



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 :

MARTHA LÓPEZ ZAMUDIO

Directora del Reporte:

MTRA. LUZ MARÍA DEL ROSARIO ROCHA
JIMÉNEZ

Revisora:

DRA. MARÍA BLANCA MOCTEZUMA YANO

Comité Tutorial:

MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

MTRO. JORGE MOLINA AVILÉS

MTRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA

MTRA. SILVIA GUADALUPE VITE SAN PEDRO

MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

¿la vida, cuándo fue de veras nuestra?,
¿cuándo somos de veras lo que somos?,
bien mirado no somos, nunca somos
a solas sino vértigo y vacío,
muecas en el espejo, horror y vómito,
nunca la vida es nuestra, es de los otros,
la vida no es de nadie,
todos somos la vida
¿pan de sol para los otros,
los otros todos que nosotros somos?,
soy otro cuando soy, los actos míos
son más míos si son también de todos,
para que pueda ser he de ser otro,
salir de mí, buscarme entre los otros,
los otros que no son si yo no existo,
los otros que me dan plena existencia,
no soy, no hay yo, siempre somos nosotros,
la vida es otra, siempre allá, más lejos,
fuera de ti, de mí, siempre horizonte,
vida que nos desvive y enajena,
que nos inventa un rostro y lo desgasta,
hambre de ser, oh muerte, pan de todos,

Octavio Paz

Piedra de Sol (fragmento)

Agradecimientos

Al pueblo de México, representado en el CONACyT, que me dio los medios para acceder al Programa de Residencia en Terapia Familiar, sin su apoyo no hubiera sido posible todo el aprendizaje que he obtenido a partir de los dos años de maestría y que han sido la piedra de toque de innumerables aprendizajes posteriores.

Al Comité Académico, por haber tenido la confianza suficiente en mí y haberme seleccionado, de entre los pocos que tuvimos la oportunidad de acceder a este Programa. Ha sido un alto honor ser alumna de la Universidad Nacional Autónoma de México.

A mis profesores, que compartieron sus habilidades y conocimientos conmigo.

A mis compañeros de maestría, por haber sido un constante estímulo a mi aprendizaje y evolución, con sus críticas, su reconocimiento y sus opiniones.

A esas personas que me aceptaron como su terapeuta y me permitieron entrar en sus vidas, enriqueciendo la mía y acrecentando mi aprendizaje.

ÍNDICE

Capítulo I Introducción y Justificación

1.1 Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar	1
1.1.1 Características del campo psicosocial	1
1.1.2 Principales problemas que presentan las familias	3
1.1.3 La terapia familiar Sistémica y Postmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	8
a) Antecedentes de terapia familiar	
b) La terapia familiar como alternativa de tratamiento	
1.2 Caracterización de la entidad y sedes donde se realizó el trabajo clínico	11
1.2.1 Descripción de los escenarios	11
1.2.2 Análisis sistémico de los escenarios	12
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

2.1 Análisis teórico conceptual del marco epistemológico	17
2.1.1 Teoría General de los Sistemas	17
2.1.2 Cibernética	19
2.1.3 Teoría de la Comunicación Humana y el trabajo de Gregory Bateson	24
2.1.4 Modernidad, posmodernidad y terapia	27
2.2 Análisis de los principios teóricos y metodológicos de los modelos de intervención en terapia familiar sistémica y posmoderna	31
2.2.1 Terapia estructural	31
2.2.2 Terapia estratégica	37
2.2.3 Terapia breve centrada en el problema	41
2.2.4 Terapia breve centrada en la solución	48
2.2.5 Modelo de milán	55
2.2.6 Terapias posmodernas	60
2.2.6.1 Terapia narrativa	61
2.2.6.2 Terapia colaborativa	64
2.2.6.3 El equipo reflexivo	66

Capítulo III Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

3.1 Habilidades clínicas terapéuticas	71
3.1.1 Presentación de casos	74
Caso A	74
Caso B	80
Caso C	88
Caso D	95
3.2 Habilidades de investigación	104
3.2.1 Investigación Cuantitativa	104
3.2.2 Investigación Cualitativa	104

3.3	Habilidades de enseñanza y difusión	105
3.3.1	Elaboración y presentación de productos tecnológicos	105
3.3.2	Elaboración y presentación de programas de intervención comunitaria.	106
3.3.3	Reporte de presentación en foros académicos	107
3.4	Habilidades de compromiso y ética profesional	108

Capítulo IV Consideraciones Finales

4.1	Resumen de habilidades y competencias adquiridas	113
	Adopción del punto de vista sistémico de las relaciones y de los problemas	113
	Trabajo clínico desde la segunda cibernética	113
	Claridad epistemológica	113
	Eclecticismo informado y fundamentado	114
	Habilidades de investigación cualitativa y cuantitativa	114
	Evaluación sistémica de los problemas clínicos y de su tratamiento	115
	Habilidades de enseñanza y difusión	115
4.2	Incidencia en el campo psicosocial	116
4.3	Análisis del sistema terapéutico total	117
	La participación como terapeuta	117
	La participación como miembro del equipo	118
	La contribución del supervisor	119
4.4	Reflexión y análisis de la experiencia	120
	De la linealidad a la recursividad	120
	De la exclusión a la inclusión	121
	El aprendizaje de los modelos	121
	La revolución posmoderna	121
	De la expertez a la calificación	122
	Tensión, revisión, exploración y transformación	122
4.5	Implicaciones en la persona del terapeuta	123
	Referencias	125
	Apéndice 1	131
	Apéndice 2	143

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN



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

Diferentes autores, con distintas perspectivas, han diseñado su propia definición de familia. Según Minuchin (1979), la convivencia en grupos es inherente al ser humano, puesto que es a través de ellos que garantiza una mayor sobrevivencia; opera dentro de un contexto social específico, es un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación, se desarrolla a través de etapas que le exigen reestructuración y se adapta a las circunstancias para mantener continuidad y fomentar el crecimiento psicosocial de sus miembros.

Keeney (1991, p. 103) propone que “en su orden más alto de recursión la familia es un sistema autónomo. Como organismo social, su orden más alto de proceso de retroalimentación tiende a mantener su unidad total”. En este sentido, la familia se organiza a fin de mantener la estructura que la define como tal y que la distingue del entorno. Conforme va perdiendo autonomía su diferenciación también disminuye, por tanto ha de conservarla a fin de seguir siendo una entidad reconocible.

Macías (2004) concibe a la familia como un grupo de adscripción natural y/o de pertenencia y de convivencia primaria, existan o no lazos de consanguinidad. Incluye 2 o más generaciones al menos en alguna etapa de su ciclo vital. Como grupo permite o facilita la subsistencia biológica y psicológica de sus miembros y el desarrollo de sus potencialidades.

Por otro lado, aunque muchas tradiciones sociológicas y antropológicas se esforzaron por explicar sintética y exhaustivamente a la familia, (p.e. el organicismo positivista, el formalismo y el funcionalismo), en el presente se han abandonado las explicaciones sobresimplificadoras, (Segalen, M., 2007).

Nunca estará de más enfatizar que cualquier definición de familia es insuficiente si se considera su complejo entramado con el contexto social, cultural, económico, científico, religioso y político del que se alimenta y al que, a

su vez, da forma. Más aún, esto queda evidenciado en un evento reciente que nos toca de forma directa: Con el decreto emitido por la IV Legislatura del Distrito Federal, el 16 de noviembre del 2006, quedó establecida la Ley de Sociedad de Convivencia para el Distrito Federal (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2006), legitimando la convivencia en un hogar común de dos personas físicas, en una relación homo o heterosexual, mayores de edad y con plena capacidad jurídica, con voluntad de permanencia y de ayuda mutua. Con las garantías que esta ley estipula a nivel individual y de sociedad, se respalda la convivencia “atípica” de dos personas; y, aunque no hace mención a los hijos que puedan resultar de dicha unión, abre posibilidades de futuras consideraciones al respecto.

Por consiguiente, el funcionamiento (y estructura) de una familia, sólo puede entenderse mediante la observación concreta de cada sistema, y no tomando como parámetro la ausencia de problemas o un concepto familiar específico. Minuchin (Op. cit.) distingue tres rasgos fundamentales en la familia: a) Es un sistema sociocultural abierto, en constante transformación; b) Se desarrolla a través de ciertas etapas o ciclos que le demandan constantes reestructuraciones; c) Se adapta a las circunstancias macrosociales, al tiempo que procura el desarrollo psicosocial de sus integrantes. En resumen, las relaciones interfamiliares se observan en relación dialéctica con el conjunto de las condiciones múltiples que se condicionan e influyen mutuamente.

El modelo de familia nuclear conyugal que existe en la sociedad contemporánea, no se ajusta a la una proporción importante de familias mexicanas (Tuirán, 1994). Esto deja claro que la dinámica colectiva no puede ser enmarcada en modelos. De acuerdo a algunos estudios, la familia urbana mexicana se ajusta más a los criterios de “familia amalgamada” (Mansour y Soni, 1986). Sin embargo, es importante tener presente que cada organización familiar se va configurando de acuerdo a la influencia de las distintas subculturas regionales, clases sociales y grupos étnicos. Dentro de la sociedad mexicana coexisten formas nuevas y viejas que se mezclan en la práctica con el modelo de la familia nuclear conyugal. Por consiguiente, no puede hablarse de un modelo típico sino de un panorama pluriforme y diverso. Algo innegable es que las diversas transformaciones de índole política, social, científica, económica, cultural y tecnológica han contribuido a multiplicar los arreglos familiares y a consolidar formas nuevas y viejas de organización familiar.

El poder en la estructura familiar tiene dos niveles. El primero es de carácter formal e institucional, el cual obedece a una modalidad autocrática de tipo tradicional, detentada por el llamado jefe de la familia. En México el hombre es reconocido como jefe en casi la totalidad de familias estudiadas por Leñero (1994), aun cuando no conviva en el hogar o cumpla con las responsabilidades de dicho título. El segundo nivel se refiere a un sistema real y operativo de toma de decisiones que repercuten en la práctica de la vida cotidiana, en este sentido hay una participación mayor de la mujer, en la toma de decisión reconocida públicamente. Algunos autores afirman que la autocracia masculina ha ido disminuyendo, del 37% hace 25 años, a un 18% en los últimos años. (Op. cit.).

1.1.2 Principales problemas que presentan las familias

Disminución de fecundidad y de mortalidad

Con todos los cambios producidos en las últimas décadas, la dinámica familiar se ha transformado, principalmente en la disminución de la fecundidad y de la mortalidad. En consecuencia, se ha incrementado la población en edad reproductiva y se ha acelerado el proceso de formación de nuevas familias (Oliveira, 1998). En las últimas tres décadas, el nivel de la fecundidad en México ha disminuido a 4.3 hijos (Conapo, 1997). La popularización de los distintos métodos anticonceptivos ha tenido un papel fundamental, sobre todo entre las mujeres. Esta baja en el promedio de hijos ha influido en la organización familiar y en las dinámicas conyugales.

Participación laboral de la mujer fuera del hogar

Según datos del INEGI (Notimex, 2005), son 22 millones 800 mil las mujeres que son madres en México, y de ellas 10 millones 400 mil trabajan (45.6%). Este porcentaje de madres que trabajan es una respuesta a la fuerte crisis económica que ha sufrido México en los últimos tiempos. Así, las mujeres han ampliado su acción a actividades económicas y extradomésticas, al tiempo que han incrementado su nivel educativo. Esto conlleva a que cada vez haya más hogares con múltiples proveedores.

Cambios en las relaciones maritales

Con el aumento de la esperanza de vida, han surgido pautas más complejas en la nupcialidad, expresada en el aumento de separaciones o divorcios y nuevas uniones maritales (Oliveira, 1998). La diversificación de los papeles que las mujeres están ejerciendo, ha llevado al surgimiento de cuestionamientos sobre los roles tradicionales de género.

Un mayor grado académico suele estar relacionado con una entrada tardía al matrimonio, la preferencia por conformar una familia con menos hijos, una mayor conciencia, aceptación y uso de los métodos anticonceptivos. Los embarazos no deseados y no planeados también son menores entre las mujeres con mayor nivel educativo, lo cual sugiere que la educación las posibilita para seleccionar su propio proceso reproductivo y establecer mayor control sobre la formación de la familia. Estos hechos, relativos a la educación, sitúan a las mujeres y sus parejas en condiciones distintas a las de sus antepasados en el ejercicio de su vida conyugal.

Aumento de hogares uniparentales

Con el incremento en la tasa de divorcios y con los cuestionamientos que cada vez más mujeres se hacen sobre los papeles tradicionales de género, se ha presentado un aumento en el número de familias monoparentales, los que, en su mayoría, son dirigidos por mujeres. Del total de madres mexicanas, 77.7% vive en pareja y 22.3% son madres solas: 10.1% son viudas, 5.8% están separadas, 2.0% están formalmente divorciadas y 4.4% son solteras (Notimex, 2005, Mayo 10).

Es decir, hay 5 millones 84 mil madres que no comparten formalmente la responsabilidad de su hogar con un hombre. La quinta parte de ellas no tiene instrucción formal y el 48.9% no ha concluido la educación básica.

Distribución de las responsabilidades familiares

Pese a todos estos cambios, el área de división sexual del trabajo registra una importante resistencia al cambio. Pese a la participación de la mujer en el sostenimiento económico de la familia, las tareas domésticas siguen siendo responsabilidad casi exclusiva de las mujeres. La mayoría de los varones “no asume en forma *sistemática* la responsabilidad por la realización de tareas domésticas específicas” (Oliveira, 1998, p. 30); por el contrario, suelen ver su participación como una forma de colaboración o ayuda a sus cónyuges.

Este fenómeno se da independientemente del nivel educativo y de la actividad laboral que desempeñen las mujeres (Rodríguez, 1999), si bien la vivencia que éstas tienen de tal situación sí cambia de acuerdo al nivel socioeconómico al que pertenezcan. Las mujeres de sectores populares y de mayor edad conservan la convicción de que son responsables del trabajo doméstico y que sus maridos lo son de la manutención, aun cuando ellas contribuyan económicamente a la familia, muchas veces en mayor medida que ellos. Por su parte, mujeres de clase media, trabajen o no fuera del hogar, están enfrentando conflictos, ambivalencias y dificultades en sus matrimonios, al intentar modificar estos patrones de género (Oliveira, 1998).

Adolescentes y jóvenes

Los jóvenes (personas entre 15 y 29 años), representan el 26% de la población total de la república mexicana (INEGI, 2003). Dentro de la gama de retos que pueda presentar esta población, hay dos problemáticas que, por su gravedad y trascendencia, destacan y constituyen importantes problemas de salud, estos son las infecciones del VIH y el abuso de sustancias.

De acuerdo a esta misma fuente de información, la tercera parte de la población infectada por este virus se concentra en las edades antes mencionadas. Las prácticas sexuales no seguras, -con su correlato en una educación sexual deficiente-, están favoreciendo que la tasa de infección en los jóvenes esté incrementándose, pues en el primer semestre del 2004, se registraron 2,452 nuevos casos, todos ellos por transmisión sexual.

De acuerdo a las investigaciones realizadas por los Centros de Integración Juvenil y el Instituto Nacional de Psiquiatría (Arellanes, et al, 2004), hay una correlación directa entre las fuentes de estrés intenso y el uso y abuso de sustancias, como el alcohol, la marihuana, inhalables, cocaína, etc. Las principales fuentes de estrés para esta población se derivan de un ambiente familiar disfuncional y problemas escolares.

Incremento de la violencia doméstica

En los últimos 50 años se han ido incrementado los casos de violencia doméstica reportados. En la actualidad, el objeto predominante de violencia continúan siendo los niños y las mujeres, si bien últimamente se han reportado más casos de violencia doméstica de las mujeres hacia los hombres, pero su

proporción aún está muy por debajo del maltrato ejercido hacia los primeros dos grupos.

Algunos estudios (Alva, 2003; Rodríguez, 1999) han señalado que las diversas formas de violencia están relacionadas en una forma directamente proporcional con el grado de compromiso entre los implicados, consecuentemente, a más compromiso afectivo, mayor probabilidad de que se presente violencia en una relación. Para el 2003, el 46% de las mujeres habían vivido un incidente de violencia en los últimos doce meses (INEGI, 2003). La violencia emocional ocupa el 38% del total de estos casos; el 29% había sufrido violencia económica; 9% reportó violencia física y 7% sexual. Es necesario hacer algunas acotaciones respecto a estos datos: Es de suponerse que estas cifras sean más elevadas en la realidad, pues se refieren sólo a aquellos casos reportados. En este sentido, son las mujeres económicamente activas las que suelen denunciar más la violencia, principalmente aquellas que llevan a cabo un doble rol, como amas de casa y como contribuyentes a la manutención económica de la familia.

Las familias en donde suele presentarse con más frecuencia el fenómeno de la violencia (o al menos aquella que se denuncia), tienen ciertas características comunes: los cónyuges oscilan entre los 21 y 40 años, están legalmente casados, su grado de escolaridad está entre la primaria o secundaria, son empleados no profesionales, tienen en promedio dos hijos y suelen vivir con tres o cuatro más miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges (Alva, 2002).

Trastornos mentales y discapacidad

De acuerdo a datos arrojados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (Medina Mora, et al, 2004), el 28.6% de la población de México ha presentado algún trastorno mental en su vida; de este porcentaje son las mujeres quienes han demostrado mayor incidencia en cuanto a enfermedades mentales, las que se refieren principalmente a trastornos afectivos de ansiedad – específicamente depresión-, mientras que los hombres son más proclives a presentar adicción a sustancias. Otro dato arrojado por este estudio es que las personas que presentan alguno de estos trastornos tienden a recurrir preferentemente a cualquier tipo de servicio médico y sólo un porcentaje pequeño acude como primera opción a servicios especializados (psicoterapia o psiquiatría).

Enfermedades crónicas

El surgimiento de una enfermedad crónica en algún miembro de la familia crea circunstancias especiales que, a su vez, dan pie a la necesidad de hacer reorganizaciones en su funcionamiento y en su estructura, lo cual puede generar crisis que, de no ser superadas, pueden desembocar en la ruptura del sistema familiar.

A nivel nacional, una de las principales enfermedades que se han constituido en un problema de salud pública es la diabetes mellitus; los cuidados y re-educación que requieren quienes la padecen pueden provocar estrés y altas exigencias en el sistema familiar, sobre todo en aquellos casos en que les es difícil adaptarse al nuevo estilo de vida que esta situación les plantea.

El índice de defunción por enfermedades asociadas al SIDA ha alcanzado el lugar 13 entre las causas de mortalidad en México. La consiguiente vulnerabilidad física de los que padecen este síndrome se torna más compleja con la estigmatización que aún persiste sobre estos pacientes. Así, a los problemas económicos y de salud, se le suma el enfrentamiento con tabúes y prejuicios sociales que dificultan la adaptación del paciente y de su familia a las nuevas condiciones que esta situación les plantea.

Diferentes tipos de cáncer también se han convertido en un serio problema de salud pública, de ahí las constantes campañas preventivas que se llevan a cabo. En el 2001, las defunciones de mujeres por cáncer cervicouterino y de mama ocupó el décimo lugar, seguidas por tumores cancerosos de otros tipos; en tanto que, entre los hombres, los tipos de cáncer más prevalentes son el de tráquea, bronquios y pulmón, seguidos por el de próstata (Salud Pública de México, 2002).

El terapeuta familiar precisa del entrenamiento y de la información que le permita apoyar tanto a individuos como a familias, a fin de que estos sistemas puedan alcanzar una nueva organización, en sentido de afrontar más eficazmente los retos que estos y otros tipos de enfermedad les plantean. Igualmente precisa de habilidades para intervenir en casos en los que la muerte se convierte en un fin próximo.

Uniones conyugales a edades tempranas

Aunque una proporción importante de personas, principalmente mujeres, han retrasado la edad de matrimonio o unión conyugal, todavía existen sectores

extensos de la población mexicana en donde los adolescentes inician su vida conyugal a edades tempranas, casi siempre motivados por embarazos no deseados. Este hecho trae consigo múltiples problemáticas: a) Complicaciones que afectan la salud de la madre y el buen desarrollo del feto, debido a la inmadurez fisiológica de la primera; b) Ya que los cónyuges se ven obligados a formar una familia para cumplir con prescripciones sociales y éticas, suelen desarrollar una menor autonomía, pues la situación los lleva a asumir el matrimonio como una imposición o como un castigo, y no como un acto libre y voluntario, lo que repercutirá en futuros problemas familiares; c) Abandono de la educación académica por parte de las madres adolescentes, lo que contribuye a perpetuar sus condiciones de desventaja en su vida familiar; d) Mayor probabilidad de tener más hijos, existe el dato de que las mujeres que iniciaron su vida conyugal antes de los 18 años tuvieron una descendencia de 4.8 hijos doce años después, en tanto que las mujeres que la iniciaron a partir de los 23 años, tuvieron en promedio 3.2 hijos en el mismo periodo de tiempo (Conapo, 1997).

1.1.3 La terapia Familiar Sistémica y la terapia Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada

a) Antecedentes

Antes de hacer una exposición de la terapia familiar como narrativa, parece conveniente dibujar aquí un ligero bosquejo de los orígenes de la terapia familiar, como una forma de contextualizar en individuos y en grupos el trabajo que permite abordar las problemáticas sociales antes expuestas.

Así entonces, se considera que los primeros pasos que se encaminaron a la terapia familiar surgieron alrededor de la década de los treinta, en tres países específicamente: En Alemania, en donde Hirscheffeld realizó algunos estudios de la familia; en Estados Unidos, con las primeras iniciativas de Popenoe y Stone para realizar trabajo con familias en instituciones, y con Mudd, Dearborn y Laidlaw, fundadores de la AAMC (Asociación Americana de Consejeros Matrimoniales, por sus siglas en inglés); y en Inglaterra, con David y Vera Mace, quienes en 1943 formaron el Concilio Nacional de Consejeros del Reino Unido (Sánchez, 2000).

Los precedentes de la terapia familiar tuvieron lugar en el trabajo de psiquiatras, médicos y psicoanalistas quienes, desde la particularidad de su experiencia, coincidieron en insertar los elementos sociales y familiares en el estudio y tratamiento de los trastornos individuales. Ese es el caso de John Bell, Nathan Ackerman, Christian F. Midelfort, Theodore Lidz, Lyman C. Wynne, Murray Bowen y Carl Whitaker.

Instituciones como el Mental Research Institute, con exponentes como Bateson, Haley, Weakland, Jackson y Watzlawick; el Family Psychiatric at the Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, representado por Boszormenyi-Nagy; la Wiltwyc School of Boys, presidido por Minuchin, fueron claves en la investigación, desarrollo y difusión de la terapia familiar.

En México, la fundación de instituciones como el Instituto de la Familia, A.C., por el doctor Raymundo Macías; el Instituto Mexicano de Terapias Breves, S.C., por la doctora María Blanca Moctezuma; el Instituto Latinoamericano de la Familia (ILEF), comandado por el doctor Maldonado y Estela Troya; el CENCALLI, dirigido por la doctora María Luisa Velazco, han contribuido a la difusión y el trabajo en terapia familiar. Así mismo, organizaciones como la

Asociación Mexicana de Terapia Familiar han favorecido la difusión, unificación y revisión de los temas que conciernen a esta área disciplinar.

b) La Terapia Familiar como alternativa de tratamiento

Existen varias razones que permiten considerar a los enfoques sistémicos y a los posmodernos de terapia como la alternativa para resolver los problemas arriba mencionados, ya que entre sus características principales está la eficacia y la brevedad, que ahorra tiempo y recursos humanos; los resultados exitosos obtenidos durante tres décadas en el trabajo con poblaciones marginadas y su aplicabilidad para resolver una amplia gama de problemas en diversas poblaciones lo avala. Un aspecto muy importante es que las intervenciones terapéuticas dentro de estos modelos tienen características de prevención primaria. Así mismo, este tipo de terapias son factibles de ser empleadas en las condiciones particulares de nuestro país debido a su reducido costo y posibilidad de aplicación a grupos amplios de la población y a una gran diversidad de problemas, con resultados en corto tiempo.

La terapia estructural guarda consistencia en la aplicación clínica de la teoría general de sistemas, y ha mostrado su eficacia en familias que incluyen por lo menos a dos generaciones y en casos de problemas con niños, adolescentes y adultos jóvenes que aún viven con su familia de origen. Sus conceptos de límites, jerarquías, subsistemas, alianzas, etc., tienen gran utilidad en estos casos, mismos que son muy comunes en las familias mexicanas, donde las condiciones culturales, pero sobre todo económicas han propiciado una permanencia más larga de las nuevas generaciones en la familia.

El enfoque estratégico, hace una combinación interesante entre síntomas y estructura social y familiar que, al traducirse en intervenciones bien focalizadas, disminuye las jerarquías incongruentes en la familia en pocas sesiones. Estos rasgos permiten que el terapeuta pueda ayudar a aquellas familias que por problemas de adicciones, indisciplina, síntomas crónicos, etc., han entrado en pautas de interacción que trastocan las jerarquías y el funcionamiento eficiente de los miembros.

El Mental Research Institute (M.R.I.) ha hecho una valiosa contribución a la terapia con la construcción teórica y técnica de un modelo eficaz y breve para el cambio; entre sus ventajas está la sencillez, concreción y reducción de presupuestos e inferencias por parte del terapeuta. Es una alternativa original y

eficiente para múltiples problemas, ya sea que sean considerados en una modalidad individual, diádica, triádica o grupos más extensos.

El modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones, al haber desechado la concepción de que la terapia requiere de un proceso doloroso para afianzar los cambios, ofrece una perspectiva nueva y de posibilidades a la clínica. Ha demostrado una enorme eficacia, acortando el tiempo de la terapia, al usar los recursos del paciente y lo que sí está funcionando, en vez de buscar un cambio dramático. No obstante, sus resultados se extienden a otras áreas, amplificándose.

En mancuerna, el modelo de terapia del M.R.I. y de Soluciones, pueden hacer frente a distintas problemáticas, como: violencia, rendimiento y comportamiento escolar, pacientes crónicos, pacientes psiquiátricos, duelo, etc., por sólo mencionar algunos.

La terapia propuesta por el equipo de Milán puede ser de gran utilidad en sistemas familiares extremadamente rígidos, con creencias anquilosadas que impiden el desarrollo de sus miembros, al romper el juego familiar. Este parece ser el caso de las familias en donde existe algún miembro que es o ha sido paciente psiquiátrico. El uso del interrogatorio circular es una herramienta de doble vía porque, mientras da información al terapeuta, facilita la resonancia en el sistema familiar, poniendo a los miembros en contacto con sus propias vivencias y expectativas y con la de los demás miembros.

