personas cuya pareja no presenta ningún tipo de adicción (población normal) y 62 por individuos que mantienen una relación de pareja con una

persona adicta (población codependiente). En la siguiente tabla se muestran las características de la población participante.

**Tabla 2. Distribución de las características demográficas de los participantes.**

	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>			<b>Estado civil</b>		
Femenino	116	72.5	Casado	93	58.1
Masculino	44	27.5	Soltero	47	29.4
<b>Edades</b>			Unión libre	20	12.5
15 a 25 años	36	22.5	<b>Tiempo en la relación</b>		
26 a 35 años	49	30.6	1 a 10 años	88	55.0
36 a 45 años	49	30.6	11 a 20 años	39	24.4
46 a 55 años	10	11.9	21 a 30 años	25	15.6
56 a 65 años	4	2.5	30 años o más	8	5.0
66 años en adelante	3	1.9			

**PROCEDIMIENTO.** A los participantes se les dio la instrucción de responder cada reactivo de la prueba eligiendo una de entre las cuatro posibilidades de respuesta, de acuerdo con la forma en la que se condujera, pensara o sintiera generalmente dentro de su relación de pareja durante, al menos, los últimos dos meses. La aplicación del instrumento se llevó a cabo en forma individual.

## RESULTADOS

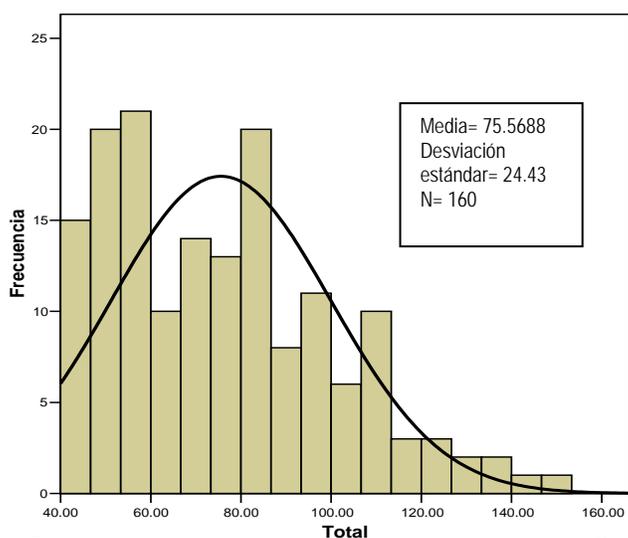
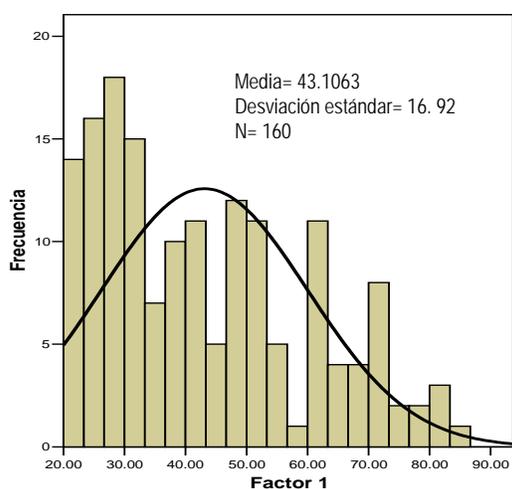
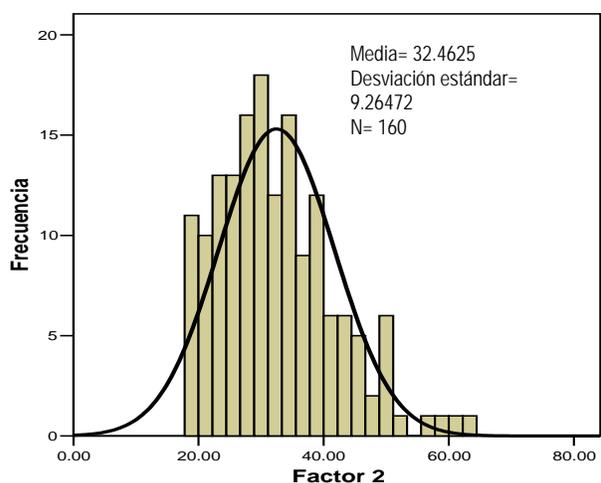
Para conocer las características psicométricas de la prueba (Validez y confiabilidad) se analizaron las respuestas al instrumento.

Se sometió a prueba la normalidad de la distribución de respuestas, con la prueba Kolmogorov-Smirnoff, que arrojó un valor de  $z=1.153$ , con una  $p=.14$ , lo que indicó que la distribución de las respuestas es normal.

Para conocer la discriminabilidad de los reactivos, se identificaron los percentiles 27 y 73 de la distribución, para detectar a los sujetos cuyas puntuaciones se encontraban en los extremos de la curva. Se formaron dos grupos de 43 sujetos. Se contrastaron mediante la prueba  $t$  de Student, las medias de estos dos grupos en cada uno de los reactivos. Todos los reactivos mostraron diferencias significativas entre ambos grupos con un nivel de significancia de 0.000, por lo cual se consideró que todos los reactivos discriminan.

Posteriormente se realizó el análisis factorial varimax sobre los 60 reactivos. Los resultados arrojaron dos factores, que explican el 40.91% de la varianza, el primer factor (victimización-control excesivo) explica el 34.69% y el segundo factor el 6.22% (baja autoestima). En el factor 1 cargaron 22 reactivos y 17 en el factor 2. Se eliminaron 17 reactivos por tener una carga factorial menor a 0.4.

El instrumento quedó conformado finalmente por 43 reactivos (ver Apéndice 1). En las gráficas 1, 2 y 3 se muestran las distribuciones de los dos factores y de la prueba total.

**Gráfica 1. Distribución de los puntajes totales****Gráfica 2.****Distribución de los puntajes del Factor 1.  
Victimización/Control excesivo****Gráfica 3.****Distribución de los puntajes del Factor 2.  
Baja autoestima.**

Finalmente, fueron 22 los reactivos que quedaron agrupados en el factor 1, señalados en la prueba con los números: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 20, 23, 26, 29, 32, 35, 37, 38 y 39. El factor 2 agrupó 17 reactivos, cuyos números corresponden a: 6, 9, 12, 16, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 33, 34 y 36.

Para medir la consistencia interna del instrumento, se aplicó la prueba Alfa de Cronbach a cada uno de los factores y a los puntajes totales. El resultado de la aplicación de dicha prueba mostró los siguientes resultados:

**Resultados de la prueba  $\alpha$  de Cronbach**

Factor	$\alpha$ de Cronbach
1	0.960
2	0.898
Total	0.962

Para someter a prueba la validez de criterio, se calificó a cada sujeto en cada uno de los factores y en la prueba total. Se compararon las calificaciones de los dos grupos, codependiente y no codependiente, por medio de la prueba *t*, que produjo resultados significativos en los tres casos (factor 1=12.665; factor 2=8.229; prueba total=11.979), con un nivel de significancia de 0.000.

A pesar de que se contó con pocos participantes, se realizó la normalización de los puntajes. La tabla 3 muestra la correspondencia entre puntajes brutos y puntajes normalizados.