Por su parte, las terapias posmodernas se han nutrido de distintas críticas a la terapia tradicional, como es la postura feminista, la psicología comunitaria, el constructivismo, la hermenéutica y el socioconstruccionismo, entre otras. Esto les permite atender a los aspectos sociales, culturales y políticos del trabajo terapéutico, cuestionando los discursos dominantes que oprimen y limitan las alternativas de acción y de interacción de las personas. A través de estas terapias se construyen y validan múltiples realidades, mismas que son el inicio de cambios terapéuticos efectivos. Este tipo de abordaje es de especial importancia en el mundo actual que tantas transiciones y transformaciones exige, y donde los preceptos familiares y sociales que antes parecían absolutos, se están disolviendo, impeliéndonos a construir nuevas formas de vivir y de organizarnos en cuanto a nuestra relación con nosotros mismos, con los demás y con el mundo.

Cada uno de estos modelos da testimonio y es evidencia de la transición histórica de la terapia familiar; han tenido éxito por medios distintos. Enmarcados por la epistemología sistémica y la posmoderna, han sido atravesados por la analogía de la máquina, del organismo y de la narración. El conocimiento de cada uno de ellos ofrece un amplio abanico de posibilidades terapéuticas para las problemáticas de nuestro país.

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

1.2.1 Descripción de los escenarios

La Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de la UNAM tiene dos grandes objetivos: a) Proporcionar actualización, capacitación, orientación, asesoría y servicio *in situ* y en la Facultad, así como hacer canalizaciones a Instituciones y comunidades; b) Participar académicamente en las redes institucionales, locales, nacionales e internacionales con las que existen convenios de colaboración.

De esta coordinación dependen las siguientes entidades: El Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”; Investigación y Servicios de Educación Especial (CISEE) y el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

Sus principales líneas de acción se dirigen al apoyo para desarrollar programas institucionales y comunitarios, de forma que puedan cubrirse las necesidades de profesionales y personales en el área psicológica. También participa con otras instituciones en el desarrollo y aplicación de programas dirigidos a intervenir en problemáticas psicosociales, tanto a nivel nacional como internacional.

Con esto se pretende que la Facultad de Psicología tenga una presencia constante y de calidad en la sociedad, a través de expertos académicos y que el conocimiento de éstos rebese los muros universitarios, impactando con su trabajo en las comunidades vulnerables de México, atendiéndolas en materia psicológica. También se busca que capacite y actualice a profesionales del sector social que trabajan con poblaciones vulnerables.

Por otro lado, intenta mejorar la calidad de vida del personal de instituciones dentro y fuera de la UNAM a través de diferentes estrategias didácticas.

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, atiende tanto a trabajadores y estudiantes de la UNAM como a personas canalizadas por otras instituciones o que acuden directamente, gracias a la difusión que este servicio tiene en distintos medios de comunicación. Cuenta cuatro cámaras de Gessell, equipadas con sistema de circuito cerrado y videograbación; diez cubículos para trabajo individual y tres cubículos de retroalimentación biológica. Dispone de

una sala de espera, una sala de terapeutas, un cubículo para residentes, un cubículo para archivo clínico y trabajo social, un espacio de recepción, un cubículo para la jefatura del Centro y un cubículo para la intendencia.

El Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro” se ubica en la colonia Ruiz Cortínez, de la Delegación Coyoacán. Esta es una zona que cuenta con gran diversidad de grupos humanos y de escasos recursos, características que la hacen un escenario apropiado para la investigación e intervención en variadas y complejas situaciones y problemáticas psicológicas, a partir de las funciones sustantivas del Centro: formación, investigación, difusión o extensión y servicios. El personal de base está constituido por la Jefa del Centro, una secretaria y el personal de vigilancia. Cuenta con dos cámaras de Gessell, dos salones para talleres y varios espacios que pueden ser usados cubículo de trabajo o para consulta individual.

1.2.2 Análisis sistémico de los escenarios

Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

Ofrece atención psicológica en distintas áreas de la terapia: individual, grupal, de pareja, familiar e infantil; otras de sus modalidades terapéuticas son: la retroalimentación biológica; la modificación de hábitos alimenticios; la evaluación neuropsicológica; el dictamen para guarda y custodia de niños en caso de divorcio; y la atención a enfermos crónicos degenerativos. Estos servicios se dan en el marco de tres programas centrales: el Programa de Residencias, el Programa “Juego del optimismo”, el Programa de atención a víctimas de la violencia y el Programa de apoyo terapéutico en línea.

El servicio del Centro es otorgado por estudiantes de las diferentes Residencias del Programa de Maestría en Psicología (Terapia familiar, terapia de adolescentes, neuropsicología, medicina conductual y terapia infantil), por terapeutas asignados al Centro, por estudiantes de Servicio Social y de formación en la práctica, voluntarios, y por estudiantes de doctorado de la Facultad de Psicología.

Debido a la alta demanda que tiene el Centro, es difícil dar respuesta a todas las solicitudes. Por tanto, cuando han pasado aproximadamente cuatro semanas, se les canaliza a otras instituciones.

Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”

Acorde con los objetivos de La Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de la UNAM, este Centro pretende participar en la profesionalización de estudiantes de las distintas áreas de la carrera de psicología, así como de posgrado, mediante su incorporación en el diseño, desarrollo y evaluación de programas, proyectos, actividades y acciones, principalmente de índole preventiva, coherentes con el contexto, los fenómenos sociales y los problemas de la colonia y sus colindantes, en la que se ubica. Siempre bajo la supervisión de profesores del área de competencia.

A partir del conocimiento y reconocimiento de las características, situaciones y problemáticas de la comunidad donde se ubica el Centro Comunitario, busca contribuir a la comprensión e incidencia en las mismas, con la participación activa de los diferentes grupos de dicha comunidad.

Conocimiento de la situación de la comunidad

El conocimiento de la comunidad, es obtenido por el Centro Comunitario a partir de diferentes fuentes:

- a) Los datos recopilados por el Centro, sobre la colonia donde se ubica y otras colindantes, en las que también ha trabajado.
- b) Mapas delegaciones.
- c) Censo de población 2000
- d) Otros documentos del INEGI
- e) Interacción, organización de grupos de discusión, foros, campañas, etc. con diferentes grupos de la zona.
- f) A través de informantes clave de la comunidad (autoridades gubernamentales, eclesiásticas, sindicales, educativas; y personas reconocidas por la comunidad).
- g) Observación directa.

Áreas de atención

El trabajo de este Centro se lleva a cabo a nivel preventivo y terapéutico por grupos diversos. El personal académico adscrito está a cargo de cinco programas: el Programa de Escuelas para Padres, el Programa de Psicología del Deporte, el Programa de Lectoescritura, el Programa de Formación en la práctica y el Programa de Hábitos Alimenticios con enfoque cognitivo.

El programa de Formación en la Práctica concentra varias actividades, como talleres para padres, parejas con consumo de alcohol y violencia en la pareja; además tiene a cargo el taller de control de emociones y el servicio terapéutico que se brinda en el Centro. El trabajo terapéutico está impartido por las Residencias de Maestría, especialmente: Terapia Familiar, Terapia Infantil y Psicología Escolar.

Otros grupos que participan de la labor del Centro son: Grupos de prácticas curriculares, alumnos de servicio social y equipo voluntario.

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

En el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, el proceso de admisión comienza con la solicitud del servicio, mediante el llenado de una forma que es entregada al interesado en la recepción; enseguida se lleva a cabo una entrevista de preconsulta con éste para hacer algunas precisiones sobre su motivo de consulta. Posteriormente se hace una primera evaluación, en donde se analiza cada solicitud para determinar a qué área serán canalizadas. Por último, se pasa a la asignación de las solicitudes a los terapeutas correspondientes, los que se encargarán de fijar fecha y hora en que dará inicio el proceso terapéutico de cada caso.

El encuadre del trabajo se estructura de acuerdo al día y la hora de atención, en cámaras de Gessell con equipo de audio y video, y con un equipo terapéutico, conformado por el terapeuta, un/a supervisor/a y los compañeros de la cuarta generación de Terapia Familiar; quienes se comunican con el terapeuta a través de un interfón. Si bien estas condiciones son autorizadas por escrito por los pacientes desde que llenan su solicitud en la recepción, invariablemente les son explicadas en la primera sesión, aclarándoles la función y objetivo de esta forma de trabajo.

También se les expone la forma de pago, misma que se lleva a cabo en la caja de la facultad y el recibo correspondiente se entrega en la recepción del Centro, anotando número de recibo, fecha, hora y terapeuta a quien se acude, inmediatamente antes de cada sesión.

En el Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”, el proceso varía en algún grado. Los datos de las personas interesadas en recibir terapia son anotados por la secretaria en un cuaderno específico; posteriormente los terapeutas de las Residencias acuden a estos datos para ponerse en contacto con el paciente y darle una cita para iniciar su proceso terapéutico. El encuadre es exactamente el mismo que en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”; con la diferencia de que aquí son los propios terapeutas quienes reciben el pago de cada sesión, dan el recibo correspondiente al paciente y, al final de cada mes, entregan a la Jefa del Centro una relación de las consultas y los recibos, así como del dinero total generado a través del servicio terapéutico.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR



2.1 ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO EPISTEMOLÓGICO

Keeney (1983) advierte que la práctica terapéutica es un arte y, como tal, está interesada en las consecuencias ecológicas de todo lo que ocurre en el proceso. Cualquier intervención o técnica sólo tiene importancia por la función que tiene en el sistema total. Trasciende la mera aplicación de técnicas, para abarcar la relación recursiva de distintos órdenes mentales. Implica toda una transformación epistemológica, es decir, la forma en que se concibe el mundo se modifica. Este cambio es posible gracias a la aproximación del terapeuta familiar con la Teoría General de Sistemas, la cibernética de primer y segundo orden y los conceptos del posmodernismo, que sustentan los distintos enfoques de terapia familiar.

2.1.1 Teoría General de los Sistemas

El biólogo alemán Ludwing von Bertalanfy, introdujo en 1937 la Teoría General de los Sistemas (TGS), en el marco de un seminario filosófico en la Universidad de Chicago. La comunidad científica estaba dominada por el pensamiento mecanicista, por lo tanto su propuesta fue ignorada, aunque el concepto de sistema, ya era ampliamente utilizado en diferentes ramas del conocimiento como la Filosofía, la Medicina, la Historia, la Física, la Sociología. Fue hasta finales de los años cuarenta cuando los conceptos de la TGS comenzaron a hacer eco en el pensamiento científico y tecnológico. La TGS encuentra recepción gracias a ciertos eventos que se estaban dando en el ámbito científico:

La física teórica, con su enfoque reduccionista, no podía explicar fenómenos complejos, lo que hacía necesario ampliar los conceptos científicos.

La ciencia clásica se ocupaba de problemas de 2 variables, de causas lineales, de causa y efecto, pero cuando se trataba de problemas relacionados a complejidades organizadas era evidente que se necesitaban nuevas herramientas conceptuales.

La biología y la sociología estaban usando conceptos como organización, directividad, teleología, etc. que no provenían de la ciencia clásica, lo que hacía patente la urgencia de encontrar nuevas categorías de pensamiento e investigación.

Ante estos vacíos conceptuales, provenientes del modelo mecanicista, surge el modelo organísmico, el cual considera a los organismos como entidades organizadas, que deben ser estudiadas como totalidades. Así, la TGS respondió en su momento a una tendencia del pensamiento moderno de la época.

La TGS se nutrió de la Cibernética, la Teoría de los juegos, la Teoría de la información, la Teoría de la decisión, las Matemáticas relacionales y el Análisis factorial. Así, Bertalanffy definió al sistema como un complejo de componentes que interactúan de acuerdo a conceptos como los de interacción, suma, mecanización, centralización, competencia y finalidad (Bertalanffy, 1968).

De acuerdo a los principios de la TGS, “el todo es más que la suma de sus partes”. Las características del sistema no pueden ser aplicadas a sus elementos, pero sí dependen de las relaciones que se dan entre éstos. Por tanto, se hace necesario conocer tanto a las partes como a las relaciones entre ellas. Las leyes que gobiernan el comportamiento de las partes sólo pueden ser enunciadas considerando el lugar de las partes en el todo, de aquí se deduce que, no puede sumarse el comportamiento de las partes aisladas y obtener el del todo; para comprender el comportamiento de un sistema hay que tener en cuenta las relaciones entre los diferentes componentes.

Cualquier fenómeno, desde una célula, un átomo, un organismo, una institución, un sistema planetario, sólo podrá ser entendido como un sistema de partes interconectadas, donde las partes son afectadas por el todo y el todo es afectado por las partes. Ahora bien, los sistemas abiertos, a diferencia de los cerrados, son negentrópicos, es decir, tienden a la organización y el desarrollo, lográndolos a través de la retroalimentación, ya sea negativa (información que sirve para reducir la desviación) o positiva (información que aumenta la desviación).

La terapia familiar se apoya en los principios de la teoría general de sistemas para intervenir en los procesos familiares desde un enfoque holístico, en donde todos los miembros participan de la organización del sistema, y las acciones de cada uno cumplen un papel estructurante general. Desde esta perspectiva los problemas no se ciñen a personalidades específicas o a una

naturaleza individual conflictiva, sino a las características de las relaciones entre los miembros, que le dan construyen la estructura familiar. Por tanto, aunque habitualmente una familia suele solicitar ayuda enfocándose en sólo uno o algunos de sus miembros, calificados como “el problema”, el terapeuta considera los síntomas de un individuo como expresión de la organización familiar y, en consecuencia, de sus necesidades, redundancias y conflictos. Las situaciones familiares habrán de abordarse de manera integral, entendiendo que cada individuo percibe y refiere la situación propia y la del grupo de acuerdo a las puntuaciones que hace de la realidad. Estas puntuaciones inevitablemente conducen a juicios lineales de la interacción, sin embargo el terapeuta sistémico, apoyándose en la noción de causalidad circular, considera las diferentes acciones de cada miembro como causa, efecto y contexto de las conductas de los otros: todos son responsables, deudores, y acreedores de los demás.

Debido a la capacidad autorreguladora de los sistemas, las tentativas de cambio que suelen poner en marcha los miembros, suelen sólo perpetuar aquello que les causa malestar. La introducción de un terapeuta al sistema por sí misma introducirá algún cambio en la estructura, debido a que es un elemento nuevo, -aunque de qué tipo de modificación estemos hablando es materia para otra discusión. De esto se colige que cualquier cambio, en cualquier punto, que auspicie el terapeuta irradiará a todo el sistema y lo modificará.

2.1.2 Cibernética

Desde la época de Herón hasta la aparición de la Cibernética de 1er. orden pasaron 2.000 años. En 1932, el biólogo Claude Bernard utilizó el concepto de medio interno para hacer referencia al organismo como sistema y plantear que no es posible considerar a una parte del organismo separada de las otras, y que todas son interdependientes en una dinámica no descriptible en los términos causales corrientes.

A Walter Cannon se debe el concepto de *homeostasis*. Predecesor directo de Wiener, tomó la noción de Claude Bernard del medio interno, y la usó como una analogía de mecanismos fisiológicos en relación a la constancia del medio. Cannon se interesaba por los mecanismos de regulación, es así que la noción de homeostasis surge en la descripción de una red de interacciones recíprocas en la que los distintos componentes del medio interior están en equilibrio dinámico.

La misma imagen del hombre ha pasado por interpretaciones mecanicistas (reloj mecánico, máquina térmica, etc.); concibiéndosele luego como máquina cibernética autorregulada, o como máquina molecular. Posteriormente se adoptó un punto de vista sistémico, al concebir al ser humano como una organización jerárquica de subsistemas que intenta mantener su homeostasis intercambiando materia, energía e información con su entorno.

La cibernética de orden 0

Según Heinz von Foerster la historia de la cibernética es un proceso que se desarrolla en tres niveles de complejidad: una Cibernética de "0 orden", o cibernética implícita; la Cibernética de "1er. Orden", reflexión explicitada en la obra de Norbert Wiener; y una Cibernética de "2º Orden", reflexión sobre la reflexión de la Cibernética.

Herón de Alejandría, un ingeniero de la época más brillante de la ciencia del Helenismo, el año 62 A. C. fue el primero que inventó un sistema cibernético. Este sistema consistía en un mecanismo de retroalimentación negativa que regulaba el líquido que salía de una jarra al llenar un vaso, y se detenía en un determinado momento previsto anteriormente. El sistema de autorregulación se aplicó ya en ese entonces, pero no hubo desarrollos teóricos o reflexiones a ese respecto.

Los primeros Conceptos de la teoría cibernética

Un precedente más directo de la teoría de sistemas se encuentra en la Cibernética, que nace junto con la Teoría Matemática de la Información. La distinción entre materia-energía, por un lado, e *información*, por otro, significa metodológicamente la apertura de una nueva forma de considerar la misma realidad física. Norbert Wiener funda la cibernética como ciencia de los sistemas dinámicos, es decir, de totalidades cuyos elementos se encuentran en relaciones funcionales mutuas y que están referidos al todo, al mismo tiempo que reaccionan, en conjunto, ante los influjos externos.

Los conceptos de Wiener sobre la Cibernética introdujeron una nueva dimensión que se describe con los conceptos de transformación y cambio, estabilidad, feedback, isomorfismo, variedad, constricciones de variedad, transmisión de variedad, entropía, cadenas de Markov, control, regulación, selección, aprendizaje, etc.

El elemento conceptual básico está en la Información, que implica "forma". La cibernética parte del postulado de que la forma, la superación del desorden o entropía, procede y se apoya en la información. Partiendo de la teoría matemática de Wiener, como recordará luego Bateson, se afirma que la unidad de información es "una *diferencia que constituye la diferencia*". Y responder a la diferencia es lo básico de todo sistema. Un sistema de información representa las diferencias, como un mapa en relieve.

Cibernética de primer orden

La primera cibernética se limitaba a lo directamente observable, a los inputs y outputs medibles. Dejaba de lado el proceso de transformación como no-observable, como "*caja negra*". Se concentraba en lo externo, en el "cómo" de un flujo, pero sin interrogarse siquiera por el "por qué" del cambio, aunque suponía un "para qué": para conservar la homeostasis o equilibrio del sistema.

La cibernética de primer orden se refiere a los sistemas que no cambian sus objetivos mientras no se les den nuevas instrucciones al respecto. Se trata de unos sistemas prediseñados, mecanicistas y controlados, poco aptos para representar los sistemas sociales complejos que evolucionan y cambian autónomamente. Un ejemplo típico de esa cibernética lo representa el termostato para regular la temperatura: el sistema de calefacción/refrigeración se pondrá en marcha automáticamente cada vez que la temperatura alcance niveles dados por encima o debajo del intervalo deseado de temperatura.

De acuerdo a esta cibernética, los sistemas son explicados por Keeney (1983) de acuerdo a una clasificación hecha por Pask, quien los denomina *sistemas taciturnos*, los cuales admiten la posibilidad de que el observador actúe como si estuviera diferenciado del sistema.

En un primer momento, llamado Cibernética de Primer Orden o Cibernética de los Sistemas observados, los fenómenos acaecidos en los sistemas familiares fueron explicados a través de la Segunda ley de la Termodinámica, la cual postulaba que el universo decae, que parte de la energía de un sistema no se transforma en trabajo sino que se gasta, llevándolo a la dispersión irreversible, al desorden, a la entropía. Así se llega al concepto de retroalimentación negativa, es decir, aquellos procesos mediante los cuales los sistemas corrigen la desviación para mantener su organización, para lograr la homeostasis. La negentropía es el principio ordenador, más allá del cual se encuentra el caos y la destrucción del sistema. En este primer estadio, las intervenciones terapéuticas muestran un énfasis negentrópico, buscan reestablecer el orden, la estructura para que la familia alcance otra vez el equilibrio. (Hoffman, 1987).

Esta Cibernética de primer orden tiene un segundo momento, bautizado en 1963 por Magoroh Maruyama como la Segunda Cibernética, donde el énfasis se desplaza a los procesos de amplificación de la desviación o retroalimentación positiva, que explican los procesos sistémicos de cambio.

Para Maruyama la supervivencia de un sistema depende de dos procesos: la *morfostasis*, donde el sistema debe mantener constancia ante los cambios del medio a través de procesos de corrección del error, y la *morfogénesis*, donde el sistema modifica su estructura básica mediante secuencias que amplifican la desviación.

Así, todo sistema necesita cierto grado de negentropía (retroalimentación negativa), pero demasiada lo matará, por eso requiere de fuentes de variedad o entropía. Aunque los dos tipos de retroalimentación –la que favorece y la que inhibe al cambio– parecerían tener funciones opuestas. La retroalimentación negativa es conservadora y promueve el statu quo; la positiva es radical y promueve la novedad.

Lo que resulta útil de estas dos clasificaciones es considerar el momento en que ocurre, ya que al evaluar un sistema autocorrectivo, un factor de particular importancia es el equilibrio o desequilibrio del sistema en un momento dado, así como también debe considerarse de acuerdo con varios niveles simultáneos de sistemas entre los objetivos de dos sistemas. Sin embargo, Keeney (1983) explica que, de acuerdo a Bateson, esta clasificación de la retroalimentación que la separa en polos opuestos (negativa y positiva), no es cibernética, debido a que la cibernética es siempre negativa y, la retroalimentación positiva es sólo un arco de círculo o secuencia parcial de un proceso de retroalimentación negativa más abarcador.

La cibernética de primer orden en la terapia familiar

La epistemología cibernética crea la diferencia entre una pauta y otra, enfatiza la posibilidad de percibir el mundo de diferentes maneras, por lo que concibe una organización circular y no lineal. Su aportación a la terapia familiar consiste ubicar al síntoma como parte de la familia y no sólo del individuo, esto se logra a partir de una forma de construir el diagnóstico a partir del contexto, es decir, de retomar los elementos que construyan la “realidad” del problema (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Lo importante dentro de la Terapia Familiar en este momento, es considerar que un sistema se encuentra todo el tiempo en la dialéctica estabilidad-cambio; y que lo que se entienda por retroalimentación negativa o positiva no son importantes en sí mismas, sino lo necesario es saber de qué manera utilizar estos conceptos en el sistema y cuándo hacerlo, contemplando

por ejemplo, lo inútil que sería querer introducir cambios en una familia que no está en crisis.

Aparecen así intervenciones generadoras de crisis, movimientos desequilibrantes y actividades provocadoras que buscan llevar a las familias a desarrollar cambios cualitativos. Sin embargo, y pese a su intervención, el terapeuta se mantiene en una pauta de interacción fuera del sistema, es decir, como vigilante de un fenómeno a observar o a modificar, donde todas las vicisitudes son vistas desde fuera del sistema observado y no dentro de él, para tomar y cambiar partes desde dentro del sistema.

Conceptos nacidos del primer momento son: circularidad, estructura, sistema abierto, sistema cerrado y retroalimentación, así también está relacionada con las nociones de homeostasis y adaptación (Op. cit.).

Cibernética de segundo orden

La epistemología tradicional afirma que la realidad existe independientemente 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 incluirse en la descripción de sus observaciones.

La cibernética de segundo orden rompe esta epistemología al ocuparse del observador como parte de lo observado. Se ocupa del observador como parte de lo observado. Según Von Foerster, quien acuñó este término en 1970, el objetivo de la segunda cibernética es explicar al observador, es decir la cibernética de la cibernética; y se refiere a los sistemas que son capaces de modificar su objetivo o finalidad por sí mismos, sin necesidad de ser guiados por alguien o algo desde fuera del sistema.

Es una ciencia de acción en la que los mecanismos de comunicación y control permiten que el sistema reoriente o replantee continuamente su camino para alcanzar su objetivo primario. Y, siguiendo a Pask, también se refiere a los *sistemas orientados por el lenguaje*, (Keeney, 1983) en los que el observador se incluye claramente al sistema, al definir cuál es su propia finalidad en él. Constituye un orden superior de finalidad, ya que inquiere al observador más que una acción externa o estratégica.

La cibernética de segundo orden en la terapia familiar

Esto implica que toda descripción acerca de algo, es una descripción acerca de quién genera esa descripción, es decir, que el terapeuta no es un agente externo que opera sobre una familia para cambiarla, sino que es un participante en un proceso de transformación colectiva de significados. Lo introduce en la *observación (reflexiva) del observador*. El objeto de estudio pasa a constituirse en el observador observando su propia observación. Desde esta perspectiva, las acciones terapéuticas son concebidas más como una actividad dialógica (en vez de como intervenciones), en la que el terapeuta pasa a formar parte del sistema, ahora llamado sistema terapéutico, y se inserta para generar propuestas de puntos de vista alternativos y nuevas connotaciones, que ayuden a dejar de lado los comportamientos sintomáticos. (Sluzki, 1987). El terapeuta es integrado al sistema quedando impedida toda escisión del circuito que conforman el paciente y él. La cibernética de segundo orden está relacionada con las ideas de autorreferencia y autonomía.

Cibernética de primer orden vs. cibernética de segundo orden

De lo descrito se desprende que la cibernética de primer orden está basada en una postura que intenta ser “objetiva”, esforzándose en mantener una separación entre el sujeto cognoscente y el sujeto observado, actitud que deriva en intervenciones concebidas como extrañas al fenómeno que se aborda, aunado a percepción de no estar influido por lo que en él ocurra.

Por el contrario, la cibernética de segundo orden toma una posición incluyente con aquello que está observando, analiza la propia estructura del observador, pues de esta se derivan muchas de las apreciaciones que pueda hacer de los hechos que percibe. Así también el observador se concibe como un actor más dentro de los fenómenos que intenta explicar, considerándose influido e influyente por estos.

Abre un espacio para la *reflexión* sobre el propio comportamiento y entra directamente en el territorio de la responsabilidad y la ética. Dado que se fundamenta en la premisa de que no somos descubridores de un mundo exterior a nosotros, sino inventores o constructores de la propia realidad, todos y cada uno de nosotros somos fundamentalmente responsables de nuestras propias invenciones. Según Von Foerster el cambio fundamental que implica asumir esta posición no sólo se manifiesta en el quehacer científico, docente, empresarial o tantos otros, sino en la comprensión de las relaciones humanas en la vida diaria.

2.1.3 Teoría de la Comunicación Humana y el trabajo de Gregory Bateson

La teoría de la comunicación desarrollada por Palo Alto, se generó a partir de los estudios de Bateson. En 1936 presentó su obra *Naven*, obra cuyo principal valor radica en su reflexión teórica; al ser un estudio de la naturaleza de la explicación. A través de este ejercicio se da cuenta que las categorías explicativas no deben confundirse con la realidad de la vida social, lo que lo lleva a hacer sus primeras distinciones entre “mapa” y “territorio” que caracterizarán su trabajo en el futuro.

Creó el término *cismogénesis* para explicar el mecanismo de equilibrio social en los aitmul, con lo que inicia sus trabajos en el análisis transaccional humano. Este término se refería al “proceso de diferenciación en las normas internas del comportamiento individual resultante de interacciones acumulativas entre los individuos”. Con esto Bateson avanza en el estudio del comportamiento de los individuos y los grupos, ya que en él se consideran los vínculos entre ambos, encontrando que la respuesta de uno está determinada por la respuesta del otro, en un proceso recursivo. Es el paso de una visión intrapsíquica a una relacional.

Distinguía entre *cismogénesis complementaria* (el comportamiento de un miembro o grupo complementa al de otro) y *simétrica* (el comportamiento de un miembro o de un grupo es el reflejo del comportamiento de otros).

Convencido de que el “carácter” de las personas se conforma según la cultura y la interacción entre madre e hijo, elabora una teoría del aprendizaje en distintos niveles jerárquicos. Con la ayuda de conceptos provenientes de la cibernética, desarrollará más este punto de vista.

Norbert Wiener, matemático del Instituto Tecnológico de Massachussets, participaba en la construcción de aviones que disminuyeran los errores de tiro. Estaba interesado en la homeostasis biológica y encontró que un factor muy importante de la actividad voluntaria es el *feed-back* o retroalimentación, el cual permite corregir la desviación entre el movimiento previsto y el movimiento efectuado finalmente. Las aplicaciones de estas ideas no se limitaron a la ingeniería. Wiener se puso en contacto con Arturo Rosenblueth, neurofisiólogo del Instituto de Cardiología en México, con quien discutió en las conferencias de la Fundación Macy, el mecanismo de retroalimentación en el sistema nervioso humano.

Los encuentros interdisciplinarios, organizados por la Fundación Macy, a partir de 1942, enriquecieron el marco conceptual de Bateson, acercándolo a los mecanismos de retroalimentación negativa, que no conocía.

Aunque Wiener advertía que no era posible una aplicación matemática de la cibernética a las ciencias del comportamiento humano, sí creía factible usar sus conceptos formales para aclarar procesos sociales. El grupo de Palo Alto tomó algunos conceptos de la cibernética para apoyar su enfoque interaccional del comportamiento humano, estos son los siguientes:

Fenómenos de la causalidad circular: Según la teoría general de sistemas y la cibernética, analizar cada elemento de un sistema no aclara las características del todo. El comportamiento adquiere significado según el contexto en el que se produce, ya que la conducta está controlada por el entorno. Cualquier comportamiento de un miembro afecta al que sigue en el circuito de interacción, consecuentemente, la causalidad es circular.

Teoría de los tipos lógicos: Todo sistema, con sus elementos, tiene dos niveles de análisis: el del sistema en sí y el de sus miembros. Para hablar del sistema en sí se precisa realizar una abstracción y una generalización, es necesaria una categorización superior. Es importante, como advierte Korzybski, no confundir el mapa con el territorio y distinguir entre estos dos niveles de abstracción, ya que, de hacerlo, se puede caer en conclusiones paradójicas.

Información: Se basa en algunos conceptos de las ciencias duras, como la *segunda ley de la termodinámica*, la que afirma que el mundo tiende hacia un estado de desorden (o entropía) cada vez mayor. Por tanto, el orden o equilibrio en un sistema tiende a perderse si no interviene una fuente de energía suplementaria. La *entropía* se refiere al grado de desorganización de un sistema, y la información es su contraparte (grado de organización). Cuando Bateson habla de *negentropía* se refiere a la información o a la entropía negativa, que permite el control del sistema. Otro concepto es el de *energía*. Bateson consideraba que este no era un concepto que permitiera utilizar el concepto de retroalimentación, necesario para explicar la interacción. La información es un concepto que permite estudiar los mecanismos de regulación en un sistema. Por tanto, la cibernética podría definirse como el estudio de los sistemas que están ligados por la información (Witzezaele y García, 1994).

A partir de estos conceptos, Watzlawick, Beavin y Jackson (1967), desarrollan la teoría de la comunicación que distingue al grupo de Palo Alto, especificando cinco axiomas básicos:

La *imposibilidad de no comunicar* entraña el hecho de que toda conducta es comunicación, y como es inconcebible algo que sea equiparable a una no-conducta, todo acto estará emitiendo información sobre nosotros en relación con los demás.

El *nivel conativo y referencial* de la comunicación ofrece problemas particulares a las relaciones humanas. La confusión de ambos puede ser raíz de conflictos que tendrían una resolución más rápida y sencilla si fueran más claros para los participantes. En el ámbito terapéutico puede ser necesario asistir a un sistema (individual o grupal) para que diferencie entre estos dos elementos de las comunicaciones en las que participa.

La *puntuación de la secuencia de hechos* pone el acento en que los seres humanos hacemos cortes para ordenar los datos de nuestra experiencia. Sin embargo, la comunicación es una secuencia ininterrumpida de intercambios y la puntuación que hacemos no es fiel al fenómeno de la comunicación. Solemos reducir las secuencias de interacción de manera que podamos asignar las iniciativas, la influencia, la subordinación o la responsabilidad a solo una o algunas de las personas involucradas en una relación, sin embargo, si pidiéramos el punto de vista de cada uno, encontraríamos que cada uno se percibe como replicador de la conducta de los otros.

Los componentes *digitales y analógicos* son aspectos inseparables de la comunicación. Ambos están estrechamente vinculados a los niveles referenciales y conativos de la comunicación, y es difícil hacer traducciones entre uno y otro. En la cotidianidad frecuentemente se les toma de manera separada, con sus consecuentes dificultades de interpretación.

Las *interacciones simétrica y complementaria* son dos formas ineludibles de relación, de acuerdo al modelo de Palo Alto. Sin embargo, no son problemáticas por sí mismas. En realidad el problema surge cuando se dan en un contexto cismogénico, en donde la misma pauta de interacción se vuelve acumulativa, llevando a un proceso que amenaza al sistema. La intervención terapéutica intentaría en este sentido proporcionar un elemento de regulación que le ayude a los miembros a flexibilizar sus posiciones de acuerdo a las exigencias propias de su sistema y aquellas referidas a su entorno.

2.1.4 Modernidad, posmodernidad y terapia

La ciencia moderna y sus descubrimientos prometían el progreso de la humanidad total a través de la aplicación de la razón y del conocimiento objetivo. Sostenían la premisa de que el universo cuenta con leyes universales que, una vez descubiertas y controladas, permiten la erradicación de todos los problemas que pudiera plantearse la humanidad; consecuentemente, esto llevó a la búsqueda de verdades totales. Así entendido, el conocimiento expresaría la naturaleza inherente de las cosas y de los fenómenos, y la conducta de los seres vivos sería reactiva a la información que reciben.

Con la frustración de las promesas hechas por la modernidad, debido a sus propias limitaciones, surgieron diversas críticas de distintos científicos, filósofos e historiadores (Quine, 1960; Feyeraben, 1976; Kuhn, 1962), que araron el terreno para que surgieran nuevas propuestas.

El término “posmoderno” fue inicialmente utilizado por Jean-Fracois Lyotard para explicar la situación de la cultura tras las transformaciones científicas y artísticas surgidas a partir de finales del siglo XIX. La verdad ya no es el valor último desde el posmodernismo, ya no es definitiva ni objetiva, por el contrario, se mira con serias reservas y dudas (Lyotard, 1992).

Y no es sólo dudar de los preceptos antes considerados universalmente válidos, es también dudar de nuestra capacidad para encontrarlos y concluir que las verdades son resultado de los discursos construidos en contextos específicos. Es así que todo conocimiento se vuelve discurso (Gergen 1992). Toda cultura y sociedad es vista como productora y legitimadora de su propio discurso a través del consenso de la comunidad en donde se desarrolla. Las realidades comunitarias e individuales se consideran válidas sólo por el hecho de ser suyas. Así, las personas son vistas como actores y constructores de su realidad.

Constructivismo

El constructivismo es una corriente epistemológica desarrollada a partir de los trabajos de Ernest von Glasersfeld, Heinz von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela (Elkaïm, 1996; Nichols y Schwartz, 1995). Postula que el conocimiento y las experiencias no se reciben pasivamente a través de los sentidos o de la comunicación, sino que es construido activamente por cada individuo. Tenemos, entonces, que el conocimiento desempeña una función de

supervivencia (Sewell, 1995), sosteniendo que la estructura del sistema nervioso da forma al conocimiento, lo que impide un acceso objetivo a la realidad en sí.

En sentido psicológico, la realidad es privada y gobernada por el *self*, una entidad compleja y dinámica que se origina y cambia en función de la interacción, de aquí que se considera que el constructivismo continúa ligado a la tradición individualista al colocar la formación del conocimiento en procesos básicamente personales y no de interacción (Elkaïm, 1996).

Consecuentemente, la terapia constructivista tiene como objetivo reemplazar las construcciones de las vivencias del paciente, con otras alternativas, que modifiquen su experiencia. Señalan que esta meta no puede ser alcanzada sólo mediante el lenguaje. Ha de llevarse a cabo mediante la integración de aspectos verbales y no verbales para crear una nueva experiencia en el paciente. El terapeuta se mimetiza con el paciente, y en el proceso deja de enfocarse en el problema específico o “motivo de consulta” que trae el paciente, para considerarlo en su totalidad.

Esta forma de terapia se aleja de los modelos tradicionales, en los que se pretende corregir lo que, desde un punto de vista moderno, es una disfunción o una discapacidad a nivel de lo que el paciente hace, siente o piensa. En cambio, busca desarrollar en el paciente su potencial para crear nuevos significados.

Construccionismo social

Gergen (1996) identifica a la crítica ideológica de Hegel, la crítica literaria y el trabajo de Berger y Luckman (1966) sobre la relatividad de perspectivas, la relación entre las perspectivas personales y los procesos sociales y la reificación de realidad a través del discurso, como las principales influencias en el surgimiento del socioconstruccionismo.

Esta epistemología busca trascender las explicaciones intra y extrapsíquicas del conocimiento, agregando un tercer y fundamental factor: los procesos sociales de interacción e intercambio simbólico. Las arbitrarias fronteras impuestas por otras teorías se diluyen en el socioconstruccionismo, al sostener que las construcciones personales están intrincadamente conectadas con las prácticas lingüísticas y simbólicas y, con sus consecuentes sistemas de significado desarrollados en el tiempo (Lyndon, 1998). Así, recuerdos, ideas, conceptos y toda referencia a la “realidad”, se construyen y evolucionan a partir del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje.

Las prácticas lingüísticas (que siempre son sociales) dotan a cada individuo de identidad o de una voz interior. Así, el yo se concibe como un proceso, no como una entidad independiente y oculta. Por el contrario, el yo se revela en cada momento de la interacción y por medio de las narraciones que se intercambian entre los actores (McNamee y Gergen, 1992).

Es así que nuestra comprensión del mundo se va configurando a través de los intercambios sociales, en un contexto cultural e histórico, y es éste el que determina su validez, no la objetivación. Del mismo modo, los significados se derivan de las pautas de relación y no de verdades universales.

Las consecuencias de un abordaje terapéutico basado en la epistemología socioconstruccionista, implica romper con la relación asimétrica tradicionalmente aceptada entre paciente y terapeuta, perdiendo este último su posición de experto. El terapeuta asume que sus análisis no son objetivos, ni más correctos o verdaderos que los del paciente mismo; y al considerar que la relación terapeuta se co-construye, ambos son responsables y activos respecto a todo lo que en la sesión sucede.

El cambio derivado de la terapia será resultado de una re-creación de significados, lo que permitirá a las personas una forma distinta de relacionarse consigo mismas, con el mundo y con los demás.

Hermenéutica, narración y deconstrucción

La hermenéutica es una postura filosófica que sostiene que cualquier tipo de comprensión es siempre interpretativa. Para los hermeneuticistas, la interpretación y/o conclusiones que conforman el conocimiento está fuertemente influida por los presupuestos de quienes construyen ese mismo conocimiento, por lo cual ninguna comprensión puede privilegiarse sobre otra.

Así, los ejes rectores de la vida y experiencias de las personas, representado por sus ideas y sistemas de creencias, se configuran a partir de los significados que les atribuyen a partir de procesos socioculturales; estos también configuran los prejuicios o pre-entendimientos de su ser temporal, ajustando el sentido de sus experiencias a estos.

Al entrar en contacto con información novedosa que no encuentra familiaridad con sus prejuicios, se pone en marcha un proceso en donde la comprensión y los prejuicios se influyen y se transforman mutuamente (Anderson y Goolishian, 1996).

Desde un punto de vista posmoderno, la narración está íntimamente vinculada a la experiencia humana, de hecho, es una metáfora de ésta. Sin embargo, las narraciones nunca son individuales, por el contrario, se desarrolla en conjunto con otras personas, en un proceso recursivo que configura nuestra identidad y la de los otros constante y simultáneamente. La narración que cada persona hace de sí misma es una forma social de dar cuenta de un discurso público, es un instrumento lingüístico adherido a secuencias convencionales de la acción y que es usado en las relaciones, mismas que sostienen, intensifican o impiden diversas formas de acción. Una narración está abierta a la modificación continuada a medida que la interacción progresa. Son recursos culturales que cumplen con objetivos sociales como: autoidentificación, autojustificación, autocrítica y solidificación social (Gergen, 1996 y 1997).

Por su parte, la teoría de la deconstrucción proviene de las posturas filosóficas de Kant, Husserl, Heidegger y Wittgenstein, quienes tienen en común haber puesto en el centro de sus cuestionamientos la forma en que accedemos al conocimiento y el papel que juega el lenguaje en nuestras concepciones del mundo (Lax, 1996).

Jacques Derrida consideraba que el lenguaje es un sistema simbólico que adquiriría un valor positivo o negativo hasta que se lo otorga la construcción de significados (llevada a cabo en procesos sociales). Esto implica que una misma

palabra contiene connotaciones distintas en sí misma y en relación con otras palabras. Consecuentemente, las interpretaciones y direcciones a las que lleve el discurso (oral o escrito), dependerán de las perspectivas personales de los participantes. Entre lo que se dice y lo que no se dice hay una tensión (*diférance*), y del resultado de ésta surge una nueva comprensión o construcción. Esto constituye, según Derrida, un proceso constante de la actividad humana.

2.2 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y DE LAS TERAPIAS POSMODERNAS

2.2.1 TERAPIA ESTRUCTURAL

ANTECEDENTES

Salvador Minuchin fue influido por el trabajo de Murray Bowen, quien enfatizaba en la necesidad de trabajar con la familia completa de los pacientes esquizofrénicos, ya que la consideraba como el contexto etiológico de esta enfermedad (Minuchin, 1979). Al inicio de la década de los sesentas trabajaba como psiquiatra en el correccional para niños de Wiltwyck, en Nueva York (Sánchez y Gutiérrez, 2000), y deseaba hacer cambios en las técnicas de intervención utilizadas en esa institución.

Junto a Braulio Montalvo desarrolló este modelo terapéutico, a raíz de observar que aun cuando los pacientes eran dados de alta, luego de su rehabilitación, al regresar con sus familias sufrían recaídas.

Debido a que la población atendida por la institución pertenecía a la minoría, familias de inmigrantes que además tenían limitaciones de lenguaje, se hacía necesario que el estilo terapéutico fuera concreto y con acciones orientadas a metas específicas.

Bajo la insignia de “Más acción y menos habla” usaron técnicas de acción, de *role-playing*, técnicas basadas en acciones para la casa y otras que eran totalmente innovadoras.

Se especializó en el estudio de la estructura familiar a la que definió como “una serie invisible de demandas funcionales que se organizan en la manera en que sus miembros interactúan”. Así, el concepto de estructura alude a la aproximación o distancia y a las modalidades de interacción entre los miembros.

MODELO ESTRUCTURAL DE TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar estructural está basada en el principio general de sistemas; por tanto la familia es considerada un sistema conformada por diferentes subsistemas que interactúan como un todo. En cuanto a la manera de abordar los problemas familiares, Minuchin se apoya en tres axiomas básicos:

- a) La vida psíquica del individuo no es exclusivamente un proceso interno.
- b) Los cambios en la estructura familiar propician los cambios en los procesos psíquicos del individuo.
- c) La intervención del terapeuta es significativa en los cambios del individuo y del grupo familiar.

La orientación estructural en la terapia familiar acepta el curso del ciclo vital en la familia. Muchas de las crisis que ésta presenta se derivan de la dificultad del sistema por modificarse de acuerdo a las exigencias que su ciclo vital les exige. Minuchin (1979) distingue cuatro etapas en este ciclo:

1. *Formación de la pareja.*
2. *Formación de la familia:* abarca la interacción de la pareja recién formada como unidad, la conyugal, en la que se van perfilando los límites principalmente con las familias de origen de cada uno de los miembros.
3. *Familia con hijos pequeños:* comienza con el nacimiento de los hijos, lo que suma dos nuevos subsistemas a la familia: el parental y el filial.
4. *Familia con hijos mayores:* es en este momento en que los hijos van abandonando la casa parental, lo que implica a la familia un ajuste que puede ser especialmente crítico, en gran medida porque los cónyuges habrán de reencontrarse nuevamente como pareja.

El objetivo de esta terapia es reestructurar el sistema de acuerdo a los recursos y flexibilidad de la familia, de manera que pueda funcionar de manera más efectiva, competente y cooperativa.

Los componentes básicos de este modelo son: estructura, subsistemas y límites. A partir de ellos se describe la organización de la familia, las secuencias de sus interacciones, el grado de involucramiento entre los miembros y las reglas que rigen sus transacciones.

Subsistemas

La familia se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, conformados por uno o varios miembros, los que también habrán de indicar las funciones de cada uno. Los subsistemas permiten a los miembros de la familia ir adquiriendo el entrenamiento adecuado para el funcionamiento de los individuos dentro y fuera del sistema familiar, así como la conformación de sus identidades.

Para que tanto el sistema total y los subsistemas funcionen con eficacia, es necesario que los *límites* entre ellos sean claros. Los límites están constituidos por las reglas que definen quiénes participan en cada subsistema y de qué manera. Deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema con los otros. Debido a esto, constituyen un parámetro útil en la evaluación del funcionamiento familiar. La manera en que afronten situaciones de estrés dependerá también de las características de sus límites; así, los límites demasiado difusos tenderá a sobrecargarse y la adaptación a la nueva situación se hará difícil. En el caso de límites muy rígidos la comunicación entre los subsistemas se vuelve difícil, y las funciones de cada uno suelen ser mal ejecutadas.

Cada subsistema tiene diferentes funciones y características de acuerdo a su tipo:

- *Subsistema conyugal*: Se compone de los miembros de la pareja. Constituye el principal núcleo de expresión afectiva de ambos.
- *Subsistema parental*: Aunque también está compuesto por la pareja, se distingue del conyugal en cuanto a que sus funciones están relacionadas al establecimiento de normas y resolución de problemas respecto a la educación de los hijos. Debe trazar un límite que permita el acceso de los hijos a los padres al tiempo que le mantenga lejos de las relaciones conyugales.
- *Subsistema filial*: Se refiere a la relación entre padres e hijos. En él se ponen en práctica las normas de educación.
- *Subsistema fraternal*: Constituido por los hermanos. Aquí se dan los primeros ensayos de socialización entre pares que permiten adoptar pautas de convivencia con iguales.

Los límites se definen en un continuo que va desde lo más rígido a lo más difuso, siendo aquellos sistemas con límites claros y flexibles los que permitirán

el mejor desarrollo de los miembros. El establecimiento deficiente de límites puede generar tres tipos de relaciones triádicas:

- a) *Triangulación*: Cada padre demanda la alianza del hijo en contra del otro.
- b) *Rodeo*: La tensión del subsistema conyugal es desviada a través del niño, al que se le califica de enfermo o problemático.
- c) *Coalición estable*: Uno de los padres se asocia con el hijo en una coalición transgeneracional rígida en contra del otro padre.

En terapia familiar es deseable (y casi inevitable) formular hipótesis en cada sistema familiar que se aborda. Para que estos supuestos tengan alguna utilidad han de tratarse como meras guías que necesitarán una posterior confirmación o desconfirmación al ir conociendo mejor la estructura familiar. El trabajo terapéutico puede planearse de acuerdo a los primeros datos que el terapeuta recibe de la familia que atenderá. Conociendo la composición de la familia es posible inferir algunos ámbitos bien definidos de investigación (Minuchin, 1994).

TÉCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL

Asociación con el sistema familiar

Esta es una acción indispensable para crear el sistema terapéutico. Se basa en dos acciones principales: Unión y acomodamiento.

Unión	Acciones mediante las cuales se relaciona con los miembros del sistema familiar. No implican desafío al sistema, disminuyen la distancia entre el terapeuta y la familia. En ellas el primero se convierte en un actor más del sistema.
Acomoda- miento	Adaptaciones del terapeuta que intentan lograr la alianza de éste con el sistema. Acepta la organización de la familia y experimenta las transacciones que en ella se generan. Se dividen en tres grupos: <i>Mantenimiento, rastreo y mimetismo.</i>

OPERACIONES DE REESTRUCTURACIÓN

Intervenciones terapéuticas para alcanzar un cambio terapéutico en el sistema familiar.

El terapeuta adquiere un papel de actor y director de la obra familiar. Las lleva a cabo a través de siete alternativas distintas, por medio de las diferentes modalidades que ofrece cada una.

Captar las pautas transacci- o-nales	Se debe evitar centralizar en exceso el desarrollo de la sesión en el terapeuta, implicarse demasiado en una diada y restringirse a las descripciones literales de la familia, sin indagar en aspectos que no sean explícitamente manifestados. Se pueden captar las pautas
---	---

	transaccionales a través de tres modalidades: <i>Dramatización de las pautas transaccionales, recreación de los canales de comunicación y manipulación del espacio.</i>
Intensificación de estrés	La habilidad que tenga el terapeuta para producir estrés le dará indicios de la capacidad de la familia para enfrentar los cambios. El estrés puede introducirse en el sistema terapéutico usando distintas técnicas: <i>Bloqueo de pautas transaccionales, acentuación de diferencias, desarrollo del conflicto implícito y unión en alianza o coalición.</i>
Asignación de tareas	Permiten señalar y actualizar un área de exploración que puede no haberse desarrollado naturalmente en la familia o para enfatizar un área que la familia necesita trabajar.
Utilización de los síntomas	El síntoma puede ser tan urgente de solución que obliga a considerarlo prioritariamente. Por otro lado es posible que la familia misma tenga poca tolerancia a encarar el problema de otra manera que no sea enfocada en el síntoma y en el individuo que lo presenta. El síntoma puede ser utilizado de diversas maneras: <i>centrándose en él, exagerándolo, desacentuándolo, adoptando un síntoma nuevo, reetiquetándolo, modificando el afecto respecto al síntoma y también mediante la exageración de éste.</i>
Manipulación del humor	Es una operación tanto de unión como de reestructuración. Puede llevarse a cabo mediante: <i>Imitación exagerada, indignación y vergüenza o redesignación.</i>
Apoyo, educación y guía	En muchas ocasiones el terapeuta se verá impelido a orientar a la familia o alguno de sus subsistemas. Todo dependerá de cuáles son los problemas que el sistema enfrenta.

CAMBIO DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

A partir de ver a la familia como un organismo, el terapeuta socavará la homeostasis existente, inducirá a la crisis y realinearé la organización de éste. Para reencuadrar al sistema el terapeuta considerará los puntos que para la familia son importantes, pero encuadrará estos datos de forma diferente. Enseguida se ocupará de convencer a los miembros de que el mapa de la realidad que han trazado puede ser modificado o ampliado.

Hay tres técnicas generales a partir de las cuales se puede ir modificando la estructura del sistema: Cuestionamiento del síntoma, cuestionamiento de la estructura familiar y cuestionamiento de la realidad familiar.

Cuestionamiento del síntoma	Cuestiona la definición de paciente individualizado que tiene la familia sobre el problema y el tipo de respuesta que emite ante éste. Puede hacerlo de modo directo o indirecto, claro o paradójico, explícito o implícito. Su objetivo será reencuadrar la concepción familiar sobre el problema. Las técnicas que se usan para lograr este objetivo son: <i>Escenificación</i> (intervenciones espontáneas, provocar interacciones, interacciones alternativas, iluminación de una reacción espontánea), <i>enfoco</i> (trampas, enfoque al servicio del cambio) <i>y logro de la</i>
------------------------------------	--

	<i>intensidad</i> (repetición del mensaje, repetición de interacciones isomórficas, modificación del <i>tempo</i> , cambio de la distancia, resistencia a la presión de la familia).
Cuestionamiento de la estructura familiar	A través de este cuestionamiento se modifica la epistemología de los miembros para que no definan sus sí mismos como entidades separadas, sino como partes del todo. Saca a flote aspectos de las experiencias de los miembros de manera que adquieran una nueva conceptualización en los miembros y en el sistema. El terapeuta examinará la proximidad o la distancia, y desplazará su posición de un subsistema a otro para cambiar la estructura familiar. Cuestionará la demarcación que los miembros hacen de sus papeles y funciones, modificando su visión individualizada de los problemas. Sus técnicas incluyen: <i>fijación de fronteras</i> (distancia psicológica, duración de la interacción), <i>desequilibrio</i> (alianza con los miembros de la familia, alianza alternante, ignorar a miembros de la familia, coalición contra miembros de la familia), y <i>enseñanza de la complementariedad</i> (cuestionamiento del problema, cuestionamiento del control lineal, cuestionamiento del modo de recortar los sucesos).
Cuestionamiento de la realidad familiar	Una tarea básica del sistema terapéutico es la de ofrecer una realidad alterna al esquema con el que la familia se presenta ante el terapeuta, y que es el lente que ha ido construyendo a lo largo de su historia. Para conseguir un cambio en su percepción el terapeuta puede actuar sobre los holones familiares o en todo el sistema. La realidad familiar se cuestiona mediante la elaboración de nuevas modalidades de interacción entre los miembros de la familia, tomando los datos de la familia y reorganizándolos. Las técnicas relacionadas con el cuestionamiento de la realidad familiar son: <i>modificación de las construcciones cognitivas</i> (símbolos universales, verdades familiares, consejo especializado), <i>intervenciones paradójicas y la insistencia en las fortalezas de la familia</i> .

ALCANCES Y LIMITACIONES DEL MODELO

Teóricamente, el modelo estructural ha logrado dar consistencia en la aplicación clínica a la teoría general de sistemas, manteniéndose coherente con el paradigma organísmico planteado por ésta.