**Tabla 3. Puntajes normalizados por factor**

Total		Factor 1		Factor 2	
Puntaje bruto	Puntaje normalizado	Puntaje bruto	Puntaje normalizado	Puntaje bruto	Puntaje normalizado
40-48	-1.46 a -1.13	22-31	-1.25 a -0.72	18-27	-1.56 a -0.59
49-57	-1.09 a -0.76	32-41	-0.66 a -0.12	28-37	-0.48 a 0.49
58-66	-0.72 a -0.39	42-51	-0.07 a 0.47	38-47	0.60 a 1.57
67-75	-0.35 a -0.2	52-61	0.53 a 1.06	48-57	1.68 a 2.65
76-84	0.02 a 0.35	62-71	1.12 a 1.65	58-63	2.76 a 3.30
85-93	0.39 a 0.71	72-81	1.71 a 2.24		
94-102	0.75 a 1.08	82-85	2.30 a 2.48		
103-111	1.12 a 1.45				
112-120	1.49 a 1.82				
121-129	1.86 a 2.19				
130-138	2.23 a 2.56				
139-147	2.60 a 2.92				
148-157	2.96 a 3.33				

Como se sabe, de acuerdo a la distribución normal de los puntajes *z* se considera que en el rango de +1 a -1 se agrupa la mayor parte de la repartición del rasgo estudiado en la población, lo que se considera normal; y en las dos colas se encuentran, por un lado, los que tienen la característica en un grado elevado ( $z = <+1$ ) y los que la presentan en un grado mínimo ( $z = >-1$ ).

Tomando en cuenta esto, se elaboraron los criterios de calificación de la prueba como se muestra en la tabla 4.

**Tabla 4. Criterios de calificación de la prueba**

Total		Factor 1 (Victimización y Control Excesivo)		Factor 2 (Baja Autoestima)	
Hasta 51	Baja	Hasta 26	Baja	Hasta 23	Baja
52-100	Normal	27-60	Normal	24-42	Normal
101-160	Alta	61-88	Alta	43-68	Alta

## DISCUSIÓN

El instrumento mostró capacidad para diferenciar entre personas con pareja adicta, de aquellos cuya pareja no tiene adicción. La capacidad discriminatoria se replicó en ambas

escalas: de Victimización/Control excesivo, y de Baja Autoestima y en la Total. Este resultado sugiere que en la codependencia están presentes estas dos características y que la prueba es sensible a ellas. Así se mostró que la prueba posee validez de criterio, uno de los aspectos más importantes de la validez.

La prueba se elaboró a partir de 6 categorías descritas por distintos autores (Alvarado, s.f; Beattie, 1999b; Escamilla, 2002; Muñoz, 2002), como las que mejor engloban los rasgos de la conducta codependiente, y se constituyó únicamente con aquellos reactivos que mostraron validez de contenido y capacidad de discriminación. El procedimiento para analizar la validez factorial de la prueba mostró que la estructura factorial está compuesta por dos subescalas: Victimización /Control Excesivo y Baja Autoestima, que explican el 40.91% de la varianza; estas subescalas producen distribuciones de frecuencias normales tanto por separado como en la Calificación Total. Adicionalmente posee magnífica consistencia interna.

La diferencia en la cantidad de varianza que explican cada uno de los dos factores señala la importancia de la Victimización y Control Excesivo sobre la Baja Autoestima.

La prueba construida mostró validez teórica en el procedimiento de jueceo lo que sugiere que los reactivos de la prueba efectivamente se refieren a los rasgos de la conducta codependiente en las relaciones de pareja. La validez de criterio es apoyada por los resultados obtenidos en la comparación de los grupos codependiente y no codependiente. La prueba diferenció apropiadamente a las dos muestras, tanto en los dos factores por separado como en su forma completa. Los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos en los dos factores y la prueba total, permiten afirmar que la prueba posee consistencia interna o confiabilidad.

La prueba está formada por dos factores. El primero y principal agrupa los reactivos pertenecientes a las categorías de victimización y control excesivo. El factor 2 concentra principalmente a los reactivos pertenecientes a la categoría de baja autoestima. La diferencia en la cantidad de varianza que explican, señala la mayor importancia de la victimización y control excesivo sobre el factor autoestima.

Por lo anterior es posible afirmar, que si bien el instrumento fue construido con base en 6 categorías, los resultados muestran que son las categorías de Victimización-Control excesivo y de Baja Autoestima las que agrupan con mayor claridad al total de reactivos de la prueba. De acuerdo con los autores revisados, las conductas de victimización y control excesivo, hacen referencia a rasgos distintos de la codependencia, sin embargo, al realizar el Análisis Factorial, los datos indicaron que los reactivos de ambas categorías, formaban un mismo factor.

En el caso del factor Victimización-Control excesivo, se puede explicar al analizar lo que sucede en las interacciones entre los miembros de una pareja que mantiene relaciones codependientes. Parece ser que mientras más victimizado se muestre el miembro adicto, más responsable y culpable se sentirá el compañero de sus estados de ánimo y su bienestar, y mientras más se halle controlado por la necesidad de ayudarlo y de reparar lo que siente, más poder ejerce el adicto sobre él. Esto es lo que Beattie (1999a) llama el “poder de la víctima”.

De acuerdo con lo que señalan Watzlawick, Beavin y Jackson (1967), este tipo de interacción podría considerarse complementaria, es decir, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, constituyendo un tipo de *gestalt*, así, uno de los miembros de la pareja ocupa la posición inferior, mientras que al otro le corresponde la posición superior. De acuerdo con Haley (1976), mientras más rígida y repetitiva sea esta forma de interacción, será más patológica, ya que si los miembros de la pareja no pueden intercambiar los lugares, moviéndose de la complementariedad a la simetría y viceversa, con relativa flexibilidad, entonces la relación se encontrará atrapada en una secuencia de interacción patológica.

Según lo anterior, se puede plantear la hipótesis de que en la muestra estudiada, la tendencia en las relaciones de pareja, es establecer pautas de relación complementarias, lo que, de alguna manera, ayuda a que este factor de control excesivo-victimización esté presente en diferentes grados, se trate de una población codependiente o no.

Los resultados en la categoría de Baja autoestima podrían explicarse con la proposición de Branden (1994), Beattie (1999b) y Daskal (1994), acerca de que la baja autoestima se encuentra relacionada con sentimientos de descontrol sobre la existencia, de malestar y minusvalía, así como con la sensación de ser incapaz de establecer una comunicación eficaz con otras personas, generando una sensación de dependencia, que puede llevar al alejamiento o al apego exagerado. En las relaciones de pareja, estos elementos podrían estar propiciando un estilo de interacción donde, el miembro con baja autoestima, relega sus necesidades y prioridades, para darles preferencia a las de su compañero; aunque también podría explicarse en el sentido contrario, es decir, que establecer una relación de pareja con pautas de interacción codependientes, va minando la seguridad de las personas, haciéndolas proclives a la baja autoestima.

Dados los resultados encontrados, se puede plantear la hipótesis de que en las relaciones de pareja existe una tendencia a establecer pautas de interacción con ciertos elementos de despersonalización y subordinación, que en un grado bajo podrían referirse a la consideración y generosidad, necesarias en cualquier relación de pareja; pero que, llevadas a un extremo, pueden indicar rasgos de codependencia.

Pese a que la muestra de este estudio fue pequeña, los resultados se transformaron a puntajes normalizados, lo que permite una primera aproximación a la diferenciación entre los individuos que presentan un mayor o menor rasgo de codependencia.

## CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación permiten concluir que el instrumento tiene validez teórica, de criterio y confiabilidad.

Por otro lado, es posible concluir que la codependencia y ciertos estilos de transacción codependiente suelen estar presentes en las relaciones de pareja, aunque en grados distintos en cada caso, y no son una característica exclusiva de aquellas personas que establecen una relación de pareja con alguien que padece alguna adicción.

Consideramos que a fin de que sea posible realizar generalizaciones sobre los resultados obtenidos es necesario replicar este estudio, con muestras más numerosas, en las que se contemple una proporción equivalente de hombres y mujeres, ya que en este caso se incluyó a un número mayor de mujeres debido a que fue difícil contactar a hombres que mantuvieran una relación de pareja con una mujer que padeciera una adicción, lo que de alguna manera refleja la distribución de las adicciones en la población mexicana en cuanto a sexo se refiere (INEGI,2002).