Ha mostrado ser muy eficaz cuando es utilizado para tratar a familias que incluyen por lo menos a dos generaciones y en casos de síntomas o problemas con niños, adolescentes o adultos jóvenes que aún viven con su familia de origen. Sus conceptos de límites, jerarquías, subsistemas, alianzas, etc. encuentran gran utilidad en estos casos. Sin embargo, no ha demostrado mucho éxito al trabajar únicamente con la pareja conyugal, a menos que en su problemática intervengan otros subsistemas familiares (Umberger, 1987).

El modelo estructural, como los demás modelos afianzados en la teoría general de sistemas, no proveen de una explicación sobre cómo se inserta la experiencia individual en el cambio del sistema familiar. Esto constituye un

problema, pues las personas suelen experimentarse como entidades delimitadas de su entorno, no como un mero conjunto de relaciones (Op. cit.).

Minuchin ha intentado solucionar este cuestionamiento mediante la explicación de que el sí mismo se entrelaza de forma tan compleja con su entorno, que en realidad ambos constituyen una unidad (Minuchin y Fishman, 1984).

Un aspecto que parece escapar a este enfoque es el de la “resistencia”, para la cual no ofrece una explicación lo suficientemente amplia, así como no proporciona estrategias claras para su tratamiento (Hoffman, 1987)

El énfasis que hace este modelo en el liderazgo del terapeuta puede incitar la conducta autoritaria de éste, sobre todo al enfrentarse al fracaso en sus intervenciones. Ante la frustración el terapeuta puede redoblar esfuerzos, tomando una posición cada vez más activa, que puede acercarse fácilmente hacia el autoritarismo (Umbarger, 1987).

Es necesario ser cautelosos con este modelo ya que aunque es explícito y claro, y sus técnicas son aparentemente sencillas, es difícil de aplicar. Se requiere trabajar mucho con el lenguaje analógico, requiere mucha experiencia y mucha supervisión en vivo (Hoffman, 1987).

Desde la perspectiva construccionista, se han hecho varias críticas a modelos terapéuticos que, como el estructural, dan suma importancia a la jerarquía y objetividad del terapeuta y a la concepción de un prototipo de familia o individuo normal.

El construccionismo arguye que la forma en que un terapeuta conciba la situación de un paciente, sea un individuo o un grupo, depende más de las características del propio terapeuta y de las preguntas que formule que de las circunstancias del paciente. El pretendido poder o jerarquía de este tipo de modelos, en realidad es más bien una forma de actividad, en el que el terapeuta se esfuerza en trazar patrones en el sistema de su paciente. El terapeuta es, en fin, un actor participante en la terapia; influye, sí, a sus pacientes, pero también estos también ejercen su influencia en él. Ambos co-construyen el proceso terapéutico (Cecchin, 1994).

2.2.2 TERAPIA ESTRATÉGICA

ANTECEDENTES

Este modelo ha sido alimentado por tres grandes influencias: a) Los trabajos en comunicación de Bateson y Weakland; b) El enfoque terapéutico de Milton Erickson; y c) El abordaje estructural de los sistemas familiares, de Minuchin y Montalvo (Galicia, 2004).

Haley fue el primero en usar el término *estratégico* para describir cualquier terapia en donde el clínico diseña activamente las tareas a realizar para cada problema en específico (Hoffman, 1987). En este modelo el terapeuta juega un papel directivo, puesto que es el encargado de identificar y definir los problemas, fijar metas concretas, elaborar las intervenciones que lleven al cambio, valorar el proceso para hacer las correcciones necesarias y evaluar el resultado final (Galicia, 2004).

El propio Haley explica que la terapia estratégica no alude a una teoría o enfoque conceptual particular, más bien concentra diversos tipos de enfoques con un rasgo común: influir en los pacientes (Haley, 1980).

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

Síntoma y toma de conciencia: Los problemas o síntomas (así como la resistencia o colaboración del paciente) son formas de conseguir poder en las relaciones humanas, y son mantenidos por las ventajas que los involucrados obtienen a través de ellos. Se opone a la idea de que es necesaria la toma de conciencia para alcanzar un auténtico cambio (Haley, 1989), por tanto, pone el acento en el presente. Para Madanes (1982), el síntoma es una forma de comunicación entre los miembros de una familia, o una metáfora de sus relaciones. La patología deviene de una jerarquía incongruente.

El control y poder en psicoterapia: Debido a estas condiciones de la interacción, es fundamental que el terapeuta defina con claridad quién tiene el control en la relación terapéutica, pues de esto depende el cambio terapéutico (Haley, 1989). El terapeuta debe conservar el poder durante todo el proceso, aun cuando estratégicamente no se reconozca así ante el paciente.

El ámbito terapéutico: El tratamiento debe incluir al contexto social que esté involucrado con el síntoma. Esto no implica que deba llevar a todos los participantes a la sesión, sino que no lo pierda de vista durante todo el proceso terapéutico.

Objetivo terapéutico: El objetivo general de todo proceso que utilice el modelo estratégico es el de impedir la repetición de secuencias e introducir

mayor complejidad y alternativas en la interacción de las personas involucradas en el síntoma (Madanes, 1982), basándose en la premisa de que toda conducta anómala se genera y se perpetúa en dichas secuencias.

MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

El tratamiento estratégico, aunque breve (veinte sesiones aproximadamente), no consiste en hacer menos que un procedimiento largo; su enfoque es fundamentalmente diferente. Su método consiste fundamentalmente en estrategias generales de las que deberán diseñarse intervenciones particulares, de acuerdo a cada caso específico.

Las intervenciones se hacen a partir del uso de *directivas*, mismas que deben ser claras y precisas, a menos que se quiera que sean confusas por alguna razón. Una directiva se diferencia del consejo común en el sentido de que las primeras suelen ser sutiles y complejas, y no sugerencias con objetivo de mejorar la vida del paciente (Haley, 1989). Una buena directiva ocupa a todos los miembros del sistema. Puede excluir a algún miembro, pero no por descuido.

La Entrevista Inicial

El modelo de terapia estratégica da gran importancia a la primera entrevista (Haley, 1988), pues en ella debe quedar claramente formulado el problema y, consecuentemente, su solución y la manera en que ha de llevarse a cabo esto a través del proceso terapéutico. El problema debe ser planteado en términos resolubles para que la terapia tenga éxito.

La entrevista inicial comienza con el primer contacto establecido en relación con el problema. Ya formalmente, la entrevista inicial debe considerar las siguientes etapas:

1. *Etapa social*: Es el momento del primer contacto directo con la familia, en la que habrá de propiciarse la respuesta “social” de todos los miembros, permitiéndoles conducirse en la forma en que lo deseen.
2. *Planteamiento del problema*: Se le pregunta a cada miembro de la familia su opinión respecto a su motivo de consulta. El terapeuta irá cediendo la palabra a cada miembro y regulará las interrupciones de cada miembro.
3. *Etapa de Interacción*: Se les pide a todos los miembros que dialoguen entre sí sobre el problema, propiciando el debate, estimulando a los miembros para que conversen sobre sus desacuerdos. Esto permite observar alianzas y coaliciones, que servirán para planear intervenciones.
4. *Definición de los cambios deseados*: Se obtiene de la familia una definición suficientemente clara de las metas que desean alcanzar. A más claro sea el contrato terapéutico, más clara y organizada será la terapia.

5. Conclusión de la entrevista: La entrevista debe finalizar con la concertación de una próxima cita. De acuerdo a lo sucedido en la sesión, se podrá pedir la presencia de un nuevo miembro de la familia, así como la manera en que puede persuadirse de asistir. En este punto, puede asignárseles una tarea, preferiblemente sencilla. Con esto, además de extender el impacto de la terapia al ámbito doméstico, se refuerza el vínculo entre el contrato terapéutico y la familia.

TIPOS DE DIRECTIVAS

A través de directivas se modifica las secuencias de interacción familiares. Hay dos tipos de éstas:

Directas:

Se planean para modificar algunas secuencias de interacción familiar y para involucrar a los miembros desligados de la familia (Madanes, 1982). Pueden impartirse de dos modos (Haley, 1989): a) *Ordenar que deje de hacer algo*: Sólo se recomiendan cuando se trata de problemas menores o educacionales. Debe ir acompañada de otros mensajes, repetirla o magnificarla. b) *Pedirle que haga algo diferente*: Buscan encontrar una manera de cambiar la secuencia del conflicto.

Indirectas o paradójicas:

Son especialmente útiles en casos de resistencia. Mediante ellas se le dice al paciente que cambie pidiéndole, al mismo tiempo, que no cambie. Su éxito depende de que la familia resista a las instrucciones del terapeuta o las siga hasta el absurdo. Precisan de algunas consideraciones especiales, como: habilidad al comunicar cosas distintas a la vez; permitir el regaño del cliente al demostrar que no da resultado; mirar el problema desde una perspectiva juguetona, aunque esté tomando en serio a la familia; tolerar la respuesta emocional del paciente. Las directivas paradójicas deben llevarse a cabo a través de algunas etapas:

1. Establecer una relación que se define como tendiente a provocar el cambio.
2. Definir claramente el problema.
3. Fijar los objetivos de la tarea con claridad.
4. Ofrecer el plan. Puede darse una explicación lógica que haga razonable la paradoja.
5. Descalificar diplomáticamente al miembro considerado como una autoridad en el problema, indicándole que no está haciendo lo correcto.
6. Impartir la directiva paradójica.

7. Observar la reacción y seguir alentando el síntoma, sin ablandarse ante la mejoría o la perplejidad del paciente, definiendo como falta de cooperación todo progreso.

Tareas metafóricas:

Suelen utilizarse cuando el terapeuta prevé que la familia estará más dispuesta a cumplir con la directiva si no tiene conciencia de ella.

ALCANCES Y LIMITACIONES DEL MODELO

Desde la perspectiva de algunos autores, este modelo fomenta la manipulación de los pacientes (González, 2004). Aunque Haley (por ejemplo, Haley, 1988) se ha pronunciado en diferentes ocasiones a través de su obra al respecto, argumentando que la manipulación, entendida como influencia, no está exenta de ningún tipo de psicoterapia. Lo cierto es que, la forma en que éste ve el poder dentro de la terapia, no deja de ser una manera un tanto falaz de concebir la capacidad del terapeuta, pues nadie mejor que cada uno para conocer y hablar de su propia experiencia. Esta es la situación del paciente, de aquí que se diga, entre otras cosas, que es experto en su problema. Por su parte, el terapeuta, ha recibido una formación que le permite tener una perspectiva más vasta de los problemas humanos y de sus alternativas, así como de la manera de transmitirlos a sus pacientes, para que estos puedan asimilarlos a sus propias vidas.

En la actualidad, no es fácil encontrar, de entre los seguidores de este modelo, autores que recuperen o continúen con las ideas de poder propuestas por Haley y Madanes (Galicia, 2004). La propia Madanes ha llegado a reconocer que existen otras formas en que los miembros interactúan, además de la organización jerárquica, y que también pueden ser la razón de distintos conflictos en los sistemas familiares.

También se ha señalado que su enfoque es superficial y no replicable, lo que elimina en gran medida la posibilidad de confirmar su efectividad.

No obstante, sus concepciones respecto de la jerarquía y el poder en los sistemas han demostrado gran utilidad en casos que implican a adolescentes con serias perturbaciones, en familias caóticas o con algún miembro que presente conductas antisociales.

Por otro lado, los planteamientos de Haley respecto a la unidad terapéutica que considera los múltiples entornos en los que se inserta el síntoma o la conducta problemática, ha contribuido a fundamentar la psicoterapia multisistémica.

TERAPIA BREVE CENTRADA EN EL PROBLEMA

ANTECEDENTES

El modelo de terapia breve ha sido influido por el trabajo clínico de Milton Erickson; por los estudios sobre los efectos de las paradojas en la comunicación llevados a cabo por Bateson, Weakland, Haley y William Fry Jr. Ha sido también importante la obra de Norbert Wiener sobre la cibernética y el trabajo acerca del intercambio y flujo de la información, desde el punto de vista matemático, elaborado por Shannon y Weaver (Cade y O'Hanlon, 1995) y por el constructivismo radical.

En 1959 Don D. Jackson fundó el Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto, California, formando equipo con John Weakland, Jay Haley, Jules Riskin, Virginia Satir y Paul Watzlawick. Muchos de ellos trabajaron con Erickson y Bateson, nutriéndose de éstos. Así, sus estudios sobre la comunicación humana han marcado toda una escuela.

El proyecto de terapias breves nació en 1967, gracias a la iniciativa y dirección de Richard Fisch. También tomaron parte en su fundación Arthur Bodin, Paul Watzlawick y John Weakland. Este proyecto inició con tres objetivos principales: a) solucionar rápida y eficientemente los problemas familiares, b) transformar la terapia de un arte a un oficio que pudiera ser ejecutado por otras personas formadas bajo este modelo, y c) estudiar los cambios que se dan en los sistemas familiares. (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1979)

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La *estabilidad* y el *cambio* son fenómenos complementarios de una misma situación. Han de tratarse en conjunto. La escuela de Palo Alto, ha recurrido a dos teorías abstractas y generales referentes al campo de la lógica matemática para explicarlos (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1979).

Teoría de grupos: Explica que en cada grupo existe un miembro de identidad, que al combinarse con cualquier miembro del grupo da como

resultado este otro miembro, lo importante aquí es señalar que un miembro puede actuar sin generar ningún cambio (p.e. $5+0=5$). Al mismo tiempo, cualquier miembro cuenta con un recíproco opuesto de tal manera, que la combinación de ambos da lugar al miembro de identidad (p.e. $5-5=0$).

Teoría de los tipos lógicos: Se refiere a colecciones de objetos agrupadas por una característica en común. Los componentes de la totalidad se denominan *miembros* y la totalidad misma se identifica como *clase*. Aquello que abarque a todos los miembros de una clase no puede ser un miembro de ésta.

Esta teoría explica la estabilidad del sistema, a pesar de los cambios dentro de él (cambio1). Los cambios que transforman las interacciones de sus miembros (cambio2) son explicados por la teoría de los tipos lógicos. El cambio1 resulta de aplicar reiteradamente la misma solución.

Formación de los problemas: Hay tres maneras de equivocadas de hacer frente a las dificultades: a) Intentando una solución negando que un problema lo sea en realidad (sobresimplificaciones). b) Realizando un cambio para acabar con un problema que es inmodificable, desde un punto de vista práctico, o que en realidad no existe (utopías). c) Cometiendo un error de tipificación lógica, queriendo resolver una dificultad intentando un cambio1 donde se necesita un cambio2 o viceversa. Esta última representa el problema básico de las paradojas (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1995).

Para realizar un cambio2, la acción debe dirigirse a atacar las soluciones intentadas en vez de a la situación problemática. En este caso, la transformación será consecuencia de cambiar lo que sucede, no el por qué sucede. Esta premisa constituye el núcleo de este modelo terapéutico.

La brevedad del proceso propuesto por las terapias breves no implica que sea más leve. Por el contrario, en cada sesión se pretende producir cambios en el sistema. Para conseguirlo trata con objetivos claros y concretos (Hoffman, 1981).

Al estar afianzado en los estudios sobre comunicación humana de Palo Alto, pone especial atención a los significados que las personas van construyendo de su experiencia y de la realidad ante la cual reaccionan (Espinosa Salcido, 2004).

Parten de la premisa de que las soluciones intentadas están manteniendo al problema mismo que pretenden erradicar. El terapeuta busca modificar la secuencia que está manteniendo el problema, para lo cual se vuelve imprescindible el uso del reencuadre (Hoffman, 1981).

El reencuadre de un problema, hace posible plantearse alternativas de solución, distintas a las intentadas, y que permite reestructurar tanto el problema como su cambio (Espinosa Salcido, 2004). No se opone al síntoma, de hecho, a simple vista, las estrategias usadas por este enfoque pueden verse bastante irracionales. Utiliza al propio síntoma para producir un cambio.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Se enfoca en el aquí y ahora, sin buscar causas históricas. Intenta reestructurar la percepción de la realidad construida por el paciente. Redefine el problema en términos solubles. Utiliza la postura y las resistencias del paciente para promover el cambio. No utiliza estándares de normalidad/anormalidad. El objetivo de la terapia es el planteado por el paciente. No busca que el paciente llegue a un estado de *desarrollo óptimo*. Trabaja con un solo problema por tratamiento, buscando pequeños cambios. Tiene un límite de tiempo, que por lo regular se establece en diez sesiones (Espinoza Salcido, 2004).

A. ENTREVISTA INICIAL

La primera entrevista es básica, pues de ella se derivará el plan de tratamiento. Precisa recoger información clara, explícita y manifiesta (Fisch, Weakland y Segal, 1984). Esto deberá hacerse en sentido operativo, enfocándose en los factores esenciales del caso, las soluciones que se han intentado, los objetivos mínimos del cliente y la postura de éste.

En este momento es mejor avanzar despacio. Deberá contestarse a las preguntas: Quién está haciendo que esto sea un problema, para quién y cómo constituye un problema, por qué ha solicitado ayuda justo en este momento. Habrán que definirse con el paciente sus prioridades y los objetivos mínimos que pretende conseguir. Si el terapeuta no puede realizar una formulación clara y breve, no posee la información adecuada o no la ha asimilado.

INTERVENCIONES

I. INTERVENCIONES PRINCIPALES:

Se usan luego de contar con los datos suficientes y de haberlos integrados al plan general del caso específico. Se dan dentro del contexto de cinco intentos básicos de solución por parte del paciente:

- i.** *Intento de forzar algo que sólo puede darse espontáneamente.*

La solución puede venir cuando el paciente renuncia a sus intentos de autoacción y deja de esforzarse demasiado.

Técnica: Solicitar implícitamente al paciente que renuncie a la conducta indeseable, enseñándole explícitamente a que realice otra que excluya o sea incompatible con la conducta problema. Invertir los esfuerzos de solución del paciente, dándole razones y directivas que lo lleven a fracasar en sus objetivos. El síntoma también puede cesar si se define como algo beneficioso para el paciente.

- 1) Explicarle que es importante provocar la aparición del síntoma para diagnosticarlo bien: que es necesario conocer mejor el problema.
- 2) Señalarle que es necesario que se provoque la aparición del síntoma como paso inicial para su resolución.

ii. *Dominar un acontecimiento temido mediante el aplazamiento.*

Es el caso de personas que sufren de un terror o ansiedad por estímulos inocuos.

Técnica: Uso de directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, a la vez que le exigen una ausencia de dominio de ella. Se le expone a la situación tan temida impidiéndole que la termine con éxito.

iii. *Llegar a un acuerdo mediante oposición.*

Son problemas típicos de las relaciones interpersonales. La solución del paciente suele ser la de exigir a la otra parte que le trate como si fuese superior.

Técnicas:

- a) *Colocarlo en una actitud de inferioridad o de debilidad.* Como esta es una posición difícil para el paciente, requiere un especial cuidado en su formulación o “venta”. Una forma de hacerlo es explicarle que la otra persona involucrada no puede atenderle porque se ha vuelto repetitivo; y que, si desea un cambio, debe volverse *imprevisible*.
- b) *Sabotaje benévolo.* El paciente administra las consecuencias con las que antes sólo amenazaba a la otra parte, disculpándose con ella, al mismo tiempo.
- c) Definir reiteradamente la actitud de superioridad como una postura de debilidad y viceversa.

iv. *Conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.*

La persona intenta obtener sumisión de otra, a la vez que niega que esté pidiendo dicha sumisión. El paciente se opone a hacer demandas directas, por considerarlo dictatorial o intromisión a la integridad del otro.

Técnicas: La técnica global es la de conseguir que el paciente haga sus solicitudes directamente, aun cuando las plantee de manera arbitraria. Se usa el deseo del paciente por mostrarse benévolo, redefiniéndolo como algo que es, inconscientemente, destructivo y, por otro lado, redefiniendo como beneficioso aquello que el paciente considera como destructivo: sus solicitudes directas.

v. *Confirmar las sospechas del acusador por medio de un intento de defensa propia*

Una persona sospecha que otra hace algo que ambos consideran equivocado. Por tanto, A acusa a B, y B niega la acusación, defendiéndose, con lo cual A confirma sus sospechas. Es un juego de acusador y defensor.

Técnicas: La técnica global consiste en que una de las partes abandone su papel iterativo. Puede lograrse entrevistándose a solas con el defensor, a quien se le expresa que el acusador está equivocado. Así el acusador, quien quiere terminar con el problema lleva a cabo una acción unilateral. Otra alternativa es la *Interferencia*. Reduce el valor informativo de la comunicación interpersonal, volviendo inútil la persecución, puesto que se les impide saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión. Se pide al acusado, en una sesión conjunta, que haga algo que el acusador reprueba (p.e. beber), pero sin que el otro pueda distinguir si lo ha hecho en realidad o no, o si lo que informa es o no confiable.

II. INTERVENCIONES GENERALES

Se utilizan cuando el terapeuta desea: a) Comunicar al paciente alguna posición general, con objeto de preparar el terreno para una intervención específica, b) Averiguar si es suficiente con esta intervención para resolver el problema.

i. *No apresuramiento*

Es la táctica más utilizada en terapia breve. Puede llegar a ser la única intervención para realizar el cambio. La mayor parte de esta intervención consiste en dar razonamientos creíbles al paciente, que justifiquen no apresurarse.

Debe darse muy temprano en el proceso terapéutico, probablemente en la primera sesión, a pacientes que en sus soluciones intentadas se han esforzado demasiado; que presionan al terapeuta pidiéndole urgentemente una acción curativa, al tiempo que permanecen pasivos o poco colaboradores; o bien, que han vuelto a la siguiente sesión informando una mejora específica y deseada.

Técnica: Evitar expresar un abierto optimismo en los avances del paciente. Más bien, reconocer los adelantos, adoptando una posición de preocupación, explicando que un cambio demasiado rápido intranquiliza al terapeuta. A través de esta técnica, el terapeuta se posiciona como alguien que no obliga al paciente a cambiar, con lo que éste colaborará más con él.

ii. *Cuestionamiento de los peligros de una mejoría*

Se aplica especialmente en casos de resistencia. Consiste en preguntar al paciente si realmente está en posición de reconocer los peligros que podría acarrearle la solución de su problema.

Técnica: El terapeuta puede legitimar su postura argumentando algún inconveniente razonable o creíble. Al tiempo puede ampliar la directiva de *no apresurarse*, con lo que aumenta la motivación del paciente hacia el cambio.

Suele usarse para presionar al paciente para obedezca próximas directivas, cuando no ha cumplido una anterior.

iii. *Cambio de dirección*

Se refiere a la variación que hace el terapeuta respecto de su postura, directriz o estrategia, al tiempo que le da al paciente una explicación acerca de tal variación.

Es útil y necesaria cuando: a) el terapeuta, involuntariamente, comienza a discutir con el paciente; lo cual se refleja en la insistencia de éste en subestimar o rechazar el camino sugerido por el terapeuta; b) la falta de asentimiento por parte del paciente, y respuestas monosilábicas: “sí” o “no”; c) el cliente acepta la directiva pero luego se muestra no productivo, quejándose de no avanzar.

Técnica: El terapeuta adopta una posición de simulada inferioridad, agradeciendo al paciente ayudarlo a abandonar una postura incorrecta. Puede señalar que se ha dado cuenta que ha pasado por alto alguna cosa o aludir a la opinión de un “terapeuta anónimo más experimentado” quien ha visto la necesidad de cambiar la dirección.

iv. *Discusión sobre cómo empeorar el problema*

Se utiliza cuando el paciente se ha resistido a las directivas o a probar algo nuevo. Puede resultar especialmente útil en dos casos: a) Al inicio de la terapia, con clientes ambiguos o resistentes, b) Cerca del final de la terapia, para reforzar el cambio.

Técnica: El terapeuta abandona la posición de ofrecer alternativas útiles, en su lugar hace sugerencias sobre cómo empeorar su situación, describiendo concreta y detalladamente las cosas que el paciente ha estado haciendo para solucionar el problema.

Los elementos contrarios (lo que se espera que haga el paciente) son más fáciles de captar y de seguir. El paciente se hace más consciente de lo que sucederá si continúa en la misma postura, al tiempo que enfatiza en su papel activo en la persistencia de su problema.

También puede prescribir las soluciones intentadas por el paciente, presentándolo como una sugerencia que apunta auténticamente a la solución de su problema, arguyendo que lo que necesita es aplicarla con más intensidad. Esto exige que el paciente lleve al extremo la solución intentada y se vuelva aversiva.

C. **TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO**

Este no es un acontecimiento especial en la terapia breve. Se lleva a cabo de manera resumida y sencilla. Se enfoca en la consecución del objetivo terapéutico. Es preferible que sea el terapeuta quien sugiera cuándo ha de acabar

el tratamiento. En tratamientos donde se ha contratado un límite temporal, el proceso termina cuando se cumple el número de sesiones o tiempo pactado.

Hay dos circunstancias con las que puede terminar el tratamiento:

Cuando el problema ha sido resuelto

Si el paciente toma la iniciativa, el terapeuta habrá de sugerir, con poco énfasis, que se suspenda el tratamiento. Si el paciente expresa temor por la permanencia del cambio, el terapeuta señalará que una recaída es de esperarse, redefiniéndola como una señal positiva del tratamiento. También puede utilizar la fórmula “no apresurarse”. En caso que sólo reporte una mejoría cuantitativa y no cualitativa, el terapeuta se abstendrá de presionar para que continúe el tratamiento. Si el paciente desea trabajar otro problema el terapeuta le pedirá dejar pasar un lapso de tiempo entre el contrato terminado y el siguiente. En el ínterin el paciente puede reevaluar su petición.

Sin que el problema haya sido resuelto

Si se contrató un número limitado de sesiones, el terapeuta externará la idea de que, desde su punto de vista, el tratamiento ha sido inútil. También es conveniente preguntar al paciente qué cree que se haya o no se haya hecho y qué pudo haber impedido la solución de su problema.

Si el paciente propone la terminación, se evitará discutir. En caso de que se haya mostrado poco colaborador a lo largo del tratamiento, el terapeuta puede afirmar que es conveniente que el tratamiento finalice, pero no porque no se haya avanzado, sino por el riesgo que representa para el paciente que el problema se solucione, de continuar con la terapia.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Quizás una de sus principales contribuciones a la psicoterapia ha sido la construcción de un modelo de intervención eficaz y breve para el cambio, siempre y cuando se entienda y se utilice con la responsabilidad y seriedad que exige. Sus ventajas son: sencillez, concreción y reducción de presupuestos e inferencias por parte del terapeuta.