#### REFERENCIAS

- Alvarado, S. (s.f.). *Adicciones. Codependencia*. Recuperado el 23 de abril de 2005, de <http://www.adicciones.org/familia/codependencia.html>
- Amaya, D. (s.f.). *Breves definiciones de la codependencia*. Recuperado el 23 de abril de 2005, de <http://www.vidahumana.org/vidafam/violence/brevedef-codepend.html>
- Beattie, M. (1999a). *Ya no seas codependiente*. México: Promexa.
- Beattie, M. (1999b). *Codependencia*. México: Promexa.
- Branden, N. (1994). *Los seis pilares de la autoestima. El libro definitivo de la autoestima por el más importante especialista en la materia*. México: Paidós.
- Daskal, A.M. (1994). *Permiso para quererme. Reflexiones sobre la autoestima femenina*. Buenos Aires: Paidós.
- Escamilla D., A. (2002). *Los mecanismos de enfrentamiento utilizados por mujeres y varones coadictos en un centro de atención a la farmacodependencia*. Tesis de Licenciatura. UNAM: Psicología.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2002). *Encuesta Nacional de adicciones*. Recuperado el 8 de noviembre de 2006, de [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/Ena02.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/Ena02.pdf)
- Muñoz, A. (2002). *Codependencia: la adicción al amor*. Recuperado el 20 de abril de 2005 de <http://www.cepvi.com/articulos/codependencia2.html>
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

**ESCALA DE EVALUACIÓN DE ESTILO DE RELACIÓN CODEPENDIENTE**

**Datos generales.** Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Tiempo en la relación de pareja: \_\_\_\_\_

**Instrucciones.** Califique los siguientes aspectos de acuerdo con la forma en la que se conduce, piensa o siente dentro de su relación de pareja **generalmente** (casi todos los días, durante la mayor parte del día), por lo menos durante los **dos últimos meses**.

		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Confío en que mi pareja me dice la verdad				
2	Tengo relaciones sexuales sin sentir deseos				
3	Nuestra relación es profundamente insatisfactoria				
4	Sospecho que me miente				
5	La responsabilidad de nuestros problemas de pareja es de los dos				
6	Si estamos enojados se altera mi ritmo de actividad				
7	Mi pareja no valora lo que le doy				
8	Desearía tener el poder de cambiarlo/a				
9	Mi primera reacción frente a los problemas es creer que yo tengo la culpa				
10	Nada de lo que hago mejora nuestra relación y eso me hace sufrir				
11	Vigilo a mi pareja				
12	Muchas veces le digo que SI cuando realmente quiero decir que NO				
13	Tiendo a tomar lo que mi pareja hace o dice como ataques personales				
14	Su conducta me preocupa y altera				
15	Acepto a mi pareja tal como es				
16	Me ocupo de atender mis necesidades				
17	Pasamos de momentos de mucho amor y otros de mucho enojo y violencia				
18	Creo ser la/él única/o responsable de lo que sucede en nuestra relación				
19	No me ocupo de mis cosas por atender las de mi pareja				
20	Siento que mi pareja me quiere y me cuida				
21	Sólo yo sé lo que le conviene				
22	Disculpo a mi pareja frente a otras personas				
23	Siento que me usa y se aprovecha de mí				
24	He intentado cambiar su conducta con chantajes				
25	Me angustia lo que mi pareja piensa de mí				
26	Me enoja que no quiera cambiar, parece que lo hace a propósito para molestarme				
27	Cuando percibo que ella/él no me ama como yo, me siento abandonado/a o traicionado/a				
28	Sólo me interesan las actividades que podemos realizar juntos				
29	Cuando mi pareja se vuelve a alcoholizar me siento muy avergonzado/a				
30	Más que quererlo/a siento que lo/a necesito				
31	Necesito la aprobación constante de mi pareja				
32	Esta relación me atormenta				
33	Mis amigos son sus amigos, no tengo amistades por mi cuenta				
34	Me conformo con que mi pareja me necesite				
35	Si mi pareja dejara de beber yo podría ser feliz				
36	Confío en mi capacidad para enfrentar los problemas				
37	Mi pareja no me entiende				
38	Mi pareja es culpable de cómo me siento				
39	Cuando creo que no puedo salvar esta relación me siento fracasado/a				

## APÉNDICE 2

---

### **“LA SATISFACCIÓN EN PAREJA: EL GOZO DE ESTAR JUNTOS”.**

Miriam Zavala Díaz y Guadalupe García G.  
Facultad de Psicología  
Universidad Nacional Autónoma de México

#### RESUMEN

El objetivo de este proyecto fue conocer la experiencia de los participantes acerca de su relación de pareja, en cuanto a lo que hacía de ésta algo gozoso y satisfactorio. Este trabajo se fundamentó en una epistemología construccionista social y en una metodología basada en la hermenéutica. La investigación constó de 2 fases, una exploratoria donde realizamos 4 entrevistas individuales y una segunda donde entrevistamos a 4 parejas heterosexuales, 2 de ellas con menos de 5 años de vida en común, y las otras 2 con más de 10 años de unión. Las entrevistas las realizamos con cada uno de los miembros de la pareja de forma individual. A través del análisis de las entrevistas, construimos 4 categorías que explican la experiencia de los participantes: elementos, proceso de construcción, participación y obstáculos. Las conclusiones de esta investigación apuntan a que el gozo de estar en una relación, es una construcción hecha de múltiples experiencias, historias y expectativas que se dan dentro de un proceso recursivo, tanto entre los miembros de la pareja, como entre la pareja y su contexto social.

A lo largo de la historia de la humanidad, el estilo de vida de las parejas ha sufrido grandes transformaciones. La pareja como institución se encuentra en crisis, así lo muestran las estadísticas que indican que en la actualidad, las relaciones matrimoniales tienden a durar menos años, las personas se unen cada vez a mayor edad y existe un incremento de las familias uniparentales (Rodríguez, 1999).

El objetivo general de este trabajo, fue conocer la visión que las personas tienen acerca la satisfacción en las relaciones de pareja. Particularmente, esta investigación representa un intento por conocer los elementos que ayudan a las parejas a vivir su vínculo con gozo, las vicisitudes con las que se han encontrado en su búsqueda de bienestar, así como las diferencias entre las parejas noveles y las veteranas, en relación a la forma en la que el vínculo se modifica con el paso del tiempo, y el gozo se va depositando en aspectos diferentes.

#### **LA SATISFACCIÓN EN LAS RELACIONES DE PAREJA: DEFINICIONES DESDE LA MODERNIDAD**

Desde la Psicología social y la Psicología clínica, la satisfacción en las relaciones de pareja, se ha definido de diversas maneras. En un primer momento, la teoría del intercambio conductual de la satisfacción marital (Johnson y O’Leary, 1996), propone que el índice de eventos placenteros y displacenteros, intercambiados entre los miembros de una pareja, es el mejor componente del funcionamiento marital, para señalar satisfacción o aflicción.

Progresivamente, la teoría del intercambio conductual, fue incorporando elementos cognitivos en su definición de la satisfacción marital, indicando el papel tan importante que jugaban las atribuciones, las percepciones, actitudes y otras variables cognitivas en la

determinación de la satisfacción. Así, los estudios fueron sugiriendo que los juicios subjetivos de cada miembro de la pareja, acerca de la conducta del otro, constituyen un indicador más preciso de la satisfacción marital, que cualquier otra medida más objetiva.

A partir de los años ochenta, la satisfacción marital se definió como la percepción y evaluación que cada miembro de la pareja hace de su compañero/a y de la relación en sí, en términos del gusto que experimentan en diferentes aspectos de su relación, dentro de un continuo de favorable-desfavorable y en un momento dado de la relación (Marcet, Delgado y Ferrando, 1990). Llegando a considerar que la satisfacción marital es un posible indicador de estabilidad y felicidad en una relación de pareja (Sánchez, 1995).