La sencillez del método, en realidad es sólo aparente. Requiere de una comprensión detallada de las pautas de relación para que el terapeuta pueda diseñar el plan de tratamiento. Otra condición es que, durante el proceso, pero

especialmente cuando se imparte una directiva, suele ser más importante la manera de plantearla que el contenido de ésta en sí (Fisch, Weakland y Segal, 1984), lo que depende del ingenio y creatividad del terapeuta.

Este modelo, como ningún otro, garantiza el cien por ciento de éxito en su aplicación. No es una opción recomendable para terapeutas demasiado “honestos”, es decir, aquellos que no reconocen que toda interacción implica un juego y que, en consecuencia, es imposible no jugar Watzlawick, Weakland y Fisch, 1979).

Independientemente de las discusiones sobre sus técnicas, este modelo resulta una alternativa original y atractiva para explicar múltiples problemas, que pueden enfocarse en el individuo, díadas o tríadas, grupos más extensos e, incluso, hasta problemas que abarcan a pueblos enteros. Si bien, la solución que proponen siempre implica un salto en el nivel lógico de quienes están involucrados, una reestructuración en la manera en que conciben el mundo, asunto nada fácil en muchos casos, pues involucra todo el sentimiento de orden y certidumbre de las personas.

2.2.4 TERAPIA BREVE CENTRADA EN LA SOLUCIÓN

ANTECEDENTES

Los trabajos e ideas desarrolladas en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto y por Milton Erickson han sido piedras angulares en el surgimiento de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones. Steve de Shazer y William Hudson O'Hanlon figuran dentro de sus principales exponentes. También ha estado influido por el pensamiento posmoderno y la aceptación de múltiples versiones de la realidad.

Las terapias breves evolucionaron como alternativa al largo proceso terapéutico del enfoque psicodinámico, que buscaba la causa de los síntomas actuales en la infancia. Posteriormente, el acento en el “aquí y ahora” propuesto por la Gestalt, agilizó el proceso terapéutico. Un paso más lo constituye la tendencia terapéutica que se orienta al futuro, interesada en cómo se resuelven los problemas, y no en su origen ni en su mantenimiento.

Erikson fue el precursor del enfoque de terapia breve (Furman y Ahola, 1996). No basaba su trabajo en ninguna teoría de la patología. No buscaba causas a los problemas, por el contrario, estaba interesado el procedimiento que las personas utilizaban para solucionar sus problemas, de manera que pudiera

ayudarles a restaurar la confianza en ellas mismas. Sostenía que todo lo que llevaba el paciente a la sesión eran elementos esenciales para considerarse. Además de creer que los pacientes tenían los recursos necesarios para hacer los cambios necesarios en sus vidas, también afirmaba que un pequeño cambio podía ser suficiente para desencadenar cambios más extensivos en la vida de la persona (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Por otro lado, el MRI, diseñó su enfoque limitando la terapia a diez sesiones. Desechando la idea de que el *insight* es condición *sine qua non* para el cambio, se enfocaron en la resolución de problemas específicos (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1994). Así también señalaban que los problemas se mantenían mediante las tácticas de solución intentadas por los pacientes; de ahí que se enfocaran en hacer “menos de lo mismo”, para lo cual se usaba el sistema de creencias del propio cliente, dándole un nuevo marco de referencia (reestructuración).

La Terapia Breve Centrada en las Soluciones surgió de la iniciativa de Steve de Shazer, a partir de 1978, y de su trabajo en el Brief Family Center de Milwaukee. Posteriormente se le unieron O'Hanlon y Weiner-Davis. Todos ellos han desarrollado y difundido este enfoque (Ochoa de Alda, 1995), poniendo énfasis en las soluciones, para ampliar lo que sí funciona, y no sólo a interrumpir una secuencia ineficaz.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La terapia breve centrada en Soluciones se sustenta de la epistemología sistémica, que conciben al terapeuta, al equipo terapéutico y a la familia como un todo (Espinosa, 2004).

Apoyado en el concepto de Bateson, sobre *la diferencia que hace la diferencia*,

el cambio sólo es posible cuando la información que recibe el paciente es suficientemente nueva para que sea captada como diferente de lo que ya existe en su marco de referencia, pero no tan diferente como para que sea imposible de asimilarse (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Cade y O'Hanlon, 1993). El cambio deviene cuando las personas pueden usar de forma más recurrente aquellas estrategias que han probado ser más satisfactorias. Esto se consigue ampliando aquellas respuestas del paciente que han sido más eficaces para ellos y enfatizando lo que las áreas satisfactorias de su vida. Marcar las excepciones

permite tener una perspectiva en el que el cambio se vuelve una expectativa más accesible (Ochoa de Alda, 1995).

De Shazer propone una teoría binocular del cambio, en la que la terapia es vista como un entorno de cooperación y no de combate o de resistencia. Para esto se sirve de dos conceptos básicos. Uno de ellos es el *Isomorfismo*, mediante el cual el terapeuta reencuadra la pauta del problema de forma que esto pueda servir de guía para planear una intervención homóloga o que corresponda al sistema de la familia. El otro se refiere a la *cooperancia*, que explica que cada persona o familia tiene un modo particular de cooperar para el cambio. Luego de que el terapeuta descubre esa modalidad, coopera con el paciente para lograr la meta terapéutica establecida (de Shazer, 1987).

Por esto, la *resistencia* no es un concepto útil para este enfoque, pero sí lo es la búsqueda de excepciones que permiten centrar la atención en las posibilidades y recursos del paciente. Pues se parte de la premisa de que las personas cuentan con las fuerzas y recursos necesarios para mejorar su vida. Otras de las premisas que maneja este modelo se mencionan a continuación (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Cade y O'Hanlon, 1993):

- a) Los problemas no están omnipresentes en la vida de las personas, son temporales y circunstanciales. Además de que tienen una causalidad circular.
- b) Tener una buena explicación acerca de la naturaleza del problema no produce necesariamente un cambio terapéutico. Por lo tanto, no hay una teoría correcta de la psicoterapia, así como tampoco es necesario conocer exhaustivamente un problema y sus circunstancias para intervenir en él (de Shazer, 1987).
- c) Es más importante la naturaleza de las soluciones, que la de los problemas. Centrarse en las soluciones y los aspectos relacionados con ellas es más importante y productivo que intentar entender la naturaleza de los problemas.
- d) La cooperación es inevitable, por tanto, cualquier cosa puede servir para ayudar en sentido del cambio o de la perpetuación del problema. De esta manera, aun lo que parece más negativo, puede ser reformulado bajo otros términos.
- e) El cambio es un proceso constante e inevitable de la vida.

- f) Debido a que todas las partes de un sistema están interrelacionados, sólo se precisa de un pequeño cambio para producir cambios a mayor escala.
- g) El cambio puede darse de forma rápida, por lo tanto, es posible que desde la primera sesión el paciente adquiera una perspectiva más productiva y optimista de su situación.
- h) Cada paciente tiene derecho de fijar sus propios objetivos de tratamiento, y el terapeuta habrá de respetarlos y ayudarle a que los consiga.
- i) Las personas no cuentan con una postura específica sobre su problema, que el terapeuta tenga que atacar. Por tanto, éste no intenta determinar ninguna posición a priori. La postura es un proceso que se va construyendo durante la terapia.
- j) Existen múltiples realidades y explicaciones de cada situación, lo que no hace ninguna de ellas más correcta que otra ni, mucho menos, se puede llegar a una verdad última. Por lo tanto, las explicaciones no son importantes para conseguir el cambio.
- k) La realidad se construye a través del lente de quien observa. Por tanto, la terapia es un espacio de construcción permanente, en el que participan de igual manera paciente y terapeuta.
- D) El lenguaje crea realidades. Las personas conocen la solución de sus problemas, pero no lo saben. Y es a través del diálogo de la sesión que terapeuta y paciente van co-creando una nueva realidad.
- m) Los problemas son patrones de lingüísticos, y no cosas en sí; y ya que el pensamiento y la acción están en constante cambio, se pueden alcanzar la meta terapéutica enfocando los procesos excepcionales en la situación problemática.
- n) El problema es la relación con el problema y la relación con el problema depende del pre-entendimiento que se tenga de él.

Estas premisas permiten una actitud terapéutica más respetuosa, tanto de la familia como de los individuos. Y sólo se incluye en terapia a quienes estén realmente motivados a asistir y comprometerse con el cambio. No es un proceso rígido que atravesase por pasos determinados a priori para incluir a otros miembros, sino que se ajusta a las necesidades de cada caso.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Para ser exitoso, el proceso terapéutico requiere que el problema quede planteado en términos observables, de hechos y de cosas; que puedan describirse de manera clara y concreta. Esto implica negociar con el paciente un problema que sea de su interés, sin imponer las propias expectativas.

Los objetivos generales de la terapia centrada en las soluciones son (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989):

- a) Cambiar la *conducta* del paciente en la situación que éste percibe como problemática.
- b) Cambiar la *percepción* del paciente sobre el problema.

Apelar a los recursos, soluciones y capacidades del paciente para resolver lo que considere un problema.

Primera sesión

La primer sesión es usada estratégicamente por el terapeuta para tomar las ulteriores decisiones respecto a la forma de intervenir (Ochoa de Alda, 1995):

- a) Definición operacional del problema y de lo que sucederá cuando éste haya desaparecido.
- b) Búsqueda de aquellas estrategias que le han sido de utilidad al paciente en la resolución de ese problema o en situaciones semejantes.
- c) Establecer detalladamente la diferencia entre lo que sucede cuando el problema no está presente (excepciones) y cuando sí lo está.
- d) Si no hay excepciones, se buscan excepciones potenciales pidiéndole que imagine y describa el futuro cuando el problema haya desaparecido.
- e) Si el paciente no puede identificar excepciones ni orientarse al futuro, se adopta el enfoque del MRI, junto con una actitud pesimista, si la optimista es rechazada, hasta que el paciente pueda hablar de excepciones.
- f) Se procede a consolidar el cambio mediante preguntas que esclarezcan los indicios que espera ver el paciente para saber que ha tenido éxito la terapia.
- g) Se inicia la intervención mediante el *elogio* de las estrategias exitosas que ya ha puesto en acción el paciente, para evitar o controlar el problema.

Tareas de fórmula (Cade y O'Hanlon, 1993; De Shazer, 1987):

<i>Tarea de fórmula de la primera sesión</i>	Se le pide al paciente que detalle aquellas cosas que desea mantener iguales y las que desea cambiar. Esto permite identificar y ampliar los aspectos satisfactorios de la vida del paciente.
<i>Tarea de la sorpresa</i>	Introduce azar en las pautas de interacción, volviéndolas más impredecibles, fijando la atención de los pacientes en nuevas conductas. Cambia el contexto de lucha por otro lúdico y con sentido del humor. Es útil en el tratamiento con familias o parejas.
<i>Tarea genérica orientada a</i>	Utiliza el lenguaje del paciente para diseñar una intervención que cree la expectativa de cambio. Se les pide que anoten sus observaciones o que los observen atentamente para que los

<i>soluciones eficaces</i>	puedan relatar. Se presupone que entre una sesión y otra habrán cambios deseados. También permite que el paciente pueda definir más claramente sus objetivos.
----------------------------	---

Intervenciones sobre el patrón de la queja

<i>Cambiar la tasa de la queja</i>	Se pide al o los pacientes que presenten el síntoma en un lugar diferente al usual, por un tiempo determinado, por un número de veces determinada, etc., de manera que puedan sentir un mayor control sobre el problema.
<i>Añadir un elemento nuevo</i>	Introduce un nuevo elemento en la secuencia del problema, preferentemente de naturaleza opuesta al problema, de forma que tenga la oportunidad de interrumpir el síntoma.
<i>Cambiar la secuencia en los elementos de la queja</i>	Luego de analizar la secuencia del problema, se le pide al paciente que anteponga o posponga alguna de las conductas que suele tener cuando se presenta el problema, de forma que puedan experimentar un cambio en el problema sin atacarlo directamente.
<i>Descomponer el patrón de la queja en piezas más pequeñas</i>	Intenta introducir claridad en la pauta, de forma que el paciente pueda detectar cuáles son los elementos que están resultando eficientes y cuáles de ellos pueden ser prescindibles.
<i>Unir la realización de la queja a la de una actividad gravosa</i>	Permite la interrupción de la secuencia problemática, puesto que pretende que el paciente evite el problema intentando evitar la actividad asignada por el terapeuta.

Excepciones

<i>Búsqueda de excepciones</i>	Preguntas del terapeuta dirigidas a encontrar omisiones a las conductas, ideas, sentimientos e interacciones que están o puedan estar asociados con el problema, lo que llevan al cliente a buscar soluciones en el presente y en el pasado, haciéndoles centrarse en aquellas ocasiones en las que no tienen o no han tenido problemas pese a esperar que los tuvieran (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Se busca llevar a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado. Centrándolos en aquellas ocasiones en las que el problema no está presente.
<i>Amplificar las excepciones y recursos</i>	Se enfatiza el cambio por pequeño que sea y se agranda lo más posible. Ante una respuesta positiva sobre cambios deseados, se amplían los cambios mediante preguntas que llevan al cliente a seguirlos poniendo, en acción o a aplicarlos en otras áreas de su vida (Cade y O'Hanlon, 1993).
<i>Elogio</i>	Destaca una conducta que ayuda a la desaparición del problema, lo que puede facilitar que esto pueda aplicarse a otra área de la vida del paciente.
<i>Animar a los clientes para hablar del cambio</i>	El terapeuta hace la petición al cliente, de que hable acerca de "los milagros" que han ocurrido entre las sesiones, pidiéndole que le proporcione una imagen clara de cuáles son los cambios, cómo se han producido y qué debe ocurrir para que los cambios

	persistan (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).
<i>Destacar los recursos del paciente</i>	Acentuar los aspectos que le pueden ser de utilidad al paciente en la resolución de sus problemas. Reestructurar la actitud que tiene el paciente acerca de sí mismo y del problema.

Reestructuración

<i>Uso de términos de posibilidad</i>	Pretenden poner en duda las certezas poco útiles que ha sostenido el paciente y que han permitido perpetuar el problema. A la vez se le demuestra a éste que el terapeuta tiene confianza en que logrará sus metas. El uso de palabras como "Todavía...", tiene este efecto.
<i>Elogio</i>	La utilización de las etapas del Ciclo Vital que caracterizan a la mayoría de las familias, con la finalidad de que consideren su situación como algo normal y cotidiano presente en muchas familias, se espera un efecto tranquilizador.
<i>Señalar la contra-evidencia.</i>	El terapeuta utiliza información dada por el cliente o por los otros relacionados con él, que no concuerda con la historia dominante del problema, como una forma de introducir dudas o de retar las creencias de los clientes acerca de sus problemas (O'Hanlon, sin fecha).
<i>Reestructuración</i>	Es una retroalimentación positiva que consiste en atribuir intenciones y motivaciones positivas a las conductas que hasta entonces se consideraban problemáticas. El terapeuta proporciona o alienta el desarrollo de un marco o significado nuevo o alternativo para una situación, de modo directo o indirecto (Cade y O'Hanlon, 1993), de forma que cambia los marcos de referencia del cliente, dentro y fuera de la sesión, para que pueda hacer cambios en su acción, al tiempo que se estimula sus potencialidades y recursos no utilizados (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).
<i>Encauzar el lenguaje del cliente</i>	Intervenciones encaminadas a encauzar los significados de las palabras que utiliza el cliente en una dirección más productiva o a emplear palabras distintas. El terapeuta encauza los significados de las palabras usadas por los clientes en una dirección productiva, alejándolo del empleo de etiquetas fijas y negativas; y llevándolo a descripciones más alentadoras y hacia descripciones de acciones.
<i>Inventar nombres y rótulos</i>	Pretende despatologizar el problema y dar agencia personal sobre la definición de éste. A través de esta intervención se definen problemas solubles. Busca una visión diferente del problema (Furman y Ahola, 1996).
<i>Formular explicaciones</i>	A través de ella se evitan explicaciones acusatorias y se ayuda a generar co-responsabilidad. Busca explicaciones que permitan encontrar nuevas soluciones.
<i>Re-ver el pasado</i>	Concebir las experiencias negativas como eventos que provocan efectos positivos. Resignificar las experiencias del pasado. Descubrir recursos.

Preguntas de avance rápido, encauzadas al futuro

<i>Pregunta del</i>	Cuando no se encuentran excepciones o soluciones pasadas,
---------------------	---

<i>milagro</i>	se puede recurrir a las preguntas orientadas al futuro. Se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema. La suposición de que en el futuro no existirá el problema, favorece que la cliente perciba con mayor probabilidad la solución del problema. Asimismo, el terapeuta recibe directrices e información concreta para ayudar al cliente a solucionar su problema (O'Hanlon, sin fecha).
<i>Preguntas orientadas al futuro</i>	Preguntas diseñadas para construir soluciones y crear expectativas de cambio. Cuando las personas perciben un pasado malo, ven igual su futuro, por lo tanto, al visualizar un futuro esperanzador y diferente, la percepción del pasado también puede modificarse (Cade y O'Hanlon, 1993). El terapeuta invita al cliente a hacer una revisión de su futuro, para que reconozca los signos que hablan de la posibilidad del cambio, con la idea de que la esperanza que surja de esto, le ayude a superar su visión actual saturada del problema.
<i>Preguntas presuposicionales</i>	Tienen el objetivo de influir sobre la percepción del paciente, dirigiéndole hacia las soluciones, ayuda a considerar excepciones y ver su situación desde nuevas perspectivas.
<i>Crear una visión positiva del futuro</i>	Generar una conversación en la que se da por hecho que el problema no estará presente en un futuro. Mediante esto se favorece una actitud optimista en el paciente, le ayuda a fijarse objetivos concretos, cambia su forma de apreciar el presente y el pasado, reconociendo los cambios que ya están sucediendo. Permite percibir el problema como algo transitorio y como parte de un proceso de crecimiento y fortalecimiento (Furman y Ahola, 1996).

ALCANCES Y LIMITACIONES

Al ser un modelo que ha abandonado la idea de que la terapia es un proceso difícil, doloroso y, algunas veces, hasta tortuoso, y asentada en toda una epistemología posmoderna, asimilando principios del constructivismo y construccionismo social (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989), este enfoque proporciona una visión nueva y de posibilidades a la terapia. Los resultados del modelo lo demuestran, siendo palpable, en la práctica, la enorme eficacia de centrarse en los recursos del paciente y lo que sí funciona. Con sólo la evidencia que da el paciente, se puede construir con él una visión mucho más positiva de sí mismo. Es un abordaje mucho más humano y estético del cambio, en el sentido que da Keeney al término (1983).

Una de las limitaciones puede ser el que, debido a su aparente simplicidad, su uso resultará en una práctica terapéutica vacua y condescendiente en manos de alguien que desconozca los fundamentos epistemológicos en los

que se asienta. Sin un análisis y conocimiento de esta base, puede aparecer como un modelo que elogia y alienta “sin ton ni son”.

Otro riesgo está en el de enamorarse de tal forma del modelo, que el terapeuta desoiga o desatienda las necesidades del paciente. Si está demasiado entusiasmado e interesado tanto en las excepciones y en los recursos, puede ser que el paciente no tenga oportunidad de hablar de sus preocupaciones. Por tanto, en este como en cualquier modelo terapéutico, es necesario no perder de vista que es la terapia la que está al servicio del paciente, no al contrario.

2.2.5 MODELO DE MILÁN

ANTECEDENTES

El modelo de Milán surgió de la iniciativa de Mara Selvini Palazzoli, quien en 1967 fundó el Instituto de la Familia en Milán. Conformó su grupo de trabajo con Gabriele Chistoni, Paolo Ferrasi, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Todos ellos de formación psicoanalítica. Los últimos tres, junto con la fundadora, serán los más representativos de este modelo en su primera etapa. En el inicio, su trabajo estuvo dirigido por el psicoanálisis. Debido a los pobres resultados que obtenían con este enfoque, comenzaron a interesarse por literatura sobre terapia familiar, principalmente la de Ackerman, Haley, Minuchin y Satir (Selvini, 1990). En 1971 abandonan el método psicoanalítico y adoptan el de Palo Alto, diseñando la *contraparadoja* como una forma de romper el doble vínculo patológico. Al ponerse en contacto con las ideas de Bateson, en 1975, cambian su concepción del sistema familiar homeostático, por otra en donde lo ven como en transformación continua, diferenciando entre el nivel de significado y de acción. También fueron influidos por las nociones de la cibernética de segundo orden en sus conceptos de neutralidad y circularidad (Hoffman, 1981).

En 1980 el grupo se escinde, Selvini Palazzoli y Prata se centran en el estudio de la *prescripción invariable*, en tanto Cecchin y Boscolo prestan más atención a la generación de hipótesis específicas para cada familia y cuestionan la utilidad de las nociones patológicas.

Hoy en día, los que fueron miembros de este grupo han tomado caminos independientes. No puede considerársele un enfoque unitario, debido a los diversos e independientes caminos que han tomado los miembros que conformaron al grupo original. Sin embargo, el concepto central de este grupo

sigue siendo el *juego familiar*, concepto que conjuga las creencias y relaciones de los miembros de la familia (Ochoa de Alda, 1995).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El juego familiar: Asentado en la Teoría General de Sistemas, el problema es considerado como juego familiar, en donde todos los miembros están involucrados (Hoffman, 1981).

Hipótesis: La formulación de hipótesis permite al terapeuta recabar y organizar la información recabada en las sesiones. Congruentes con su epistemología, una hipótesis debe ser sistémica, de manera que pueda aclarar las relaciones familiares.

Neutralidad: El terapeuta no toma ninguna posición como más correcta que otra. Por el contrario, es una actitud de curiosidad permanente que deviene en un proceso recursivo de exploración y descubrimiento de alternativas útiles (Cecchin, 1987).

Circularidad: Parte de la noción que la información es una diferencia, y la diferencia puede hacer cambios en las relaciones. Es la capacidad del terapeuta para conducir su investigación en base de una retroalimentación constante con la familia, en respuesta a la información que solicita sobre sus relaciones, diferencias y cambios (Selvini-Palazzoli *et al*, 1980).

Juego familiar: Es el mecanismo conformado a lo largo de la historia de la familia (incluyendo a las familias de origen), mediante el cual regula su funcionamiento, constituido por las creencias, reglas, valores y rutinas que definen las relaciones de sus miembros (Selvini-Palazzoli *et al*, 1998).

Mito familiar: Forma parte de la imagen familiar, pero difiere de la que aparenta ante los extraños. Es la manera en que los integrantes se presentan entre ellos y remite a roles reconocidos por todos. Es un fenómeno sistémico, fundamento de la homeostasis.

Síntoma: Es resultado de una dificultad del sistema para evolucionar de acuerdo a las demandas de su ciclo vital. Así, el paciente identificado mantiene al sistema familiar en equilibrio. (MacKinnon, 1983).

Cambio: Deviene cuando el sistema modifica su epistemología familiar, incorporando información nueva que cambia cualitativamente al sistema.

Resistencia: Es una evidencia más que aclara cuál es el juego familiar, por tanto, es considerada en la formulación de hipótesis y de intervenciones.

Metas terapéuticas: No hay objetivos específicos. Al no ser un modelo normativo, el terapeuta sólo facilita a la familia el camino para encontrar una solución que les sea útil a cada uno de sus miembros y al sistema total.

Juegos psicóticos

La metáfora de “juego” es utilizada por el equipo de Milán para integrar las reglas generales de la interacción en la familia de acuerdo a los movimientos de cada uno de sus miembros. Esta concepción integra un razonamiento sistémico y estratégico. Facilita una perspectiva que considera la interdependencia de los individuos, al tiempo que concede un margen relativo para ser impredecibles, dentro del marco de las reglas de éste (Selvini-Palazzoli, 1990).

- a) *El embrollo:* Consiste en la expresión de afectos contrarios a los que realmente se sienten. Un padre exhibe una relación privilegiada con uno de los hijos al tiempo que le da a entender, implícitamente, que lo prefiere por encima de su cónyuge. Sin embargo, se trata sólo de una estrategia en contra de éste, quien es su real centro de interés. Esto sume al hijo en una relación compleja, donde sabe que es partícipe de una relación moralmente incorrecta, lo que lo lleva a un conflicto de lealtades que pueden desencadenar un síntoma.
- b) *La instigación:* Es un patrón recursivo de provocaciones indirectas y de rabia callada. Es una provocación disimulada en donde el otro oculta su enojo, de forma que quien instiga nunca consigue hacer explotar abiertamente al otro, lo que sólo sirve para incitar una nueva provocación. Requiere de una composición triádica, que sirva como mediador de la incitación hacia un tercero.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Estructura de las sesiones (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

1	Presesión	Se formulan las hipótesis y la información con la que se trabajará en la sesión.
2	Sesión	Se pone en movimiento el interrogatorio circular y las hipótesis del equipo.
3	Discusión de la sesión	El terapeuta se reúne con el equipo para definir conclusiones y la prescripción a utilizar con la familia.
4	Prescripción de la tarea	El terapeuta da a conocer a la familia la prescripción del equipo, casi siempre para ser

		realizada en su casa.
5	Discusión de la reacción de la familia.	El equipo discute la reacción de la familia, formulando nuevas hipótesis y preguntas al respecto.

INTERVENCIONES

a) Interrogatorio circular

Es un medio para conducir una investigación sistémica de las relaciones en la familia. Pueden girar en torno al pasado, presente o futuro, y pueden generar por sí mismas cambios significativos en el sistema familiar (Fleuridas *et al*, 1986).

<i>Triádicas</i>	Sitúan a un testigo de la interacción de otros dos miembros, lo que permite que estos últimos escuchen cómo se les percibe.
<i>Alianzas</i>	Aclaran quién está más cerca o de acuerdo con quién.
<i>Clasificación</i>	Perfilan el mapa de las relaciones, estableciendo un orden en las relaciones, según alguna cualidad en estas.
<i>Hipotéticas</i>	Se dirigen a explorar la posible reacción de la familia ante algún cambio deseable o indeseable. Dirige a la familia a considerar alternativas posibles en su sistema de creencias y de conducta.

b) Intervenciones cognitivas

<i>Redefinición</i>	Cambia la percepción que los miembros tienen sobre el síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual.
<i>Connotación positiva</i>	Permuta las causas negativas del síntoma por otras que las connoten como: sacrificio, indefensión, amor, etc. Connota positivamente la relación del síntoma con las relaciones de la familia, no el síntoma en sí; de esta manera se exalta la cohesión familiar restituyéndole a la familia la credibilidad en sí misma.

c) Intervenciones conductuales

<i>Prescripciones directas</i>	Se usan para observar la capacidad de cambio del sistema o para afianzar el cambio.
<i>Prescripciones paradójicas</i>	Prescriben la secuencia patológica connotada positivamente. Introducen confusión y flexibilidad en el sistema, por lo que se utilizan ante una situación rígida. Su uso se recomienda cuando el terapeuta puede prever que no se seguirán literalmente.

d) Prescripciones ritualizadas: Prescriben una secuencia estructurada de conductas con el fin de introducir nuevas reglas en el sistema, sin necesidad de una transformación cognitiva en sus miembros. Son especialmente útiles cuando la situación es confusa (Selvini-Palazzoli, 1998).

<i>Rituales</i>	Puede indicarse como un experimento, símbolo o un rito de transición. Se indica una secuencia clara y precisa de conductas en donde participan todos los miembros.
<i>Tarea ritualizada de días pares/impares</i>	Establece la ejecución de conductas contrarias o diferentes, ejecutadas en días distintos. Suelen prescribirse cuando coexisten conductas incongruentes en la familia.

<i>Prescripción invariable</i>	Intenta delimitar, de manera paulatina, dos subsistemas familiares. Pone a los cónyuges en una posición simétrica.
--------------------------------	--

e) Contraparadojas (Selvini-Palazzoli *et al*, 1986):

<i>De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo.</i>	Traslada la etiqueta de enfermo del paciente designado, a uno o más de los hermanos considerados sanos por la familia, señalando que el 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, y que se ha resuelto sacrificarse para liberarlos.
<i>Hacerse cargo del dilema en las relaciones padres-hijos</i>	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.
<i>Aceptar sin objeción una mejoría sospechosa</i>	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, simplemente basando su decisión en la satisfacción de la familia.
<i>Recuperar a los ausentes</i>	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.
<i>Eludir la descalificación</i>	La descalificación a los terapeutas es la expresión de que probablemente han hecho algo que pone al sistema en riesgo de definir su relación. Estos deben estar preparados para sustraerse a la fascinación de entrar en el juego y contraatacarlo prescribiendo la descalificación y connotándola positivamente.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Una característica encomiable del modelo de Milán es su rigor metodológico, este hecho, en sí, apuntala sus procedimientos y su trabajo total, tanto en sentido epistemológico como técnico.

Parece ser que su aplicación puede resultar de especial utilidad en situaciones donde el terapeuta se enfrenta a familias en donde el síntoma está representado por un paciente psiquiátrico. Debido a su énfasis en el rompimiento del juego familiar, también puede ser beneficioso en sistemas extremadamente rígidos.

Por el otro lado, el interrogatorio circular, constituye una herramienta de gran utilidad en la labor terapéutica, porque, además de permitir recabar

información de forma sistémica, facilita la resonancia en el sistema familiar, poniéndolos en contacto con las vivencias y expectativas de sus miembros.

Sin embargo, puede ser que un terapeuta inexperto o con un escaso dominio de la compleja epistemología en la que se sustenta este modelo, puede correr el riesgo de complicar un caso donde el paciente tenga muchos recursos mediante los laberintos de las intervenciones paradójicas de Milán.

Por otro lado, aun cuando sus herramientas son eficaces pero desafiantes, lo que puede llegar a violentar a algunos pacientes, en cuyo caso se cuestionaría su valor terapéutico.

2.2.6 TERAPIAS POSMODERNAS

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Durante el siglo XX los profesionistas de la salud mental se guiaron por un sólo código, de corte racional, inspirados en las premisas de la Ilustración y del fundacionalismo científico de ese siglo (McNamee y Gergen, 1992). El científico se investía de una capacidad inalcanzable para el común, al creerse capaz de observar y conocer con más objetividad y certeza los fenómenos, manteniéndose lejos de sus emociones, valores y motivaciones. Consiguientemente, el terapeuta se concibió como alguien que observa y analiza desde una postura “externa”, y luego expone los aciertos o fallos del o de los pacientes, puesto que él tiene los conocimientos sobre lo que es más óptimo a la naturaleza humana.

Esta postura se ha puesto en tela de juicio a partir de ciertas críticas que nacen desde la misma práctica clínica. Se cuestiona la objetividad del terapeuta, señalando que, de hecho, el terapeuta no es ni política ni moralmente neutral en su trabajo; la terapia familiar ha enfatizado que la patología es una manifestación de las relaciones del individuo; la psicología comunitaria ha incluido la influencia de las instituciones y la comunidad en los problemas individuales; los feministas han denunciado que las prácticas terapéuticas son opresoras y nocivas para las mujeres; los constructivistas han cuestionado la separación entre observador y lo observado; la hermenéutica ha destacado que la interpretación del terapeuta está arraigada en sus presupuestos; y los testimonios de pacientes psiquiátricos han acusado al sistema de salud mental de opresor, ofensivo y cosificador.

En el marco de estas críticas han nacido las terapias posmodernas. El constructivismo, pero aún más la hermenéutica y el construccionismo social han puesto el acento en aspectos que desplazan la postura moderna imperante en el siglo XX. Así han señalado que toda explicación o argumento es un subproducto de procesos sociales (Gergen, 1996), posibilitadas y limitadas por nuestros sistemas de lenguaje. Esta consideración ha llevado a considerar que, siendo nosotros los que generamos las convenciones del discurso, entonces también somos capaces de producir relatos alternativos. Los construccionistas declaran que las ideas, los conceptos y los recuerdos devienen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje, por tanto, todo conocimiento evoluciona en el espacio de las interacciones sociales. Sólo mediante la constante conversación con otras personas un individuo puede desarrollar un sentido de identidad o voz interior (McNamee y Gergen, 1992).

Los teóricos socioconstruccionistas han sido influidos por las ideas desconstruccionistas de Derrida, el análisis del discurso de Gadamer y de Shotter y por el círculo hermenéutico de Heidegger. Para ellos la cultura es más que el contexto de la vida individual, la mente individual y la cultura es hologramática, pues las mentes individuales están contenidas en la cultura, y la cultura se mantiene en las mentes individuales (Morin, 2000).

Desde el punto de vista del posmodernismo, el yo no empieza a existir en un momento puro de autoconciencia autónoma, sino en relación con el otro. No existe un yo oculto que deba interpretarse, sino que nos revelamos a nosotros en cada momento de la interacción, por medio de las narraciones que intercambiamos con los demás. El yo permanente es sólo una ilusión, una narración elaborada en relación con otros a lo largo del tiempo y que con el tiempo la identificamos como aquello que somos (McNamee y Gergen, 1992).

Es en este sentido que el lenguaje tiene un papel central dentro de las terapias posmodernas, representadas principalmente por los modelos Narrativo y Colaborativo y por los Equipos Reflexivos, de las que hablaremos a continuación.

2.2.6.1 TERAPIA NARRATIVA

ANTECEDENTES

Michael White y David Epston son los principales representantes del modelo narrativo. Tal como ellos reconocen, han recibido influencia del método

interpretativo de Bateson, que afirma que nuestro conocimiento es producido y limitado por el contexto y por nuestras premisas, que determinan los mapas que tenemos del mundo. Así mismo han retomado los mecanismos de deconstrucción de Derrida, ya señalados anteriormente y los estudios de Foucault, sobre las prácticas del poder y la relación que guarda éste con el relato (White, 1994; McNamee y Gergen, 1992; White y Epston 1993).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La metáfora narrativa

De acuerdo al construccionismo social, nuestra identidad actual es resultado sensible de un relato vital y no un acontecimiento repentino y misterioso. Una narración bien formada es aquella en la que los personajes u objetos del relato poseen una identidad continua o coherente a través del tiempo. Una vez que ha sido definido por la narración, el individuo tenderá a preservar su identidad y función dentro del relato (Gergen, 1996 y 1997).

Narración dominante: Una narración no abarca toda la gama de experiencias de una persona; darle coherencia requiere de un proceso de selección, que omite aspectos no congruentes con un relato dominante. Estos relatos suelen estar en consonancia con un contexto más amplio, inserto en prácticas de poder (White y Epston, 1993). Las prácticas de poder imponen una voluntad de saber y de pensar, que determina la forma en la que las personas se miran a sí mismas y a los demás, constituyéndose en críticas y censoras de sí mismas y de los otros (Foucault, 1973 y 1976). El poder tiene un efecto primario en la vida de las personas, especificando una forma de individualidad a la que someterse. Así, los discursos del poder se convierten en el marco a través de los cuales vamos conformando nuestras narraciones.

El problema o el síntoma

Los síntomas o problemas de las personas están relacionados con narraciones que se insertan en los discursos de poder, que aíslan a las personas al convertirlas en censores de su propia vida (Foucault, 1976).

El relato

Mientras la narrativa dota de significado a la experiencia, la estructura de ésta da forma a la experiencia a través de dos panoramas (White, 1994): El *panorama de acción* se refiere a la forma en la que una persona concatena los hechos de acuerdo a un orden temporal y en consonancia con una trama específica; el *panorama de conciencia* está formado por las interpretaciones que la persona hace de su narración. Hablan de las percepciones, conocimientos, suposiciones y conclusiones de la narrativa dominante.

Trabajo terapéutico y cambio

Desde la narrativa, el trabajo del terapeuta consiste en trabajar junto con el paciente, en la deconstrucción de la narrativa dominante. Al hacerlo, el paciente experimenta cambios a nivel cognitivo, conductual, afectivo y social. Hace uso de diversos recursos terapéuticos, orales o escritos, para buscar historias alternativas o eventos extraordinarios que reten la historia dominante. Por consiguiente, este tipo de terapia requiere una relación con el paciente más directa, igualitaria y respetuosa (White, 2002).

PROCESO DE INTERVENCIÓN

Es necesario aclarar que las siguientes intervenciones no forman parte de una secuencia estática, sino que son parte de un proceso de co-construcción que sigue el ritmo y necesidades de cada paciente.

Externalización

Es definido por White como: “un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía” (White y Epston, 1993, p. 53; Epston, 1998).

Este proceso permite separar a la persona del problema, primer paso para retar y abandonar la descripción saturada del problema o la narración dominante que deviene de él. A través de ella se evita estigmatizar a las personas y fomenta una actitud creativa en todos los que participan del proceso terapéutico.

Preguntas de influencia relativa

Influencia del problema: A través de preguntas se examina la forma en la que el problema afecta la vida de las personas y sus relaciones.

Influencia de las personas: Tiene el objetivo de destacar aquellos eventos en los que el problema no está presente en sus vidas o en los que las personas han podido sustraerse a él. Esto dota de un sentimiento de agencia personal a los pacientes, puesto que apunta directo a sus recursos.

Acontecimientos extraordinarios: La influencia de las personas sobre el problema constituye lo que White llama “acontecimientos extraordinarios”. Un solo acontecimiento da la pauta para iniciar la construcción de una narrativa diferente. Estos pueden venir del pasado, del presente o del futuro, cuando se refieren a planes o intenciones.

Clasificación de preguntas (White, 1994):

Preguntas de influencia relativa: Son preguntas que estimulan a los miembros de la familia a hacer una doble descripción de su relación con el problema: a) la influencia del problema en la vida de ellos, y b) la influencia de ellos en la vida del problema.

Preguntas sobre logros aislados: Incitan a discriminar las intenciones y acciones que contradicen la narración dominante.

Preguntas relativas a la explicación única: Invitan a los pacientes a dar sentido a un logro aislado, relacionándolo con una pauta de acción que permita un relato alternativo; están estructurados en el panorama de acción.

Preguntas relativas a la redescrición única: Llevan a los miembros de la familia a dar sentido a los acontecimientos extraordinarios, a través de una redescrición de sí mismos, de los demás y de sus relaciones. Actúan a nivel del panorama de la conciencia.

Preguntas sobre posibilidades únicas: Exhortan a los miembros de la familia a especular sobre su futuro personal y relacional, lo que les ayuda a construir nuevas narraciones.

Intervenciones escritas

El surgimiento de nuevas narrativas se afianza mediante el uso del lenguaje escrito. Puede estar en forma de cartas: de invitación, de predicción, de despido, de contraderivación, de recomendación o cartas breves. También de contradocumentos: Certificados, declaraciones o autocertificados.

2.2.6.2 TERAPIA COLABORATIVA

ANTECEDENTES

Anderson y Goolishian, principales exponentes de este enfoque terapéutico, comenzaron a trabajar juntos, en la década de los setentas, en la Terapia de Impacto Múltiple desarrollada por el segundo en la University of Texas Medical Branch, en Galveston, Tx. Esta terapia había sido creada en 1950 por Goolishian y sus colegas, con el objetivo de realizar cambios rápidos en sistemas familiares con hijos adolescentes. Incluía a personas de la comunidad relevantes para la familia y se trabajaba intensamente con ellos, durante dos o tres días consecutivos. Idea que había sido inspirada en el trabajo sobre comunicación de Bateson y el grupo de Palo Alto, de la práctica clínica de Sullivan, de Bell y la innovación de hospitalizar a las familias ideada por Bowen. Este trabajo les llevó a un cambio paradigmático, al dar mayor importancia a los sistemas relacionales, a los recursos de la familia y a la multiplicidad de voces.

Goolishian, Anderson, Paul Dell y George Pulliam trabajaron en conjunto con la teoría sobre la comunicación humana, desarrollada en el MRI. La importancia que este enfoque daba al uso del lenguaje del cliente, fue de trascendental importancia para el trabajo del equipo.

Las ideas de Bateson, sobre la importancia de las relaciones y la comunicación en la formación de significados y la ejecución de conductas; y la teoría cibernética de segundo orden les llevó a cuestionar la objetividad del terapeuta y los encaminó a los procesos reflexivos.

Hacia finales de los ochentas, desecharon las teorías cibernéticas, tras ir adoptando las teorías provenientes del construccionismo social y de la hermenéutica. Con esto surgió el “giro interpretativo”, que implicaba una forma diferente de la práctica terapéutica, basada en el paradigma narrativo (Beltrán Ruiz, 2004).

PREMISAS BÁSICAS

A partir de la teoría socioconstruccionista y de la hermenéutica, el enfoque colaborativo afirma que los sistemas humanos son sistemas lingüísticos, generadores de lenguaje y de significado. Por tanto, son quienes participan en ellos quienes mejor pueden describirlos. En consecuencia, la comprensión y los

significados se construyen socialmente, y sólo accedemos a éstos a través de la comunicación.

Así, la terapia es un evento lingüístico a través de una conversación terapéutica, en la que se establece una continua exploración de doble vía, mutua, de nuevos significados, encaminados a la “di-solución” de los problemas y, en consecuencia, del sistema terapéutico (Anderson y Goolishian, 1996).

Terapia

La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de la “conversación terapéutica”, misma que se refiere a una exploración y búsqueda mutuas, a través del diálogo, intercambio de doble vía, los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la “di-solución” de los problemas, y del sistema terapéutico.

En terapia todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de cierto “problema”. El sistema terapéutico se distingue por el significado co-creado, no por una estructura social arbitraria.

Problema

Son narraciones que se expresan mediante la acción; merman nuestro sentido de mediación y de liberación personal. Por tanto, existen y se mantienen en el lenguaje, pues es en él a través del cual tienen significado.

Cambio

Se entiende como la construcción, mediante el diálogo, de una narración distinta que abre la puerta a una nueva mediación. A través del diálogo terapéutico se re-relatan las historias y los hechos, tejiendo un nuevo significado.

PROCESO DE INTERVENCIÓN

Tal como Anderson (1997), lo aclara, el enfoque colaborativo, más que una técnica o modelo terapéutico, es una postura filosófica que se basa en la ignorancia respecto del otro, la voluntad de dudar de los propios prejuicios – misma que se traduce en incertidumbre- y la actitud humilde del terapeuta, quien confía y cree en el relato del cliente, al tiempo que valida y honra la historia de éste.

Por consiguiente, el papel del terapeuta consiste en ser un artista de la conversación, haciendo preguntas conversacionales, que inviten al cliente a participar de una exploración compartida, en donde el tema principal es la subjetividad de éste. La pregunta más útil es aquella que le permite al terapeuta aprender más sobre el re-contar la experiencia del cliente.

2.2.6.3 EL EQUIPO REFLEXIVO

ANTECEDENTES

Los equipos reflexivos surgieron a raíz de la inventiva de Tom Andersen, psiquiatra de formación. Al inicio de los setentas se inició en el estudio y aplicación del trabajo de de diversos terapeutas familiares, principalmente de Minuchin, Haley, Watzlawick y el grupo de Milán. El uso del trabajo con equipo terapéutico propuesto por este último y la influencia de la hermenéutica, del socioconstruccionismo, el enfoque de Goolishian, las ideas del “multiverso” y de la biología del conocimiento, de Maturana y Varela, así como los trabajos de Shotter y Gergen sobre el papel del lenguaje en los sistemas humanos, constituyeron los ingredientes que le inspiraron la idea de los grupos reflexivos (Beltrán Ruiz, 2004).

Guiados en un inicio por la cibernética del primer orden y por el constructivismo, su trabajo era predominantemente directivo. Ante una incomodidad creciente de situarse como expertos y al enfrentarse con dilemas al tener que decidir qué comentarios e intervenciones utilizar del equipo terapéutico, en 1984 dieron un giro a su trabajo, permitiendo que los clientes vieran y oyeran el trabajo del equipo; con esto descubrieron que las personas podían encontrar sus propias respuesta, lo que cambió radicalmente su comprensión respecto a los procesos terapéuticos.

PREMISAS BÁSICAS

La mente individual y los significados que atribuimos a nosotros, a los demás y al mundo en general, son un complejo social relacional que se genera a través del lenguaje en el que todos estamos envueltos. Influidos por Bateson (1979), declaran que el lenguaje aporta las posibilidades y las limitaciones de nuestra comprensión; por tanto, la conversación tiene que ser suficientemente diferente al discurso del cliente como para propiciar el cambio, pero no demasiado como para que sea rechazada. Sin embargo, el cambio no es una

meta obligada, será todo el sistema terapéutico quienes determinen esto en cada momento.

El equipo reflexivo tiene como conceptos centrales al lenguaje como conversación y a la colaboración como una actitud terapéutica. Esto implica una inclusión y validación constante del saber cotidiano y de la experiencia del cliente en el proceso o conversación terapéutica.

Ya que la conversación es un fenómeno intersubjetivo, co-creado por los que participan en él, el discurso terapéutico es sólo una de distintas posibilidades, por lo cual no es superior en profundidad o certeza, sólo es diferente, en la medida que se orienta a cultivar una mayor capacidad personal y libertad en el cliente.

Reflexionar implica oír, aprehender y pensar en la información recibida, antes de dar una respuesta, en un vaivén de diálogos internos y externos (Andersen, 1994), y que, al exponer esta reflexión a los clientes, tanto éstos como los terapeutas participan en un proceso social de generación de significados y acciones alternativas, mismas que multiplican las posibilidades tanto del cliente como del propio equipo.

MÉTODO DE INTERVENCIÓN

Al igual que en la terapia colaborativa, el equipo reflexivo no es una técnica terapéutica, más bien es una forma de hacer y de concebir a la terapia. En el equipo reflexivo, tanto terapeuta como cliente participan de las opiniones vertidas por el equipo que ha observado la sesión sin interferir durante ella. Esto permite que los clientes sean participantes y observadores de la terapia que les atañe (Gergen, 1996). En general, contiene los siguientes pasos:

- a) Cada uno de los miembros del equipo escucha en silencio la sesión, de manera que pueda captar mayor información.
- b) Una vez que es llamado por el terapeuta, se reúne en el mismo espacio que la familia, o bien, se pasa el sonido y la vista del espejo hacia el equipo, para que los clientes puedan escuchar, si así lo desean, las reflexiones sobre la sesión de la que han sido actores.
- c) El trabajo del equipo reflexivo debe considerar ciertos principios:
 - a. Establecer una conversación entre ellos, no con la familia.
 - b. Traer al diálogo sólo lo referente a los temas discutidos por la familia y el terapeuta.

- c. Evitar dar consejos o hacer apreciaciones con connotaciones de valor.
- d) Una vez que el equipo ha concluido su diálogo y se ha retirado (si estuvo en el mismo espacio que la familia), tanto ésta como el terapeuta pueden dar sus comentarios sobre las reflexiones del equipo.

ALCANCES Y LIMITACIONES DE LAS TERAPIAS POSMODERNAS

Una valiosa aportación de las terapias posmodernas es el poner atención, más que las sistémicas, en los aspectos sociales, culturales y políticos del trabajo terapéutico. Su énfasis en la construcción de discursos y de significados, abre espacios para cuestionar a aquellas narraciones opresoras, reivindicando a quienes han sido marginados a través de ellas.

Sus procesos terapéuticos dan lugar a la construcción y validación de múltiples realidades, que son la simiente de cambios terapéuticos efectivos, con un enfoque más respetuoso, puesto que en el proceso no intenta adoctrinar a quien acude a terapia.

El posmodernismo tiene a su favor una actitud permanente de cuestionamiento de aquello que puede parecer inmutable, eterno, natural, innato, intrínseco, etc., lo que la compromete constantemente con el cambio y la no radicalización y el antidogmatismo. Al ser sus propuestas inherentemente autorreflexivas, todas las posturas partidas de él se convierten en las principales críticas de sus ideas y en el motor de su propio cambio. Ser un “radical posmoderno” constituye el aniquilamiento de la propia postura, aspecto que hace tan fascinantes a estos planteamientos.

Sin embargo, existe un riesgo mayor en el posmodernismo: Sus críticas pueden caer en un relativismo moral y ético, eligiendo, como señala Munné (2004), el camino más cómodo, simplificando la realidad de acuerdo a nuestro punto de vista, haciéndonos paladines de lo decadente, inviable o inaceptable.

Otro peligro, no menos importante, lo constituye la falta de rigor en sus métodos, pues al proponer más una actitud que una disciplina terapéutica, la línea entre la práctica terapéutica y una coloquial conversación se vuelve muy delgada y, a veces, hasta confusa; situación que puede favorecer la irresponsabilidad terapéutica.

CAPÍTULO III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES



3.1 Habilidades clínicas terapéuticas

Durante mi formación en el Programa de Residencia, participé como miembro del equipo terapéutico o como equipo de reflexión en 74 casos, 32% de ellos fueron familias, 14% parejas y 54% pacientes individuales. La modalidad de coterapia se utilizó en el 12% de ellos, el 88% estuvo a cargo de un solo terapeuta.

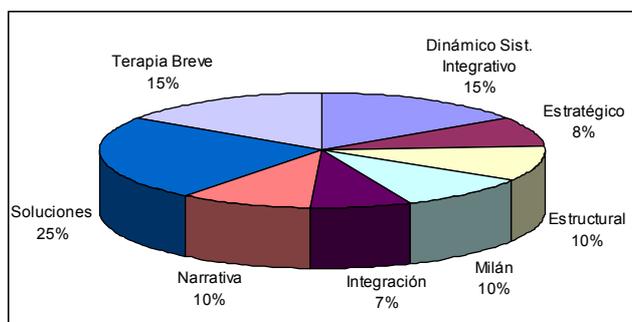
De entre las problemáticas presentadas por el total de los pacientes, se presentaron con más frecuencia los que se indican en la tabla 1¹.

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

La estructura del Programa de Residencia en Terapia Familiar permite y demanda una dedicación equitativa a la supervisión y aprendizaje de los modelos terapéuticos que contempla. Observando la distribución de los modelos utilizados en la gráfica 1, puede apreciarse sólo una predominancia en la utilización de la Terapia Breve Centrada en Soluciones.

Gráfica 1. Modelos utilizados



¹ Agradezco a Guadalupe García González su permiso para reproducir aquí la tabla y las gráficas usadas por ella en su propio reporte.

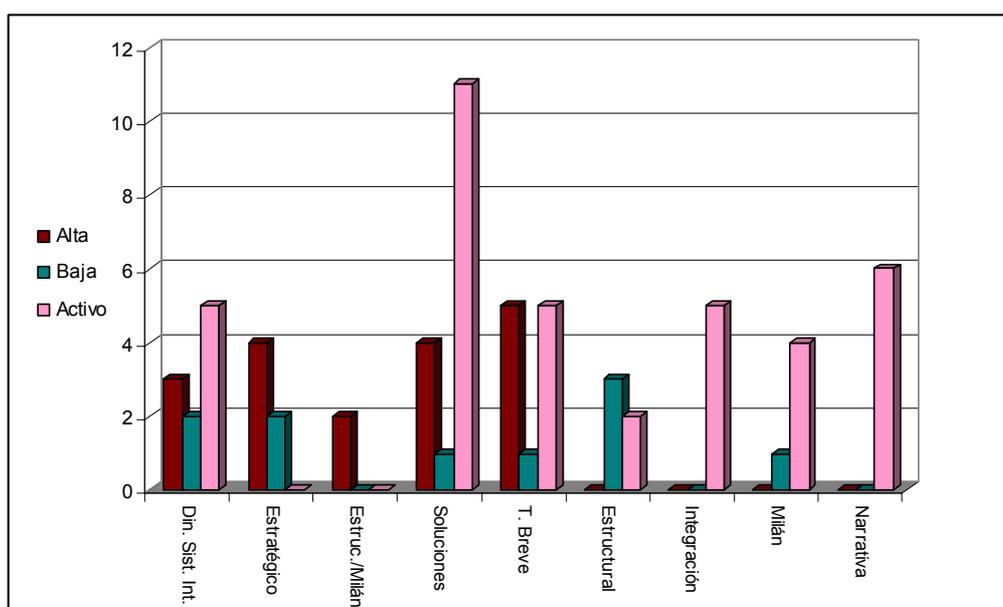
Hacia el final del cuarto semestre de la Residencia, del total de casos atendidos desde su inicio, 26% se habían dado de alta; el 14% eran bajas debidas a múltiples factores como: situaciones económicas, laborales, cambio de residencia, deserción, etc.; el 60% restante continuaban en tratamiento.

Al relacionar el estado de los casos con el modelo terapéutico utilizado es posible apreciar que los modelos de Terapia Breve obtuvieron el mayor número de casos dados de alta, principalmente el centrado en los problemas, seguido por el centrado en soluciones y el estratégico (ver gráfica 2).

Al final de la Residencia, la gran mayoría de los casos estaban siendo tratados bajo el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones y Narrativo, enfoques que habían sido revisados hacia el tercer y cuarto semestre, por lo que hubo poco tiempo de medir su efectividad.

Los mayores índices de bajas se presentaron en el modelo Estructural, Dinámico Sistémico Integrativo y el Estratégico, situación que puede deberse a que su aprendizaje y su aplicación se dieron en los primeros semestres de la Residencia, momento en que las habilidades para establecer una alianza terapéutica firme apenas estaban en ciernes.