Por su parte, el Modelo Contextual (Bradbury y Finchman, 1991, en Sánchez, 1995) logró conformar un enfoque más integrativo, ya que contemplaba la presencia de factores relacionados con el contexto próximo a la pareja, (eventos externos y específicos que viven sus miembros) y de factores asociados al contexto distal (variables psicológicas como rasgos de personalidad, estados de ánimo, expectativas e historia de aprendizaje). Este modelo utiliza ambos factores, para explicar el proceso de atribución que cada miembro de la pareja hace de su compañero/a y de la relación en sí, para dar cuenta de su grado de satisfacción marital.

De acuerdo con Burr (en Sánchez, 1995), la satisfacción en las relaciones de pareja es mayor al principio y al final de su ciclo vital. Este patrón está más relacionado con investigaciones hechas en culturas anglosajonas, ya que en México, se ha encontrado un decremento lineal en la satisfacción, es decir, que ésta decae conforme se van pasando las distintas etapas del ciclo vital familiar.

De acuerdo con lo anterior, y a manera de conclusión, podemos decir que, la satisfacción en las relaciones de pareja, se ha definido como el lugar en el que se evalúan las condiciones de la relación en términos de satisfactoria-insatisfactoria, donde repercuten además los procesos cotidianos que viven los miembros de la pareja, así como las interacciones afectivas que se dan entre ellos.

### **LA CRÍTICA POSMODERNA DE LOS DISCURSOS CULTURALES ACERCA DEL “VIVIR EN PAREJA”**

Foucault (1984), autor representativo del movimiento postestructuralista, sostiene que existen premisas que constituyen “verdades normalizadoras” que forjan a las personas como *cuerpos dóciles*, dispuestos a participar en las actividades que mantienen los conocimientos globales y unitarios acerca de la realidad; de tal manera que la vida de las personas es estructurada a través de dichas normas y es a la vez, esta forma de vivir su existencia, la que reproduce y le da carácter de verdad a estas construcciones.

En este sentido, es posible observar que la historia reciente de la cultura occidental, ha privilegiado a las parejas heterosexuales y casadas, sobre otras formas de relación, que frente a éstas son consideradas como denigrantes e inferiores, mientras que se ve a la pareja heterosexual y casada como el ideal (White, 2004),

Este paradigma coloca a las relaciones heterosexuales en una situación insostenible: tener que fundamentar *solamente* en la relación de pareja el valor de la existencia y el

bienestar, además con la obligación de tener que sentirse satisfechos a través de lo que de ella reciben. Esta forma de relación, incita a los miembros de la pareja a esforzarse por lograr la comunión absoluta con su compañero y a buscar sentirse completamente satisfechos con lo que obtienen de su relación. En estas circunstancias, las relaciones de pareja tienen altas probabilidades de resultar insatisfactorias. Para este autor, es importante reconocer las fuerzas sociales, económicas, políticas, legales e ideológicas que se encuentran en juego y que contribuyen a la descalificación y degradación de otras formas de relación, y que a la vez incitan a las parejas heterosexuales a buscar la exclusividad.

En este mismo sentido, Freedman y Combs (2002) señalan que los discursos sociales acerca del vivir en pareja, son poderosos ya que influyen en la forma en la que las personas experimentan sus relaciones, moldeando sus expectativas y las evaluaciones que hacen de lo que en ellas sucede.

### **FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS Y ABORDAJE METODOLÓGICO.**

Los fundamentos epistemológicos desde los que partimos para realizar este trabajo, se basan en el construccionismo social (Gergen, 1996). Desde esta postura, las personas no pueden acceder a un conocimiento objetivo de su realidad, lo que conocen nace de un proceso de interpretación, de tal manera que los significados que atribuyen a los hechos, determinan la forma en la que organizan sus vidas y conceptúan sus interacciones. Dichas interpretaciones están determinadas por el contexto que rodea a las personas, en el que circulan una serie de premisas que definen los patrones y reglas alrededor de las cuales deberán construir sus vidas y sus relaciones (White, op cit). Para Foucault (1984), estas premisas constituyen “verdades normalizadoras” que alientan a las personas a participar en las actividades que mantienen dichos conocimientos globales y unitarios acerca de la realidad; de esa manera, la vida de las personas se estructura a través de dichas normas y es a la vez, esta forma de vivir su existencia, la que reproduce y le da carácter de verdad a estas construcciones.

El abordaje metodológico utilizado en esta investigación es el propuesto por la Hermenéutica, que al ser un enfoque fenomenológico, busca esclarecer el significado de la experiencia humana (Palmer, 2002). Se realizaron entrevistas a profundidad (Taylor y Bogdan, 1986) y su análisis, a través de nuestra propia experiencia, tratando de estar abiertas a la información que los y las entrevistadas nos proporcionaron. Se realizó una selección deliberada de los informantes (Rodríguez, Gil y García, 1999). En la fase exploratoria, los criterios para la selección fueron básicamente, entrevistar a personas casadas dispuestas a participar en la investigación. En una segunda fase de la investigación, los criterios fueron los siguientes: parejas heterosexuales que tuvieran al menos un año de matrimonio, sin hijos y con estudios de licenciatura o más y; parejas heterosexuales con más de 15 años de matrimonio, con hijos y con estudios de licenciatura o más.

El análisis de las entrevistas, implicó para nosotras entrar en un proceso de aprendizaje común con cada entrevistado/a, en un sentido heurístico-humanista.

### **LA INVESTIGACIÓN**

Esta investigación constó de dos fases, una exploratoria, en la que realizamos cuatro entrevistas a mujeres; tres, con menos de 5 años en su relación de pareja y una, con más de 15 años. La experiencia vivida en esta etapa de la investigación, enriqueció nuestra visión acerca del tema y nos preparó para que en la siguiente fase, incluyéramos otros aspectos, ampliando el abanico de temas a tocar en las entrevistas posteriores.

En la segunda fase de la investigación, entrevistamos a 4 parejas heterosexuales, ambos miembros de la pareja participaron, por lo que realizamos un total de 8 entrevistas. En la tabla 1 presentamos algunas de sus características sociodemográficas.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los informantes

	Edad ella	Edad él	Años viviendo juntos	Hijos	Nivel educativo
<b>Natalia y Martín</b>	29	31	1	Sin hijos	Profesionistas con licenciatura
<b>Amelia y Jaime</b>	33	35	5	Sin hijos	Profesionistas con posgrado
<b>Sofía y Miguel</b>	46	47	18	Dos hijas, 17 y 14 años	Profesionistas con licenciatura
<b>Pedro y Lorena</b>	44	50	22	Dos hijas, 21 y 19 años	Profesionistas con posgrado

Cada una de nosotras entrevistó a dos parejas, una de jóvenes y otra de veteranos. Las entrevistas fueron individuales, explorando libremente la experiencia de cada persona en relación al tema<sup>1</sup>.

Una vez hechas las entrevistas, realizamos varios intentos de categorización, a través de los cuales identificamos cuatro grandes categorías que explicaban la forma en la que nuestros informantes estaban viviendo el gozo de estar en su relación. El análisis de las categorías que presentamos a continuación, no intenta ser exhaustivo, más bien representa un primer ejercicio de exploración y comprensión acerca del tema.

## LAS CATEGORÍAS

A pesar que la experiencia de las parejas era tan diversa, al analizar las entrevistas encontramos que ciertos temas hacían referencia a los mismos significados, de tal manera que los agrupamos en cuatro categorías, las cuales buscan explicar cómo es la experiencia de vivir gozosamente un vínculo de pareja.

## LOS ELEMENTOS

<sup>1</sup> Un breve resumen del contenido de las entrevistas puede consultarse al final del artículo.

La vivencia de bienestar en su relación de pareja, no fue definida por nuestros informantes a través de un sólo aspecto, sino señalando que en ella confluyen una serie de elementos que, en conjunto, hacen que se viva la relación con mayor gozo. Estos aspectos, cambian a lo largo de la vida de la relación, se transforman para adaptarse al momento de vida de las personas, lo que hace de la vivencia algo profundamente particular.