Gráfica 2. Estado de los casos al final de la Residencia, por modelo utilizado.



Personalmente, estuve a cargo de siete casos, los cuales se esquematizan en la tabla 2; los datos representan la situación que tenía cada uno al finalizar el último semestre de la maestría. Están ordenados de acuerdo a su antigüedad.

Tabla 2. Casos atendidos personalmente.

Nombre²	Supervisor/a	Abordaje	Tipo	Estatus	Sede	Problemática
Fam. Mogollán Moro	Carolina Díaz Walls Robledo	Estructural/Milán	F	A	GD	Triangulación de problemas conyugales.
Emilio Ferroso	María Blanca Moctezuma Yano	Terapia Breve enfocada en Soluciones	I	A	GD	Ataques de ansiedad
Fam. Valencia Vitral	Flavio Sifuentes	Terapia Breve enfocada en Soluciones	I	A	McG	Límites difusos con familia política
Pareja Andrade / Alarcón	Raymundo Macías Avilés	Sistémico dinámico integrativo	P	C	GD	Dificultades para llegar a acuerdos
Diana Espino	Grupo de 4ª Generación T. F.	Narrativa	I	C	GD	Maltrato en relación conyugal
Patricia Rosales	Nora Rentería Cobos	Narrativa	I	B	GD	Crisis de identidad
Fam. Íñiguez Responsa	Flavio Sifuentes	Terapia Breve enfocada en Soluciones	F	B	McG	Problemas de disciplina en hijo de 6 años

Tipo: F) Familiar; I) Individual; P) Pareja.

Estatus: A) Alta; B) Baja; C) Continúa.

Sede: GD) Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”; McG) Centro de Servicios Comunitarios “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”.

Es preciso decir que, en la actualidad todos los casos están cerrados. La pareja “Andrade Alarcón” ya ha sido dada de alta, y “Diana Espino” se dio de baja debido a problemas laborales que le impedían asistir a terapia. A continuación presento un resumen de los primeros cuatro casos señalados en la tabla anterior. El criterio que utilicé para seleccionarlos obedeció a la intención de que representaran la aplicación clara de distintos enfoques terapéuticos y que ejemplificaran el uso de la terapia familiar en individuos, parejas y familias, propiamente dichas; de hecho, este es el orden en que los presento.

² Se han utilizado seudónimos en los nombres de los pacientes para conservar su anonimato.

CASO A
EMILIO FERROSO³

RESUMEN

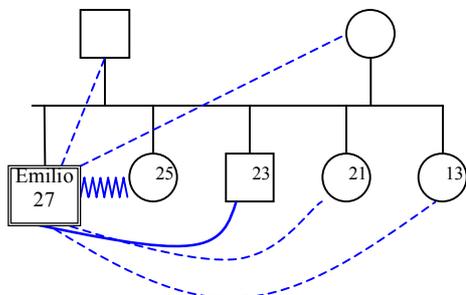
El siguiente caso fue atendido en la modalidad de terapia individual. El enfoque utilizado fue el de Terapia Breve y su duración fue de 7 sesiones. Al cabo de la sexta se dio de alta al paciente, dejando una séptima sesión para su seguimiento. El problema del paciente tenía que ver con un estado de angustia e impulsos suicidas que se desencadenaron tras cavilaciones sobre las cosas de las que no estaba satisfecho y de aquellas metas que no había podido conseguir. El trabajo estuvo principalmente encaminado a una reestructuración del sistema de creencias del paciente, a la búsqueda de los recursos y a la ampliación de sus fortalezas y de los cambios que fue llevando a cabo. Al final del proceso, las crisis de angustia y el impulso suicida desaparecen por completo a la quinta sesión. Tras un seguimiento, el 17 de mayo de 2006, el paciente informó que no se había ningún problema en este sentido y que seguía habiendo cambios positivos en su vida.

DATOS GENERALES

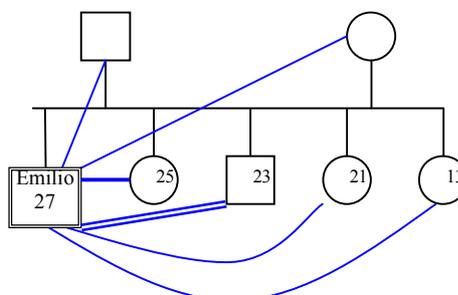
Datos del paciente	Nombre	Edad	Ocupación
	Emilio Ferroso	27	Ingeniero /Docente
Supervisora	María Blanca Moctezuma Yano		
Terapeuta	Martha López Zamudio		
Equipo de supervisión	Elvia Luisa Alfaro Bravo Julio César Cortés Ramírez Roberto Chávez Nava Ana Lilia Escalante Zamudio Ma. Guadalupe García González Domingo Lorenzo Hernández Maribel Méndez Llamas Lourdes Soto Hernández Miriam Zavala Díaz		
Escenario	Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila"		

FAMILIOGRAMA

a) Al inicio de la terapia



b) Al final de la terapia



³ Se han usado seudónimos para proteger las identidades de los pacientes.

MOTIVO DE CONSULTA

Emilio solicita atención psicológica debido a sentirse deprimido por múltiples problemas, principalmente relacionados con la falta de empleo. El sentir que no tiene alternativas lo lleva a tener ideas e impulsos suicidas, aun cuando él no desee hacerse daño.

HISTORIA DEL PROBLEMA

Emilio, de 27 años, licenciado en ingeniería química, es el mayor de cinco hermanos; vive actualmente con su familia, que consta de su padre, de 52 años, su madre de 50, una hermana de 25, un hermano de 23, otra hermana de 21 y su hermana menor, de 13. Debido a recortes de personal, perdió un trabajo en enero; por otro lado, en abril terminó una relación de noviazgo de 6 años. Actualmente trabaja como ayudante de profesor de licenciatura, en donde cubre un total de 10 a 12 horas semanales de clase.

Padece de ataques en los que tiene deseos de suicidarse –con dos intentos de arrojar a las vías del metro, interrumpidos por personal del servicio-, aunque él reconozca que realmente no desea morir. Estos problemas datan de hace cinco años, aproximadamente, sin embargo, es la primera vez que pide ayuda, debido a que antes los tomaba más a la ligera porque, aunque son iguales en intensidad, su frecuencia ha aumentado, de un ataque cada 6 o 12 meses, a varios ataques en una misma semana; al parecer, favorecidos por la pérdida de empleo y el fin de una relación de seis años de noviazgo, hace diez y cinco meses, respectivamente.

Los ataques se suscitan a partir de la preocupación del paciente sobre la no resolución de estos problemas, para pasar al embotamiento del pensamiento y luego a dolores de cabeza, llanto, sueño o insomnio, desesperación, sudoración y ansiedad por suicidarse. Las soluciones intentadas por el paciente, sólo son temporales, pues no evitan el advenimiento de otro ataque, a veces unos pocos minutos después.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Por un lado, el problema podría ser definido en términos de las crisis de ansiedad y la ideación suicida egodistónica, que se relaciona con una situación laboral desfavorable, la ruptura de una relación de noviazgo, la lejanía en las relaciones familiares y un despido reciente, situaciones para las que busca

solución y al no encontrarla, termina sintiéndose desesperado y desesperanzado, lo que desencadena la crisis.

Por otro lado, el problema podría ser definido como un “síndrome de utopía introyectiva” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), es decir, como la postura que el paciente ha tomado frente a su situación, donde busca un objetivo utópico y se sufre al no conseguirlo, al grado de desarrollar un fuerte sentimiento de ineptitud e ineficacia; en donde la huída, el retraimiento y hasta el suicidio son respuestas a esta forma de afrontar las dificultades de la vida.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- Tener la claridad mental necesaria para poder buscar un empleo o echar a andar el negocio que quiere.
- Dejar de sentirse deprimido o decaído la mayor parte del tiempo y controlar sus ataques.

DESARROLLO DEL PROCESO Y PRINCIPALES INTERVENCIONES

Uno de las primeras intervenciones que enmarcaron el trabajo que se hizo en este caso fue el tratamiento de la ansiedad. Se *escaló* el riesgo en el que el paciente percibía que se encontraba en esos momentos su integridad física, como una forma de responder con ética al pedido del paciente, señalándole que si se encontrara en riesgo importante, él tendría que pedir ayuda psiquiátrica. Esta intervención fue, además, congruente con el modelo de la terapia breve, al consultarle al paciente su propio diagnóstico.

Otra forma de disminuir la ansiedad del paciente fue el uso de la *normalización*, al utilizar información que él mismo proporcionaba, para conectarla con conocimientos generales sobre la situación laboral actual en el país, lo que contribuyó a disminuir su tendencia a atribuirse toda la responsabilidad de sus dificultades para conseguir el trabajo que deseaba. Así la atención del paciente comenzó a desplazarse de lo que no estaba a su alcance solucionar a las cosas que sí podía modificar.

La reestructuración es uno de los componentes básicos de la terapia breve (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1979, Fisch, Weakland y Segal, 1984; Cade, y O'Hanlon, 1993), pues a través de ella se promueve un significado distinto a una situación problemática o que es subestimada, modificando el marco de referencia

de la persona, estimulando sus potencialidades y los recursos que no utiliza. Esta podría decirse que fue una de las intervenciones fundamentales de este caso.

El paciente llegó a la terapia con la premisa de que un trabajo sólo era valioso si era remunerado, demandante de tiempo y esfuerzo; además sostenía su propio valor en función de cumplir con estas condiciones, y su actividad docente la consideraba sólo un pasatiempo. Esto fue utilizado como un recurso valioso para la *reestructuración*, misma que se llevó a cabo mediante el *uso de términos de posibilidad, preguntas presuposicionales, preguntas reflexivas* y del *elogio*. En distintos momentos se utilizó el “todavía no...” como una forma de introducir la idea de que la situación de “desempleo” cambiaría para él. Se plantearon varias preguntas que iban dirigidas a plantear términos medios a las aspiraciones laborales del paciente; el paciente aplicó estas intervenciones a su vida renunciando a proyectos inviables y concentrándose en hacer una carrera docente y buscando un trabajo en una empresa, pero de forma más relajada.

Una intervención importante y clave para que estos cambios se llevaran a cabo fue la reestructuración de la acepción que el paciente tenía de su trabajo docente: mediante el uso del lenguaje y *preguntas reflexivas* se planteó la posibilidad de que la docencia podía ser un trabajo formal y también agradable.

A partir de la segunda sesión se fueron percibiendo cambios en el paciente, que fueron aumentando gradualmente conforme avanzaron las sesiones. Esto permitió hacer uso de técnicas que *amplificaran el cambio*, mediante preguntas dirigidas a saber cómo estaba realizándolo; esto especialmente sirvió para enfocarse en los recursos del paciente, lo que tuvo un efecto de “bola de nieve”, al operarse cambios tanto cuantitativos como cualitativos en la vida del paciente, mismos que se detallan más adelante.

Hacia la sexta sesión, el paciente ya no había presentado los ataques de ansiedad y su actitud, tanto social como laboral, había cambiado sustancialmente. En la sesión de seguimiento, los cambios se mantenían y estaban siendo reforzados por el paciente, mediante nuevos proyectos. De esta manera se consideró adecuado dar por terminado el proceso, con el consentimiento del paciente.

CAMBIOS OBSERVADOS

a) Identificados por el paciente

- El síntoma desapareció totalmente, incluso en los momentos en los que se encontraba solo, así también desapareció su miedo a presentarlo nuevamente.
- Pasó del aislamiento a acercarse más a las personas y a su familia, lo cual ha generado respuestas positivas en su ambiente, que han redundado en la consolidación de los cambios, al ampliar su red de apoyo.
- Diversificó sus actividades entre trabajo, socialización, deporte y pasatiempos, dejando espacio para hacer proyectos más realistas y más planeados.
- Ha habido un cambio en su postura: antes pensaba en sus limitaciones y ahora se enfoca en sus recursos y talentos. En lugar de ver lo que no tiene, pone el acento en lo que sí tiene.
- El paciente identificó que lo que mantenía el problema era un círculo vicioso de pensamientos.
- Ahora ya no tiene tanta premura para lograr sus metas, está tomando en cuenta el tiempo que le puede tomar llevarlas a cabo. Cambió su forma de pensar, está reevaluado sus prioridades, ahora no se centra sólo en la satisfacción económica sino también en la personal, en el sentido de hacer cosas que le gustan.

b) Identificados por el equipo terapéutico

- Pasó de mirar a la docencia como un mero pasatiempo, a concebirlo como un empleo formal, a largo plazo y prometedor
- Se mostró cada vez más realista en relación a las posibilidades de empleo que están a su alcance, considerando a la docencia como una opción viable, donde además se siente reconocido y apreciado. Ha comenzado a elaborar un plan de acción para crecer en ese sentido.
- Su aspecto mejoró, adoptando una postura más erguida, hablando con más energía, de diferentes temas, no únicamente de sus problemas.
- Se observa un cambio en su postura y en el impulso básico anterior con el que solía solucionar los problemas: Antes insistía aplicando la misma acción, ahora se plantea la posibilidad de probar cosas diferentes, como lo expresa en el siguiente segmento de la sesión: *“escapa de mis manos, y entonces es como estar golpeando contra la pared, entonces mejor buscar o una alternativa o si no, de plano, mejor que eso quede a un lado”*.

EVALUACIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Tras analizar este proceso, podemos distinguir dos etapas en él: la primera se concentró en un enfoque de terapia breve centrado en el problema, en la comprensión del problema y su pauta, así como la postura del paciente ante éste, y donde la intervención central fue la reestructuración de la postura centrada en lo imposible, a otra enfocada en lo posible; la segunda etapa consistió en que, una vez que se comenzaron a dar los cambios, se aplicó principalmente el modelo de soluciones, en donde las intervenciones principales consistieron en buscar excepciones, evocar recursos y amplificar el cambio.

La Terapia Breve se hace efectivamente breve porque los objetivos generales del terapeuta están enfocados a cambiar la relación que el paciente tiene con él mismo, con los otros o con el mundo. Eso se logró en el caso de Emilio al reestructurar la forma en la que él percibía a su trabajo y sus posibilidades y recursos. De esa forma fue construyendo una realidad distinta, retomando anteriores recursos y apelando a otros nuevos.

El manejo del lenguaje, a través de distintas preguntas presuposicionales, introdujeron dudas y cuestionamientos en el sistema de creencias del paciente, con lo que se co-crearon realidades alternativas a las que mantenían el problema, dando por hecho que el cambio era posible e inevitable. Por otro lado, devolverle el mérito de los cambios que el paciente llevó a cabo fue de especial importancia, pues esto contribuyó a la vivencia de aptitud y eficiencia en él, amplificando el cambio.

De esta manera, Emilio llevó a cabo modificaciones en cuanto el patrón del síntoma, lo que lo llevó a su eliminación, ocupándose de lo que sí podía hacer. A nivel conceptual, cambió su percepción del problema, pues pasó de considerarlo algo grave a verlo como algo transitorio y a valorar sus recursos, recurriendo a las actitudes que en el pasado le habían sido útiles para resolver problemas.

REFLEXIONES DESDE LA CIBERNÉTICA DE SEGUNDO ORDEN

Este caso me proporcionó una experiencia de supervisión definida, precisa y focalizada que me dio claridad sobre la dirección que debía tomar mi trabajo. Esto ya resulta por sí mismo una ventaja en cualquier problemática, pero en este caso en especial, debido a la sintomatología y los riesgos que presentaba

el problema para el paciente, fue de gran valor, no sólo a nivel de intervención, sino para disminuir la preocupación que yo misma llegué a sentir, al inicio del tratamiento, por la situación emocional del paciente.

A través del proceso fui aprendiendo cómo la estructura y sistematización del trabajo terapéutico no va en detrimento del acercamiento personal al paciente ni a su problemática; pues el tener metas claras no me impidió escuchar sus necesidades, al contrario, me permitió concentrarme más en sus metas y en buscar, junto con él, alternativas de solución que se adaptaran a él.

En otros casos, el acervo lingüístico más limitado y concreto de otros pacientes, me lleva a experimentar la terapia de forma más tropezada. Debido al uso del lenguaje que le permitía a este paciente su formación académica, pude concentrarme más en comprender el proceso y menos en adecuar mi lenguaje al suyo, experimentando yo misma un proceso más fluido.

Por último, este caso puso en evidencia, para mí, una premisa que suele ser olvidada a la hora de analizar el trabajo terapéutico a partir de sus consideraciones éticas: los recursos del paciente son un agente importante en el cambio. El trabajo terapéutico es un sistema, no una suma de aciertos o desaciertos unilaterales, ya sea que hablemos del paciente o del terapeuta. Creo que los éxitos de este proceso responden a una terapia bien orientada, pero también dan cuenta de los recursos del paciente y de su determinación a hacer cambios. En este sentido, mi vivencia al final es de satisfacción y agradecimiento, porque tuve la oportunidad de acompañar al paciente en su esfuerzo y en su trabajo, que se cristalizó en sus cambios.

CASO B

FAMILIA ANDRADE ALARCÓN⁴

RESUMEN

El abordaje utilizado en este caso se ha regido por la premisas del modelo Sistémico-dinámico-integrativo, desarrollado por el Dr. Raymundo Macías, bajo la modalidad de terapia de pareja. El motivo que llevó a ambos cónyuges a solicitar ayuda fue la dificultad que sentían para resolver sus diferencias, que se circunscribían hacia la forma en que el otro desea organizar a la familia.

El proceso terapéutico se ha orientado principalmente a sensibilizar a cada miembro de la pareja sobre su participación en el conflicto y los efectos que esto ha tenido en la vivencia del otro, señalando la pauta simétrica en la que ambos son víctimas y victimarios del otro.

Hasta este momento el proceso, a través de sus doce sesiones, ha introducido cambios en la conducta uno hacia el otro, quienes tienden cada vez menos a las escaladas simétricas que antes presentaban; están reconociendo y validando la

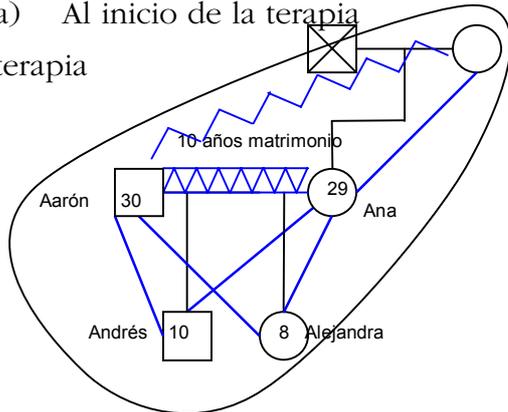
⁴ Se han utilizado pseudónimos para proteger la identidad de los pacientes.

vivencia del otro respecto a la relación y han logrado establecer límites con sus familias de origen.

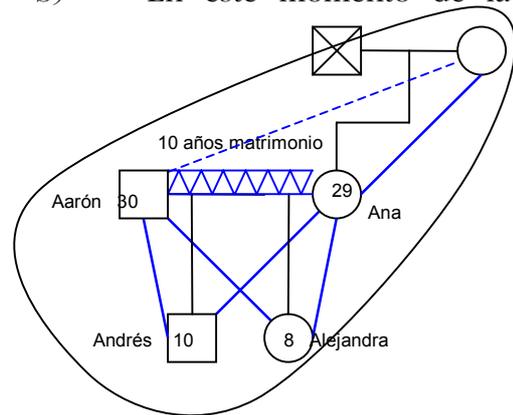
Es necesario que la pareja tome una decisión respecto a su relación que los lleve a la elaboración del perdón de sí mismos y del otro, así como a la determinación y el compromiso de trabajar para una buena separación o una buena integración, de acuerdo a lo que ellos consideren más viable, de acuerdo a su sentir y vivir. Esta es la meta final del tratamiento, el cual, por obvias razones, es preciso continuar en estos momentos.

FAMILIOGRAMA

a) Al inicio de la terapia

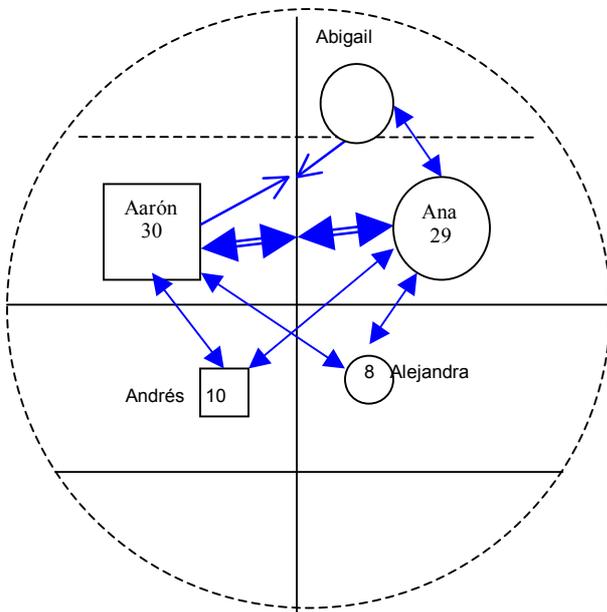


b) En este momento de la

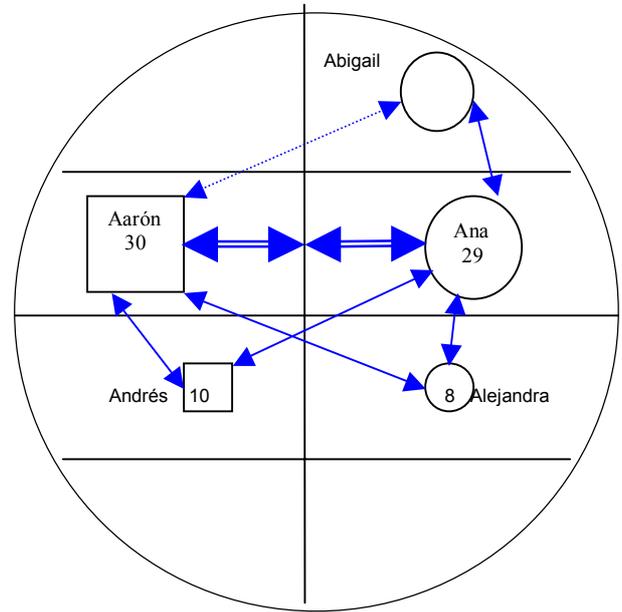


ESQUEMA DE EVALUACIÓN FAMILIAR

a) Al inicio de la terapia



b) En este momento de la terapia



MOTIVO DE CONSULTA

Ambos cónyuges solicitaron ayuda psicoterapéutica debido a que han tenido frecuentes peleas y no encuentran la forma de resolverlas. Sienten que no comparten los mismos proyectos y que, además, persiguen metas opuestas e incompatibles. Mientras ella espera progresar económicamente, a él le interesa tener una vida sin presiones, entre ellas, económicas.

HISTORIA DEL PROBLEMA

La pareja contrajo matrimonio hace 10 años, tras el embarazo del primer hijo. A partir de ese momento se fueron a vivir con Abigail, la madre de Ana, quien vive la mayor parte del año en otro Estado y sólo vive con ellos durante dos o tres meses anuales.

Mientras Aarón fue el principal proveedor de la familia, los problemas de la pareja sólo llegaron al nivel de pequeños desacuerdos que se arreglaban debido a los papeles complementarios en la pareja, en el que Aarón otorgaba el dinero y Ana organizaba la casa. No obstante, esta última iba sintiendo cada vez más desatendida por Aarón, lo que incrementó su inconformidad en la relación. Aarón, a su vez, se sentía insatisfecho y estresado por la interferencia constante de su suegra en la organización doméstica que él y Ana tenían, lo que introducía mayor tensión en el sistema conyugal.

A raíz de que ella fue tomando mayor independencia económica, los patrones de relación entre ambos se hicieron más simétricos. Cuando Ana comenzó a tener ingresos económicos, comenzó a exigir que él “cediera” a sus proyectos y a la forma en la que ella consideraba mejor para vivir como familia (en temas como la escuela privada de los hijos, cuánto dinero aporta cada uno a la casa, en qué se gasta el dinero, en qué deben invertir el tiempo, etc.). Esta actitud reforzó una posición semejante por parte de Aarón, quien puso más énfasis en la necesidad de que ella fuera la que “cediera” y que cumpliera con sus deberes de ama de casa, estableciéndose así una relación simétrica en escalada, que ha derivado en constantes desacuerdos y conflictos, con expresiones violentas.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Hipótesis dinámico-sistémico-integrativa

El proyecto de ser pareja y la decisión de serlo fue un proceso atropellado, debido a que tuvieron que apresurar sus planes de boda ante el embarazo prematuro, trastocando la idea del matrimonio, de algo voluntario a una necesidad obligada. Esto dificultó la separación de sus familias de origen, lo que llevó a tempranas disputas en el interior de la pareja, que en el presente son arraigados resentimientos mutuos.

El contrato de la relación conyugal se ha mantenido en un nivel meramente preconsciente, lo que ha dificultado la satisfacción de las necesidades de ambos miembros. Al inicio del matrimonio, Ana manifestó mayor necesidad de la compañía de Aarón, en tanto que éste tuvo dificultades en adoptar el estilo de vida que le imponía el estar casado. La pauta de relación resultante de esto fue una complementariedad, en donde ella pedía momentos junto a él, en tanto que Aarón se sentía acorralado ante las exigencias de compañía de su esposa, buscando escapes a través de aventuras extramaritales. Ana fue alimentando resentimientos por la desatención de Aarón, y éste los alimentó por las altas demandas de ella.

Cuando Ana adquirió mayor libertad económica a través de su trabajo, el patrón de relación se hizo más simétrico, tomando la revancha por la desatención que sintió de Aarón en los primeros años, y la infidelidad fue una

forma de llevarla a cabo. Este cambio de actitud ha tenido un fuerte impacto en Aarón, quien se ha sentido menospreciado por su esposa desde que ésta ha tomado un papel más demandante y retador. Así, él se mantiene inmóvil en su actitud reacia a cooperar en las demandas de ella porque siente que ella no pone nada de su parte, y ella recurre a lo mucho que dio en el pasado para reclamar una compensación. En el presente, ambos se sienten tan poco cuidados por el otro, que cada uno exige una compensación antes de dar algo a cambio, pero el importe de la factura sigue a nivel subconsciente, lo que les impide darse cuenta de cuándo y cómo quedará saldada, dando origen a un ciclo recursivo de insatisfacción.

Recursos del sistema

Un recurso, de la pareja, es que ambos tienen un estrecho lazo afectivo con el otro, que toma mayor fuerza ante los momentos de crisis, en los cuales suelen distinguir entre persona y conducta, valorando la presencia del otro por encima de los desacuerdos.