Amelia y Jaime hablan por ejemplo, de cómo comparten la visión de que para estar satisfechos en su relación de pareja, es necesario tener un alto grado de confianza en el otro, sin embargo, para Jaime antes que lo anterior, está el cariño entre ellos, ya que sí siente que éste se encuentra presente en la relación, los demás aspectos como la confianza o el entendimiento, se pueden construir alrededor de ese vínculo afectivo.

Natalia y Martín, por su parte, consideran que el elemento central en la construcción de su satisfacción es el compromiso, el cual incluye el cumplimiento de ciertas funciones, que en su caso se ajustaban en cierta medida a una concepción tradicional, en la que a la mujer le corresponde la organización del hogar y al varón la función de proveedor.

Y aunque ambos comparten esta visión, para Natalia un elemento fundamental es la comunicación:

*“la comunicación es todo, si no te agrada algo de su familia o que si tú sientes que su familia se está metiendo mucho, él lo va a conciliar con su familia... y entonces va a dejar de irritarte y va a dejar de ser un pleito familiar, de que ‘oye yo te dije’ y él otro ‘no, a mí no me dijiste nada’, sí hay comunicación eso no va a existir.”*

Para Martín, también son elementos importantes, el apoyo y comprensión de su pareja, comprensión que significa la capacidad para compartir y coincidir en el mayor número posible de vivencias.

Para las parejas de veteranos, los elementos que han estado presentes y que han hecho de su relación algo gozoso, han atravesado por varias etapas. La primera, estuvo marcada por las altas demandas de coincidencia y similitud hacia la pareja, cuyo cumplimiento era requisito indispensable para la satisfacción. Al darse cuenta de que lograr el acoplamiento perfecto era imposible, dejaron de luchar por lograrlo, dando paso a la segunda etapa, donde ya no era tan importante que las expectativas se cumplieran y las coincidencias fueran exactas. En aquel momento comenzaron a sentirse satisfechos, a pesar de que no sucediera todo lo que deseaban, vinculándose más a través de lo que tenían y habían logrado, que a través de lo que no tenían o no habían logrado. Esto dio paso a un tercer momento, el más reciente, en el que consideran que el elemento central que hace de su relación algo gozoso, es la aceptación mutua, lo que cual implica la tolerancia de las diferencias y la alegría por las coincidencias. Así nos comenta Lorena:

*“Cuando me case, siempre mi idea era que fuéramos un complemento para todo, para pensar, para decidir, para elegir, de repente siento que no es así, sino que él tiene que aprender y yo tengo que aprender cosas distintas, somos personas distintas, que tenemos muchas cosas diferentes que conocer de nosotros mismos y debemos luchar por ese espacio.”*

A pesar de lo anterior, para Sofía, vivir ahora con satisfacción su relación, implica además de lo anterior, la búsqueda de equilibrio entre sus aspiraciones personales (estudiar, asistir a eventos culturales, tener amigos) y la vida en pareja. Para Miguel ha sido difícil adaptarse a las nuevas aspiraciones de Sofía y siente que de alguna manera ella no comparte su proyecto de vida (gozar juntos de su próxima jubilación y compartir la tranquilidad de su hogar).

De acuerdo con lo anterior, nos parece que los elementos que se consideran centrales en la construcción del gozo, dependen del momento en el que se encuentra la relación. Así para las parejas veteranas, el elemento que ocupa el centro es la aceptación y la tolerancia de las diferencias, en tanto que para los jóvenes el compromiso, la confianza y el vínculo afectivo son fundamentales para sentirse satisfechos. Asimismo, la satisfacción personal o autoestima fue mencionada como importante por todos los participantes, sin distinción de grupo.

## EL PROCESO

La satisfacción en la relación de pareja es vivida por nuestros informantes como un proceso, que va cambiando en el tiempo, a través del cual van enfrentando diferentes tareas de desarrollo. Por ejemplo, los matrimonios jóvenes se encuentran en estos momentos, frente a la tarea de conformar un sistema que les permita diferenciarse de los demás y así trascender las individualidades, formando una unidad. Para Amelia y Javier, esto ha implicado el desarrollo de la capacidad para aislarse de la influencia del medio externo. Jaime expresa esto, haciendo referencia a un *“acompañamiento sincronizado”*, una especie de coincidencia tanto en lo cotidiano, como en el plan de vida. Amelia dice al respecto:

*“no importa qué pase, son tú y tu pareja contra el mundo, que en todo caso puedes tener problemas con tu compañero de equipo, pero que ustedes están juntos en todo, que no hay una línea que los divida.”*

En el caso de Natalia y Martín, hacen referencia a este mismo proceso, pero lo señalan como una búsqueda de compaginación, donde el objetivo es lograr que la pareja pueda ser alguien con quien compartirlo todo.

Las parejas mayores confirman esta vivencia de los jóvenes, sosteniendo que en los primeros años de su relación la satisfacción tenía que ver con alcanzar un alto grado de coincidencia entre ellos; sin embargo en la actualidad han aprendido que el gozo está primeramente en su satisfacción personal y después, en el reconocimiento de la pareja como un ser individual, con sus propias características y necesidades, al que hay que respetar.

Estar en pareja y vivir esto con gozo, ha implicado también un proceso de adaptación. Así, Natalia y Martín, hablan de que la vida como matrimonio ha implicado grandes cambios para ellos. Para ella, los primeros meses de matrimonio fueron de mucho movimiento y transformación, lo que le requirió un gran esfuerzo, al grado de expresar que después de la boda se preguntó *“¿Dónde está Martín? me lo cambiaron”*. Para él, la adaptación también ha sido también complicada y estas dificultades lo han llevado a pensar, en algunos momentos, que el matrimonio es *horrible*. En el caso de Amelia, ella sostiene

que muchos de estos ajustes, al inicio los demandaba de Jaime, pero que poco a poco se percató de que ella necesitaba también aprender a tolerar que no todos sus deseos se cumplieran, dejando atrás muchas de sus expectativas.

Para las parejas de veteranos, la adaptación actualmente tiene que ver con aceptar que cada miembro de la pareja se dedique a las actividades que le interesen, aunque sus planes de vida no compagin en forma absoluta. Lorena lo expresa así:

*“a estas alturas del partido, tiene que ver mucho con... poder ser dentro de la relación tú misma y permitirle al otro que sea él. Y poder complementar estas dos personalidades en la vida matrimonial... y entonces yo creo que la satisfacción es cuando llega a hacerse esta diferenciación entre uno y otro, conjuntándolas armónicamente.”*

Nos parece que este proceso de adaptación, en los diferentes momentos de la relación, es un tema que se encuentra siempre presente. El reto es generar acuerdos sobre lo que está permitido o no en la relación, estableciendo para ello límites y reglas acerca del papel que cada uno tiene que desempeñar para que la relación funcione, en sus diferentes momentos de vida.

Para las 4 parejas, el proceso que vivieron para aprender a manejar los conflictos, ha sido también determinante para vivir con gozo su relación, pero dependiendo de la etapa en la que se encuentre el matrimonio, los conflictos giran en torno a aspectos diferentes.

En las parejas jóvenes, el manejo de los conflictos tiene que ver con la búsqueda de acuerdos y el logro de coincidencias, porque a medida que logran establecerlos, disminuyen los conflictos y aumenta la satisfacción. Para los matrimonios veteranos, en cambio, los conflictos tienen que ver con la falta de tolerancia de las diferencias, entre los miembros de la pareja. Sofía expresa esto así:

*“con el correr de los años a uno le van surgiendo otras muchas necesidades a flor de piel, que son cuestiones más personales... cosas que ha quedado relegadas, que quedaron como ahí pendientes. En mi caso estas necesidades han surgido y a la fecha son parte fundamental de mi vida y cuando empezaron a surgir, desde luego que hay desajustes en la pareja, hay problemas porque en un primer momento tu esposo puede decir ‘¿cómo te preocupas por eso?’, porque mientras para Guillermo a lo mejor lo fundamental estaba dado, porque teníamos una familia, una casa, lo suficiente para ser felices, para mí no.”*

Finalmente, todos nuestros informantes coinciden en señalar que hay matices en la satisfacción en su relación, es decir, que en la vida cotidiana de una pareja, hay momentos en los que el bienestar es muy grande, otros en los que el gozo es mínimo, llegando incluso a situaciones en que la vivencia es de completa insatisfacción. Todos, excepto Jaime, consideran que el grado de dificultad para lograr el gozo en pareja es alto, por lo que se requiere de un trabajo continuo.

## PARTICIPACIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA SATISFACCIÓN

Para nuestros informantes, ambos miembros de una pareja deben de contribuir para construir la satisfacción, sin embargo, dependiendo de la pareja, la responsabilidad se atribuye de manera diferente. Las mujeres de las parejas jóvenes, por ejemplo, consideran que la contribución activa de sus compañeros es fundamental y tiene incluso, mayor peso que la suya, fungiendo ellos como figuras de mediación, que estabilizan la relación. Natalia dice al respecto:

*“gracias a la madurez que él tiene... salimos adelante de muchas broncas, tanto de novios como ahora de pareja, gracias a que él accede, a que él me escucha, porque yo soy muy loca, me estreso y ya no me importa y digo cosas enojada, hiero y él se la aguanta, dice ‘ok’, él como que ha mediado el asunto y el día que no lo hizo, entonces a mí me cayó el veinte, entonces yo empecé a bajar la intensidad y a tratar de solucionar la bronca.”*

En el caso de los varones de los matrimonios veteranos, escuchamos una gran necesidad de que sus parejas se involucren más en la construcción de la satisfacción, pues sienten que ellas, al enfocarse en su desarrollo personal, han descuidado su responsabilidad en la pareja. Por su parte, Lorena y Sofía creen que han dedicado muchos años a construir el bienestar de la pareja y la familia, y hoy desean comprometerse más consigo mismas. Al respecto Alicia menciona:

*“para mí había otras cosas en las que si no avanzaba pues yo no me sentía bien... Guillermo llegó a asimilar que realmente lo único que yo quería era seguir adelante en el camino que a mí interesaba aunque afectaba la dinámica familiar... hubo ocasiones en las que los hechos hablaron por si mismos entre él y yo, entonces como que le cayeron veintes a Guillermo.”*

Al final, nos parece que en cuanto al tema de la participación, en ambos grupos se deposita mayor responsabilidad y expectativas en los varones, que en las mujeres.

## LOS OBSTÁCULOS

A pesar de que nuestras entrevistas estuvieron centradas, en los aspectos de la relación que ayudaban a las parejas a sentirse gozosas con su vínculo de pareja, nos dimos cuenta que era ineludible hablar de lo que no estaba funcionando, es decir, hacer mención de los obstáculos que nuestros informantes habían encontrado, en su búsqueda por lograr la satisfacción. Por esto, nos pareció que esta categoría debía ser incluida, aunque no formara parte de nuestro objetivo de investigación.

Así, Jaime y Amelia nos hablaron de la injerencia de los factores externos en su relación y de cómo para ella eran cuestiones, que como pareja, tenían que resolver *antes* de poder disfrutar de su relación, mientras que para Jaime, eran factores que siempre iban a amenazar a la pareja, por lo que ambos tienen que trabajar para generar una especie de barrera protectora:

*“Aprender a aislarse de las contaminaciones externas, de la historia pasada de cada uno, de las familias, los conflictos laborales, hasta del hecho de haber pasado un mal día. Me parece importante que se desarrolle una especie de blindaje.”*

En el caso de Natalia y Martín, hay una palabra que parece definir el principal obstáculo que ambos identifican en su relación: las obligaciones. Para los dos, las responsabilidades adquiridas con el matrimonio, los roles y las tareas que les ha impuesto el compromiso que decidieron adquirir, les han dificultado relajarse y disfrutar de su relación. Pareciera que sólo a través del cumplimiento de esas obligaciones, es que ellos pueden acceder a un estado de mayor gozo, lo cual ha sido desgastante y difícil de manejar en la historia de su matrimonio.

Fue notorio para nosotras que el tema de las expectativas, para todos nuestros informantes, era una fuente de inconvenientes para lograr el gozo de estar juntos. En las parejas jóvenes, la adecuación de las expectativas con la realidad, es uno de los principales obstáculos a superar para conseguir la satisfacción en su relación. Las parejas mayores coinciden con esto, afirmando que en los primeros años de vida en pareja, uno de sus principales obstáculos fue precisamente el adecuar sus expectativas a la realidad, pero que una vez que lograron relacionarse con lo que *sí tenían*, y dejaron de esperar lo que *no existía*, pudieron vivir su relación de forma más gozosa.

Para las parejas veteranas en la actualidad, el obstáculo podría ser la dificultad para conciliar las diferencias. Miguel dice al respecto:

*“Sientes que compartes cosas y a veces sientes que no las compartes y eso genera crisis en tu relación de pareja...a veces sientes que tu pareja no va por el mismo camino y eso te mete en problemas... yo veo un poco que tenemos caminos distintos por delante y va a llegar un momento en el que tengamos que decidir qué vamos a hacer los dos.”*

Para Lorena y para Sofía, las mujeres de este grupo, el gran obstáculo para lograr sentirse bien con su relación de pareja, sería más bien, no lograr su desarrollo personal y no recibir de su pareja el apoyo y la comprensión necesarios.

## **DISCUSIÓN**

Los resultados de esta investigación, nos dejan ver que la satisfacción en las relaciones de pareja, es un proceso que va evolucionando en el tiempo. Barragán (1975) y Haley (1983) sostienen que las parejas en cada momento de su desarrollo, se enfrentan a diferentes tareas, las cuales tiene que cumplir, antes de pasar a la siguiente etapa y que de no hacerlo, se crearán conflictos que eventualmente las obligarán a completar más tarde tales tareas o lo que es peor, renunciar a ellas. Los resultados de esta investigación, confirman lo propuesto por estos autores, en relación a las tareas que enfrentan las parejas, ya que pudimos observar que las parejas jóvenes, están afrontando la tarea de adaptarse a su nueva condición de vida, estableciendo límites extra-sistémicos y negociando las reglas de la relación. En tanto que en las parejas de veteranos, se está gestando una redefinición de prioridades y una búsqueda de equilibrio entre aspiraciones y logros. Para los participantes,

la satisfacción en su relación de pareja, guarda una estrecha relación con la forma en la que resuelven dichas tareas.

En el caso específico de Sofía y Miguel, observamos que la crisis por la que creemos que están pasando, hace referencia a lo que propone Haley (1983) en la etapa del destete de los padres, en el sentido de que los matrimonios pueden pasar por un estado de turbulencia, hasta que logran elaborar una nueva relación, y donde una de las mayores dificultades que puede presentarse es que los padres se encuentren sin nada que compartir, como parece ser el caso de ellos.

Los resultados de nuestra investigación, coinciden también con lo que Bee y Mitchell (1987) afirman, acerca de que las mujeres, a partir de los 40 años, muestran una marcada preocupación por el logro de sus metas y que los varones demandan una mayor intimidad de sus parejas. Lorena y Sofía en esta etapa de su vida, están volcadas en su desarrollo personal y consideran que es una oportunidad para realizar los planes y deseos que postergaron en etapas previas. Por su parte, los varones en este momento, desean retornar a la intimidad con su pareja, desean compartir metas y continuar con el proyecto de vida en común. La conjunción de ambas cosas puede desencadenar una crisis, como lo vemos en el caso de Sofía y Miguel, y como creemos que ocurrió tiempo atrás con Lorena y Pedro.

El análisis de las entrevistas nos permitió, por otro lado, corroborar lo dicho por Papp (1988), en relación a que desde muy temprano en la vida de los seres humanos, la familia y la sociedad coinciden en inculcar programas de feminización y masculinización, que pautan las actitudes y expectativas con las que las personas enfrentaran sus relaciones de pareja. En este sentido, consideramos que las parejas entrevistadas, en general asumen un acomodo complementario, donde las mujeres son vistas como menos maduras y centradas, en tanto que ellos son considerados como fuente de soporte y contención, asumiendo cada cual la parte que les corresponde, para reproducir la figura del matrimonio con roles tradicionales.

Nos llamó la atención, que todas las parejas coincidieran en señalar que las expectativas de similitud o acompasamiento con las que habían comenzado su relación de pareja, se habían convertido, con el tiempo, en uno de los mayores obstáculos para gozar de su relación, lo cual coincide con las críticas hechas por White (2004), acerca de la presión cultural que existe sobre las parejas para lograr una “*comuni3n absoluta*” y de cómo esta expectativa prácticamente predice la insatisfacci3n en las relaciones de pareja.

## CONCLUSIONES

La manera de conceptuar a la satisfacci3n marital desde la modernidad, pone el acento, en algunos momentos, en los significados y las atribuciones individuales, y en otros en los factores sociodemogr3ficos, lo que deja sin atender un espacio, que desde la mirada sist3mica y construccionista social es fundamental, es decir, el 3rea de lo relacional, que es el lugar donde se negocian los significados, donde se construyen las pautas de relaci3n, y

donde lo social se entremezcla con lo personal, para darle forma a los mapas que las personas trazan de sus relaciones.

Podemos decir que para la realización de este trabajo, fue importante observar cómo es que las personas narraban las historias de sus relaciones, observando como en dichas historias, se encontraban contenidos discursos socialmente construidos acerca del vivir en pareja y como estos discursos se entrelazaban con las experiencias de las personas, formando un círculo hermenéutico (Andersen, 1995), donde los prejuicios o preentendimientos que las personas tenían acerca de lo que ocurría en sus relación, modificaba y a la vez, era modificado por las experiencias que las personas tenían en las interacciones con su pareja.

Después de haber conversado con las parejas, pensamos que el gozo de estar en una relación, es una construcción hecha de múltiples experiencias, historias, expectativas, deseos, acuerdos, etc. En este sentido, nos parece que se trata de un proceso recursivo, que se asemeja a las descripciones hechas desde los modelos sistémicos, donde ningún hecho puede considerarse aislado del contexto y donde todo lo que sucede dentro del sistema, se encuentra vinculado de forma circular (Papp, 1983; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967).

## RESUMEN DE LAS ENTREVISTAS

### **Amelia**

Partiendo de la pregunta ¿para ti qué significa sentirte satisfecha en tu relación de pareja? Amelia nos habló cómo para ella la sensación de tranquilidad que le da confiar en su pareja, sentir su apoyo y su cercanía son algunos de los aspectos que ella más goza de su relación. Ella reconoce que no ha sido fácil llegar a sentirse satisfecha con su pareja, ya que le llevó un tiempo dejar de esperar que él la complaciera en todo, Amelia se explica estas expectativas como parte de un condicionamiento de género, donde a las mujeres se les ha enseñado a relacionarse con lo que no tienen, más que con lo que tienen. Al hacer esta reflexión, ella entiende que su proceso la ha llevado a dejar de fijarse en los detalles, para ver que en lo general, su relación cubre muchas de sus necesidades, que su compañero es una gran persona, y que por lo tanto, se siente muy satisfecha. Para Amelia el gozo en pareja se construye a través del esfuerzo cotidiano y de la participación de ambos, aunque ella reconoce que mucho de lo que Jaime y ella han logrado, se debe a los esfuerzos de él para que la relación crezca y se fortalezca, si bien ella ha tenido que trabajar consigo misma para no olvidar que vale la pena estar ahí, a pesar de las dificultades y para ser ella misma su principal fuente de satisfacción.

### **Jaime**

Ante la pregunta ¿cuáles han sido las cosas que han contribuido a que te sientas a gusto con tu relación de pareja?, Jaime nos habló de lo importante que es para él que en su relación haya cariño, comprensión, pero principalmente coordinación entre él y Amelia, en cuanto a perspectivas de desarrollo individual y de vida en común. Para Jaime gracias al acompañamiento acompasado y a esta especie de complicidad que se ha creado entre ellos, su relación de pareja es una gran fuente de satisfacción. Desde el principio, ellos pudieron establecer los acuerdos básicos de convivencia, que ayudaron a que ambos supieran lo que estaba y no permitido dentro de la relación, lo que ayudó a disminuir los conflictos. Para

Jaime, su matrimonio ha pasado por distintas etapas y en cada una han aprendido a adaptarse al otro, a convivir en la diferencia, a minimizar la ocurrencia de eventos desagradables entre ellos, a hacer las cosas que al otro le hacen bien, desarrollando a la vez una especie de blindaje, que ha permitido que su relación se vea poco afectada por las influencias externas, desde las familias de origen hasta los problemas laborales. Finalmente para Jaime, su relación ha tenido poco tropiezos, lo que él se explica a través de mirar que ambos en la relación, han realizado esfuerzos importantes para darle al otro, un lugar muy importante en su vida.

### **Natalia**

La pregunta inicial para Natalia fue ¿qué crees que haga que las parejas se sientan satisfechas con su relación? a partir de la cual ella nos habló de la importancia del cumplimiento bilateral de los acuerdos y las responsabilidades, de tal manera que si cada quien cumple con su parte, ninguno de los dos se sentirá insatisfecho. Para Natalia otro aspecto que ha ayudado en su relación con Martín, es la comunicación, porque desde novios procuraron abrir espacios para hablar de los desacuerdos y disgustos, lo que permitió que ambos fueran haciendo correcciones en su conducta y actitudes. Natalia considera que una de las grandes fortalezas de su relación, es que Martín y ella siempre han estado muy coordinados, persiguiendo los mismos objetivos, aun cuando en los primeros meses de matrimonio, cada uno de ellos vivió con mucho agobio el cumplimiento de las responsabilidades que ahora les tocaban, lo que los distanció y les generó mucho malestar, sin embargo, una vez más la comunicación los ayudó a recuperar el gozo de estar juntos. Para Natalia su relación de pareja se ha recuperado de los momentos difíciles, gracias a la madurez de Martín, a que él accede y la escucha, a que él la alienta y la entiende, ayudándola a ser un mejor ser humano.

### **Martín**

A través de la pregunta ¿para ti qué representa sentirte satisfecho con tu relación de pareja? Martín nos habló de lo importante que es para él compartir con Natalia los buenos y los malos momentos, poniendo cada quien su 100%. Para él, al igual que para su pareja, es muy importante que cada uno se comprometa con su rol dentro de la relación, ya que de esta manera, se logra que lo que ambos necesitan esté cubierto y de esta manera, puedan sentirse satisfechos. Para Martín, la relación ha pasado por varias etapas, pero la más complicada vino después de la boda, ya que a ambos las obligaciones que sobrevinieron con eso, los llevaron a vivir momentos de mucha tensión, cansancio, confusión y dudas, que lograron superar gracias a que ambos se encontraban muy comprometidos con la relación y con el bienestar del otro. De acuerdo con Martín, los miembros de una pareja deben cuidarse mutuamente, procurando no fallarle al otro, restándole tiempo o atención a la relación.

### **Lorena**

Ante la pregunta ¿para ti de qué se compone la satisfacción en las relaciones de pareja? Lorena nos habló de cómo para ella lograr sentirse satisfecha con su relación ha sido un proceso largo, que ha requerido mucho esfuerzo. Para Lorena la satisfacción durante sus primeros años de relación, era una meta escurridiza, lo que disminuía su gozo y la llevaba a preocuparse constantemente por el estado de su relación, por las cosas que tendrían que hacer ella y su pareja para poder estar mejor. La forma en la que ella se explica esto, se relaciona con la idealización y el romanticismo de la juventud, que la hacían pensar que ella

y Pedro debían tener los mismos intereses y las mismas metas, que deberían tener las mismas ideas acerca de la forma de educar a sus hijas y del manejo de la economía familiar, etc. Con el paso del tiempo, Lorena dejó de buscar sentirse plenamente feliz y satisfecha en su relación con Pedro, dándose cuenta entonces que el tiempo había derrotado al idealismo, para dar paso a una realidad más pragmática, donde la idea era “estar satisfecha a pesar de...” en vez de “solo estar satisfecha sí...”. Para ella, hoy la satisfacción en su relación de pareja es definitivamente un trabajo personal, que depende de ella, de su desarrollo individual y de la forma en la que decide interpretar las cosas que vive. Sentirse bien en su relación, es hoy para Lorena parte de un proceso más amplio, que abarca otras áreas de su vida, donde la satisfacción tiene que ver con sentirse contenta y a gusto consigo misma, es un resultado que emerge de la forma en la que ha decidido vivir su vida.

### **Pedro**

Partiendo de la pregunta ¿después de 23 años de relación, qué hace satisfactoria a tu relación? Pedro nos habló de cómo el amor, la comprensión y la aceptación del otro tal cual es, son los ejes de su relación, pero que lograr que cada uno de esos elementos estuviera presente, representó un trabajo arduo de años, especialmente la aceptación, ya que para Pedro, tanto Lorena como él al principio de la relación intentaban cambiar al otro, tratando de minimizar las diferencias entre ellos, lo que los llevó a vivir un periodo de mucho conflicto. Hoy para Pedro, la relación con Lorena es muy satisfactoria, porque sentir que ella lo acepta como es, le ayuda a tener confianza en sí mismo y en que lo que da a la relación es valorado, Pedro identifica que ser tolerantes el uno con el otro, ha sido la clave para llegar a esta aceptación. A pesar de que él piensa que estar en pareja es el estado ideal de una persona, considera que es muy importante que una persona no pierda su individualidad al estar en pareja, porque cada persona es responsable de su propia felicidad.

### **Sofía**

¿Qué ingredientes no pueden faltar en tu relación para que te sientas satisfecha con ella? Fue la primera pregunta para Sofía, que nos habló de la comprensión de las divergencias, ya que para ella Miguel y ella son muy diferentes, por lo que aprender a vivir dentro de esta diferencia ha sido un proceso arduo dentro de la historia de su relación, que aun en la actualidad después de 18 años de matrimonio, sigue siendo a veces fuente de conflicto. Para Sofía, su relación se construyó partiendo de las coincidencias, es decir, del deseo de ambos de formar una familia, de la preocupación de darle a las hijas lo mejor, etc., pero actualmente a ella le han estado surgiendo una serie de inquietudes como regresar a estudiar, tener amigos por su cuenta, tener un pasatiempos etc., mientras que para Miguel el plan hoy es jubilarse y disfrutar de su hogar. Sofía considera que estas diferencias que han ido surgiendo entre ellos, están siendo difíciles de superar, lo que hace que la relación se encuentre tensa. Así para Sofía los momentos en los que siente que Miguel apoya y respeta las diferencias entre ellos, son los más satisfactorios, porque la hacen sentir valorada y respetada dentro de su relación. Aun con las diferencias, Sofía identifica que existen coincidencias básicas entre ella y su pareja, como por ejemplo los valores, que permiten que aun en los momentos más conflictivos, sea eso lo que los rescate y les permita continuar con la relación.

## Miguel

La primera pregunta para Miguel fue ¿qué factores son más importantes para que te sientas satisfecho con tu relación de pareja? y a partir de ella, Miguel nos habló de cómo para él ha sido fundamental haber crecido y madurado al lado de su esposa, las cosas que han conseguido juntos, así como el grado de tolerancia y respeto mutuo que ambos han aprendido, logrando con ello que cada uno pueda ser quien es dentro de la relación. Para Miguel lograr que su matrimonio sea satisfactorio, ha representado un proceso largo, donde él ha tenido que cuidarse mucho de no hacer lo que otros hombres, es decir, hacer uso de su poder para conseguir que ellas se sometieran a sus deseos. A pesar de que para Miguel, es importante que cada miembro de la pareja conserve su individualidad, es necesario que haya ciertas coincidencias básicas, para que exista a la vez libertad y compromiso. Miguel conoce las inquietudes de Sofía en cuanto a sus aspiraciones personales y sabe que tiene que respetarlas, sin embargo, para él la diferencia en objetivos puede hacer que cada uno tome rumbos muy diferentes, lo que podría significar que pierda sentido estar juntos.

## REFERENCIAS

- Andersen, T. (1995). The reflecting processes; acts of informing and forming. You can borrow my eyes, but you must not take them away from me. En S. Friedman (Ed.), *The reflecting team in action. Collaborative practice in family therapy* (pp. 145-166). EE.UU.: The Guilford Press.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Barragán M. (1975). Interacción entre desarrollo individual y desarrollo familiar. En *Puntos de referencia para el diagnóstico estructural*. Sin pub.
- Bee, H. y Mitchell, S. (1987). *El desarrollo de la persona en todas las etapas de su vida*. México: Harla.
- Booth, J.T. y Cottone, R.R. (2000). Measurement, classification and prediction of paradigm adherence of marriage and family therapists. *The American Journal of Family Therapy*, 28, 329-346.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. España: Alianza Editorial.
- Freedman, J. & Combs, G. (1996). *Narrative therapy. The social construction of preferred realities*. U.S.A.: Norton & Company.
- Freedman, J. y Combs, G. (2002). *Narrative therapy with couples and a whole lot more. A collection of papers, essays and exercises*. Australia: Dulwich Centre Publications.
- Foucault, M. (1984). *Historia de la sexualidad. La inquietud de sí*. México: Siglo XXI.
- Haley J. (1983) *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Hoffman, L. (1992). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En McNamee, S. y Gergen, K.J. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Johnson, L. P. & O'Leary, D.K. (1996). Behavioral components of marital satisfaction: An individualized assessment approach. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64 (2), 417-423.
- Lax, W.D. (1996). El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En McNamee, S. y Gergen, K.J. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Marcet, C., Delgado, M.A. y Ferrando, P.J. (1990). Las dimensiones del temperamento como predictoras de satisfacción marital. *Anuario de Psicología*, 46, 129-142.
- Osorio, J. (2001). *Fundamentos del análisis social: la realidad social y su conocimiento*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Palmer, R. (2002). *¿Qué es la hermenéutica? Teoría de la interpretación en Schleiermacher, Dilthey, Heidegger y Gadamer*. Madrid: Arco Libros.
- Papp, P. (1983). *El proceso de cambio*. España: Paidós.
- Papp, P. (1988). Parejas. Cuestionario para terapeutas matrimoniales. En Walters, M. Carter, B., Papp P. y Silverstein, O. *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares* (pp. 224-276). Barcelona, España: Paidós.
- Rivera, A. S. (1992). Atracción interpersonal y su relación con satisfacción marital y la reacción ante la interacción de pareja. Tesis de maestría no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Roach, A. J., Frazier, L.P. & Bowden, S.R. (1981). The marital satisfaction scale: development of a measure for intervention research. *Journal of marriage and the family*, 43 (3), 537- 546.
- Rodríguez, G.G., Gil, F.J. y García, J.E. (1999). *Metodología en la investigación cualitativa*. Sevilla, España: Aljibe.
- Sánchez, A.R. (1995). El amor y la cercanía en la satisfacción de pareja a través del ciclo de vida. Tesis de maestría no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Sternberg, J.R. (1988). *El triángulo del amor*. España: Paidós.
- Twenge, M.J., Campbell, K.W. & Foster, A. C. (2003). Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of marriage and family*, 65(3), 574-583.

Watzlawick, P., Beavin, B.J. y Jackson, D.D. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.

White, M. (2004). *Narrative practice and exotics lives: Resurrecting diversity in everyday life*. Australia: Dulwich Centre Publications.