También han logrado mantener a sus hijos fuera del conflicto conyugal, estableciendo un límite claro entre sus funciones parentales y sus inconformidades como pareja. Esto ha permitido que el conflicto se circunscriba a ellos dos sin mezclar otro tipo de resentimientos.

Otro recurso de la pareja es su sentido del humor, que se manifiesta en diferentes momentos, aun cuando se refieren a los problemas que tienen. Si bien esta es un arma de doble filo, pues podría llevar a los miembros a no tomarse en serio los problemas ni las necesidades del otro, también puede ser un elemento para poner en perspectiva los problemas, relativizándolos y haciendo más ligera su solución.

Carencias o debilidades

Un aspecto que está dificultando los cambios en la pareja, es que ambos esperan que el otro realice la mayoría de los cambios que él mismo no está dispuesto a poner en práctica, lo que dificulta su movilidad para conseguir bienestar. Para ellos complacer las peticiones del otro implica “ceder”, y ceder significa perder en cuestión de territorio, fuerza y poder frente al otro. En consecuencia, han establecido una competencia constante de resentimientos y

revanchas, que dificulta que dejen tras de sí las cosas que ya no pueden remediar del paso y que se concentren en las posibilidades de su presente.

Por otro lado, suelen justificar en algunas ocasiones su conducta, pero esa misma conducta no la comprenden ni la acepta en el otro, reprochándola y exigiendo un cambio que ellos mismos no están dispuestos a efectuar.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Inmediatos:

- Devolver a la pareja información que les permita verse en un terreno común desde el cual trabajar en función de los intereses de ambos hacia la relación.
- Conseguir el compromiso explícito de ambos miembros de la pareja hacia el otro, como una forma de ayudarles a abandonar posturas que no son útiles para solucionar sus problemas de relación.

Mediatos:

- A corto plazo, definir las expectativas que cada uno de los cónyuges tiene del otro y de sí mismo, de forma de hacer conscientes para sí mismos y para el otro sus necesidades y la forma en la que vive la relación.
- A mediano plazo, trabajar en los puntos del contrato conyugal, los requisitos que debe cumplir para que ambos encuentren satisfacción en la relación.
- A largo plazo, que los miembros de la pareja pongan en marcha las actitudes que los lleven a una nueva definición de pareja, en donde ambos se sientan respetados y amados por el otro.

DESARROLLO DEL PROCESO Y PRINCIPALES INTERVENCIONES

Al inicio del proceso terapéutico Aarón manifestó que la interferencia de su suegra en la organización de la pareja era una de sus razones para irritarse y mantenerse al margen de la relación. Mediante la exploración de las necesidades de Aarón en esta área sirvió para que él expresara su necesidad de respeto y de límites, al tiempo que Ana se convirtió en escucha y testigo de esta expresión. A partir de esa intervención, Ana optó por no anteponer la opinión de su madre a las decisiones de la pareja, dando espacio a las negociaciones entre ellos, como cónyuges. Por su parte, Aarón tomó la decisión de expresarle a su suegra, (algo que no había intentado en diez años), su necesidad de tener una familia

autónoma, pidiéndole que respetara sus decisiones y sus equivocaciones; a partir de ese momento, la madre de Ana dejó de intervenir, contribuyendo a que la pareja pudiera delimitar y clarificar sus problemas.

El proceso ha tenido dos puntos críticos: el anuncio de la infidelidad de Ana y el episodio de violencia en la tercera y en la novena sesión, respectivamente. En el primer caso las intervenciones se enfocaron a explorar la situación de la pareja ante esta circunstancia, abriendo un espacio principalmente para que Aarón expresara su sentir, trabajando esta situación desde una perspectiva de oportunidad y no de problema irresoluble, trabajando sobre las necesidades de cada uno y la forma en la que es posible satisfacerlas.

El episodio de violencia física, de parte de Aarón hacia Ana, hizo patente la forma en la que cada uno justifica su propia agresión ante el otro porque, aunque en esta ocasión Ana no respondió simétricamente, sí agredió físicamente a Aarón días después. Luego de hacerles patente esta pauta, se les cuestionó si creían que esto favorecía la igualdad que tanto desean. Ambos estuvieron de acuerdo en que la violencia sólo intensifica sus problemas y no permite acuerdos.

Luego de explicarles cómo la violencia se convierte en un ciclo que se repite con mayor frecuencia cada vez, haciendo estos episodios cada vez más frecuentes, se les aclaró que no era posible continuar con la terapia si no hacían antes un pacto de no-agresión. Ambos estuvieron de acuerdo en cesar la violencia hacia el otro, decidiendo dejar de vivir por algún tiempo para decidir si deseaban o no mantener el matrimonio y bajo qué términos.

Parte de las intervenciones fundamentales que se han realizado con esta pareja ha sido la devolución de la pauta de la relación y el énfasis en los efectos que ésta tiene en la experiencia de insatisfacción y resentimiento de cada uno. A través de las sesiones se ha hecho más patente que ambos cónyuges se quejan de las mismas acciones de las que son autores y, debido a que llegaron a la terapia con una concepción del problema como “incompatibilidad de proyectos”, pero un deseo de continuar juntos, una intervención importante ha sido hacer explícita esta postura que los hace más semejantes entre sí y con el mismo proyecto: controlar al otro y modelarlo de acuerdo a sus propias necesidades, pero sin considerar las de éste. Analizando las consecuencias que esta actitud está teniendo en su vida personal y de pareja. Estas intervenciones han permitido que la pareja se haga más sensible a su participación en la problemática, lo que

está facilitando la responsabilización de cada uno y así también la solución de sus conflictos.

En el momento de hacer este reporte, la pareja había decidido conservar el matrimonio. Aprovechando esta decisión se les planteó la necesidad de que hicieran cambios en su actitud, volviéndose más activos en pro de su propio bienestar y del otro; pues, de otra forma, sería inevitable que regresaran al mismo patrón del problema; para esto se les propuso que trocaran la queja por cooperar en pro de ellos mismos y del otro. Sin embargo, ambos se mantuvieron en la queja. Ante esta postura, se les planteó diferentes preguntas sobre las consecuencias de mantenerse en esa actitud, cuestionándoles si esto era lo que ambos deseaban. Ambos explicaron tener claro que esto sólo hará crecer los problemas y puede llevarlos a una ruptura definitiva, pero no tenían claro si era esto lo que deseaban. La sesión se cerró con esta incógnita, pidiéndoles que lo reflexionaran cada uno por su parte y lo definieran para la siguiente sesión.

El plan para las próximas sesiones fue conocer cuál es la decisión que cada uno ha tomado, así como las premisas que los han llevado a ella; conciliar la decisión de ambos y trabajar en función de ella, ya sea que se inclinen hacia la separación o hacia la integración, de forma que esto traiga a la familia una mayor satisfacción de sus necesidades.

CAMBIOS OBSERVADOS

Al inicio del proceso terapéutico los conflictos de la pareja se circunscribían a las dificultades al interior de la relación y también a la interacción con la familia de origen de Ana –principalmente de su madre. La pareja logró mantener los límites con sus respectivas familias y han mantenido a sus hijos fuera del conflicto conyugal.

No se presentó un segundo episodio de violencia, y Aarón buscó otras formas menos destructivas de expresar su enojo, como son: reclamar verbalmente lo que le molesta, tranquilizarse cuando siente que algo le está molestando sobremano o retirándose por algunos momentos de la presencia de Ana para no dar pie a la escalada. Por su parte, Ana dejó de ejercer todo tipo de violencia física (por más pequeña que ésta sea), para no dar pie al patrón violento de interacción.

Ambos miembros de la pareja reconocieron poco a poco las necesidades del otro, validando el enojo, el resentimiento y la insatisfacción del otro,

mediante un proceso de reconocimiento de su parte de responsabilidad en los conflictos de la pareja.

EVALUACIÓN DEL PROCESO

La perspectiva sistémica fue útil ya que permitió trabajar con la contribución de cada uno de los involucrados en la formación y conservación del problema, así como a la solución, apelando a los recursos del sistema; y la consideración de las características individuales que, si bien se potencializan en la relación con los demás, ha permitido no perder al individuo en el todo.

La combinación de estos dos puntos de vista llevó a trazar distinciones, junto con los pacientes, respecto a “lo que es de uno, lo que es del otro y lo que es de ambos”, o de todos. En el caso de la pareja conformada por Aarón y Ana, hay expectativas en cada cónyuge que vienen de sus características personales y de la historia individual que cada uno ha tenido en sus familias de origen. El hacer énfasis en esto, promovió que la pareja pudiera poner límites más claros respecto a sus familias de origen. Este abordaje también logró que ambos se vayan haciendo, paulatinamente, responsables de su propia conducta.

Después de pasar por un proceso de tomar consciencia de su participación en el conflicto, la pareja decidió finalmente que para ellos no eran un buen momento para tomar decisiones sobre su relación, en sentido de una buena integración o una buena separación, ni tampoco para introducir cambios. De esta forma, el proceso terapéutico terminó con la invitación a retomar la terapia cuando así lo decidieran y si así lo deseaban.

CIBERNÉTICA DE SEGUNDO ORDEN

Personalmente, desde el inicio de mi trabajo con esta pareja, me sentí cómoda y segura con cada uno. Esto me facilitó establecer una buena alianza con ambos, sin sentirme más inclinada a favorecer o privilegiar la versión de uno sobre el otro.

El humor de la pareja favoreció mi integración a ellos, pero también fue un elemento que tuve que regular de forma de no mimetizarme de tal forma que perdiera de vista las implicaciones que este elemento podía tener en la problemática. El equipo terapéutico tuvo una función muy importante en hacerme notar el clima afectivo hacia el problema que se generaba ante el humor, y la importancia que yo lo utilizara en función del cambio. En un primer

momento temí que el no responder en consonancia a sus risas pudiera darles a ellos la impresión de hostilidad, pero al atenerme a las temáticas para introducir o no seriedad, resolvió esta preocupación.

El episodio de violencia que relató la pareja me puso ante una disyuntiva: validar la frustración de Aarón, pero no el que recurriera a la violencia; y validar el dolor y resentimiento en Ana, sin desestimar el conflicto que ha llevado a esto; Por otro lado, este dilema me ayudó a no parcializar mis intervenciones y sí adoptar una postura de responsabilización y de ética, en donde, ante todo, tenemos que trabajar en un ambiente seguro, y que no se tome a la terapia como un contexto legitimizador de la violencia y el maltrato en la relación de la pareja.

También logré deshacerme de un punto de visto normativo, concentrándome más que nada en cuidar de que ambos tomen una decisión que les dé una vida con mayor tranquilidad y satisfacción que la que están teniendo en estos momentos, ya sea juntos o separados. Esto me permitió salir y entrar de la mirada del problema y evitar convertirme en parte de este. Todos los modelos terapéuticos ponen énfasis en la necesidad y utilidad de que el terapeuta no tome partido por ningún miembro en específico, -a menos que esto se haga de forma estratégica-, y creo que a lo largo del proceso terapéutico pude mantenerme en esa posición.

CASO C

FAMILIA VALENCIA VITRAL⁵

RESUMEN

El abordaje terapéutico utilizado para este caso fue el de la Terapia Breve Centrada en Soluciones. Las primeras tres sesiones tuvo una modalidad familiar, pues se atendió a la mamá junto a sus dos hijos menores. Las siete sesiones restantes fueron individuales con la Sra. Victoria, a petición suya y debido a que, para los niños, el problema había dejado de existir.

En un inicio el objetivo terapéutico fue ayudar a la familia a adaptarse a la ausencia de la hija mayor quien se fugó con su novio, debido a que estaba embarazada. Posteriormente, debido a la información aportada por la señora, el objetivo se centró en diferenciar las necesidades de la señora respecto a su familia política, su esposo y su hija mayor, y delimitar su competencia en cada una de estas relaciones, de forma que pudiera ser más útil evitando conflictos innecesarios.

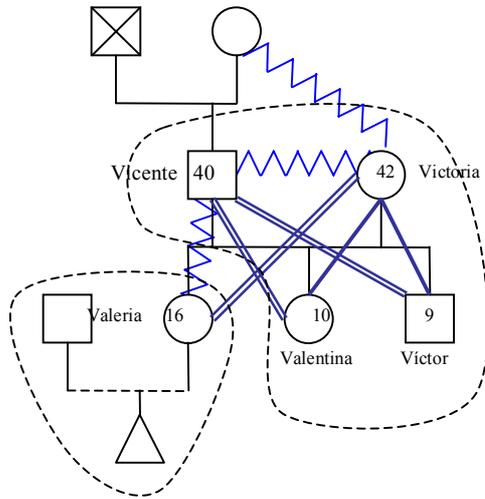
Las intervenciones se dirigieron principalmente a explorar los recursos de la Sra. Victoria, hacer preguntas reflexivas que le permitieran distinguir entre lo que estaba a su alcance y lo que no y a amplificar los cambios.

El proceso terapéutico llegó a su fin en la décima sesión, cuando se alcanzaron los objetivos y la propia paciente manifestó su bienestar y disposición para prescindir de la terapia.

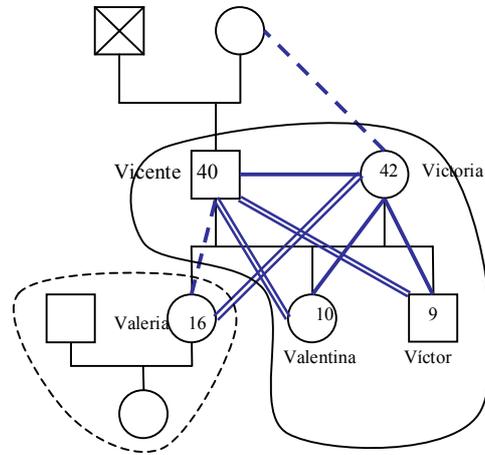
^{5 5} Se han usado seudónimos para proteger la identidad de los pacientes.

FAMILIOGRAMA

a) Al inicio de la terapia



b) Al final de la terapia



MOTIVO DE CONSULTA

Valeria, la hija mayor, de 16 años, se fugó de la casa, con su novio, desde abril del 2005, debido a que está embarazada. Esto ha causado mucho dolor a cada uno de los cuatro miembros restantes de esta familia. Victoria, Víctor y Valentina dicen sentirse muy tristes, como si a la casa se le hubiera ido la vida, no tienen ánimos de nada, se sienten solos y lloran con mucha frecuencia. El Sr. Vicente, pese a ser el solicitante, no se presenta a las sesiones. A la señora Victoria le angustia que éste se niegue a tener cualquier tipo de contacto con Valeria y desea que padre e hija vuelvan a relacionarse igual que antes.

HISTORIA DEL PROBLEMA

La familia vive adjunta a la casa materna de Vicente. El padre de éste falleció hace 5 años, aproximadamente. Desde entonces, Valeria vivió con su abuela paterna, hasta una semana antes de irse de su casa. Vicente es comerciante y Victoria, se dedica al hogar, aunque en años pasados también trabajaba fuera de casa.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA PROBLEMÁTICA

La familia ha tenido que organizarse de acuerdo a la presencia e interferencia de la familia de origen de Vicente, principalmente de su madre. Victoria, se ha sentido presionada ante las críticas de su suegra, y se ha volcado a controlar lo único que tenía al alcance: a sus hijos y las tareas domésticas. Por su

parte, Vicente, ha sido bien acogido por sus padres y, en última instancia, por su madre. Esto le ha permitido poder relajarse más en su papel de padre. De manera que ella ha venido jugando, cada vez más, el papel de mala madre, al exigir limpieza, orden, disciplina, obediencia, etc., en tanto que él ha desempeñado el papel de buen padre, puesto que, al convivir poco con su familia, está también menos involucrado y comprometido a resolver los conflictos familiares.

En este contexto, la salida de Valeria de la casa familiar, se convirtió en un tema más de reproche hacia Victoria, por parte de Vicente, señalándola como única responsable de este hecho, pues él se percibe a sí mismo haciendo “todo” por sus hijos. Victoria se ha adjudicado también gran parte de esta culpa, no sólo por las referencias de su esposo, sino por las de su propia suegra.

Por su parte, Vicente insiste en que ha superado la ausencia de Valeria, pese a que llora cuando alguien hace referencia a ella y a que se muestra muy molesto de que los demás tengan relación con ella.

Sin embargo, esta situación ha traído algunos beneficios a la familia: el padre suele regañarlos menos; salen con mayor frecuencia a pasear o a distraerse los cuatro, como familia; madre e hija mayor suelen verse con más afecto desde que ella no está en casa, opuesto a la relación distante y a veces agresiva que tenían cuando estaban viviendo juntas.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El problema que presenta la señora Victoria puede ser definido en términos de un error de tipificación lógica, derivado de su sistema de creencias, a través del cual considera que ella debe trabajar exhaustivamente para conseguir los cambios que desea ver en los demás; actitud que presenta especialmente, por un lado, con su suegra y su familia política, y con su esposo, por el otro.

En otras palabras, intenta un cambio tipo 1 en una situación en donde precisaría de un cambio tipo 2 (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976). Las premisas que guían sus esfuerzos no permiten que los demás se hagan cargo de sus propios cambios, manteniéndose en un constante esfuerzo que la lleva al desgaste y a enfrentamientos con los demás.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- Delimitar la colaboración que la paciente quiere, puede y le conviene dar a su familia política, de forma que no afecte sus actividades y su relación con sus hijos y con su esposo.
- Adoptar una relación entre ella y Valeria acorde a las exigencias que las circunstancias actuales demandan.
- Diferenciar sus necesidades de las de su esposo, respecto a la forma en la que desea cada uno relacionarse con Valeria.

DESARROLLO DEL PROCESO Y PRINCIPALES INTERVENCIONES

En la primera etapa del proceso, la atención se dirigió a explorar los cambios que se han suscitado a partir de la partida de Valeria, con lo que surgieron las primeras excepciones, pues señalaron que a partir de dicho evento salen más los cuatro a divertirse, el señor Vicente tiene más paciencia con Valentina y Víctor, en tanto que Victoria y Valeria tienen una relación más cercana a la que tuvieron los últimos cinco años.

Esta información sirvió para *reestructurar* la situación, resaltando que la partida de Valeria los estaba acercando más, al valorarse unos a otros. La reacción de Vicente ante el tema de Valeria se *redefinió* como un dolor que está expresando a través del coraje, pues parece ser que es lo que tiene a su alcance para no abatirse por completo, sugiriendo a Victoria que le diera tiempo a su esposo para asimilar la situación.

Se utilizó una *metáfora* al pedirles a los miembros de la familia que cada uno hiciera uso de su propia luz para ayudarse y ayudar a los otros y también se *normalizó* la partida de los hijos como una etapa por la que tienen que pasar todas las familias.

De acuerdo a los fundamentos de la Terapia Breve, las sesiones terapéuticas sólo se llevan a cabo con los interesados en ella, sin obligar a ninguno de los miembros de la familia a participar si no tienen el deseo de hacerlo (Fisch, Weakland y Segal, 1982); bajo este precepto, fue congruente excusar de la sesión a los niños, a partir de la cuarta sesión, liberándolos de un espacio en el que no estaban interesados y facilitándole a la paciente un ambiente de confianza y tranquilidad –que ella misma pidió-, donde pudiera expresar sus problemas y encontrarles solución.

Ante las preocupaciones redundantes sobre asuntos que escapaban al poder de Victoria, -como es el enojo de su esposo hacia su hija y las equivocaciones que ella tuvo en la crianza de Valeria-, se usaron *preguntas reflexivas*, a través de las cuales se llevó a la paciente a discernir entre lo que estaba a su alcance cambiar y lo que no podía modificar; a contextualizar estas acciones pasadas, no sólo en función de ella, sino de su esposo y de la familia en general; y a apreciar desde ángulos diferentes la situación familiar, analizando su postura y la de los demás, distinguiendo lo que le correspondía a ella de lo que competía a los demás solucionar.

También se *destacaron los recursos* de la paciente repetidamente, estas intervenciones tomaron principalmente la forma de preguntas sobre lo que Victoria tenía a su alcance hacer para ayudar a cada miembro de la familia a resolver los problemas de cada uno, lo que daba pie a que la paciente hablara de lo que sí funcionaba en su vida: cuidar a Valeria –en la medida de sus posibilidades-, atender a Valentina y Víctor, respetar la decisión de su esposo de no relacionarse en estos momentos con su hija mayor.

En la quinta sesión asistió el señor Vicente, por lo que el trabajo se centró en escuchar la perspectiva de él, para aprovechar su presencia y ver la posibilidad de que se integrara a las sesiones. Vicente reiteró constantemente acusaciones abiertas y encubiertas hacia su esposa, en ese sentido se le preguntó cómo podría hacer para ayudar a su esposa, pero sólo respondió con más quejas. Por otra parte, negó que la ausencia de Valeria fuera un problema para él

–aun cuando simultáneamente llorara. Aunque se comprometió a seguir asistiendo, no volvió a asistir a las sesiones.

Se *deshicieron las conexiones con otros problemas* (Furman y Ahola, 1996), para ayudar a la paciente a adoptar una mirada más sistémica sobre los problemas. Esto fue usado en varias ocasiones, cuando la paciente se declaraba como la única responsable de los problemas familiares, de los errores o de la transmisión de “malos valores” hacia sus hijos, y se llevó a cabo mediante preguntas que llevaban a analizar la participación de su esposo, de ella misma y de sus respectivas familias de origen en la situación familiar.

Paulatinamente Victoria fue asumiendo aquellas tareas que le correspondían y desistiendo de cambiar lo que no estaba a su alcance; se mostró más determinada ante su esposo y delimitó la interferencia de su familia política. Ante cada cambio, se recurrió al *elogio* y a la *ampliación del cambio*, como una forma de resaltar los recursos de la paciente y otorgarle el crédito de estos progresos.

Hacia la novena sesión, Victoria indicó que los motivos que la habían llevado a la terapia estaban prácticamente resueltos: su esposo estaba acercándose gradualmente a Valeria, ella atendía más a Valentina y Víctor ahora que no se dedicaba a complacer a su familia política y Vicente y ella estaban pasando más tiempo de esparcimiento juntos.

Consecuentemente se hizo el cierre del proceso. Un mes después se hizo un seguimiento del caso. Los cambios se habían mantenido.

CAMBIOS OBSERVADOS

a) Identificados por la familia y por la paciente

- Tanto Valentina como Víctor recuperaron rápidamente el buen ánimo, adaptándose a las nuevas condiciones familiares que les planteaba la ausencia de Valeria, aprovechando las oportunidades que tenían para verla.
- Victoria dejó de insistirle a Vicente que se reconciliara con Valeria, lo que disminuyó los enfrentamientos entre ellos.
- No atiende a las exigencias y críticas de su familia política, concentrándose más en las necesidades de su familia y de sí misma, por lo tanto, su carga de trabajo y su presión disminuyó.

- Se muestra más firme y decidida ante las increpaciones de Vicente, ante lo cual él está corrigiendo su actitud, retractándose y apoyándola más.

b) Identificados por la terapeuta y el equipo terapéutico

- Victoria se concentró paulatinamente a actuar en el presente, cesando de reprocharse lo que no resultó como deseaba en el pasado, corrigiendo en el *hoy* lo que sí puede cambiar.
- Al dejar de insistir en que su esposo cambie su actitud con Valeria, reflexionó más sobre la relación que tuvo en el pasado con ésta, lo que la llevó a mejorar la relación presente con ésta.
- Ha establecido distinciones entre su participación en los problemas familiares y la de los demás, haciéndose cargo de lo que a ella le compete.
- La paciente se mostró más abierta a explorar posibilidades y recursos; le fue más fácil hablar de las cosas que está haciendo bien, deteniéndose un poco más en estas y dando un poco menos de tiempo a hablar de lo que no funciona bien en su familia y en su vida.

EVALUACIÓN DEL PROCESO

Haciendo un análisis del trabajo realizado en este caso, se pueden encontrar algunos elementos que sobresalen por su trascendencia y por los resultados obtenidos con su utilización. En primer lugar estaría la importancia del uso del lenguaje de la paciente señalado por los autores de la terapia breve (Cade y O'Hanlon, 1993), como una forma de acercarse a la forma en la que ésta concibe el mundo y sus problemas. Haber usado un lenguaje abreviado y acotado a temas muy concretos, fue definiendo el cauce del proceso terapéutico, evitando que nos perdiéramos en las múltiples aristas de la vida familiar –sin por ello desestimarlas-, y obteniendo cambios significativos en el sistema familiar.

En segundo lugar estarían las intervenciones que fueron contribuyendo al cambio; en este caso se resaltarían cuatro: las preguntas reflexivas, el marcar distinciones y el centrarse en los cambios y en los recursos de la paciente. Parece que, paso a paso, la paciente pudo echar mano de otros puntos de vista sobre sus condiciones familiares, modificando sensiblemente su postura ante los problemas. Este no fue un proceso con cambios dramáticos de una sesión a otra, de hecho, muchas veces el cambio parecía retroceder. En este caso habría que

considerar los tiempos propios de la paciente, quien a su estilo y a su ritmo fue incorporando lo que fue útil para ella; finalmente de eso se trata el trabajo terapéutico.

CIBERNÉTICA DE SEGUNDO ORDEN

En mi primer encuentro con los miembros de esta familia (la madre y los dos hijos menores) sentí mucha impaciencia debido a que sus estilos de comunicación, tan diferentes al mío, me dificultaba el acercamiento a ellos tres. Levantaban constantemente la mano para finalmente no tener ninguna pregunta, hacer algún comentario a otro de los miembros, pero que no tenía relación con los motivos que los habían llevado a terapia, o hasta para decir que ya no tenían ninguna pregunta o que se les había olvidado lo que iban a decir.

También era difícil para mí comunicarme con la madre, porque me daba la impresión que no comprendía lo que le decía, como si tuviera su propio discurso, y lo siguiera, independientemente del mío.

Al paso del tiempo, todo fue cambiando. Llegué a relacionarme de forma más relajada con ellos. Creo que, por una parte, ellos aprendieron a conducirse de forma más ordenada en las sesiones y, por otra, yo me adapté a la forma en que ellos se comunicaban, distinguiendo con alguna facilidad cuando deseaban hablar sobre asuntos de la sesión, en contraste cuando estaban aburridos y desinteresados, y buscaban una manera de interrumpir. Además de las razones técnicas expuestas más arriba, haberlos excusado de las sesiones fue realizado por mí como una forma de atender a sus necesidades y a las mías propias, para contar con un ambiente de cooperación que se estaba viendo comprometido debido a que la terapia ya no era una necesidad para ellos.

Aun cuando durante las diez sesiones de las que constó el proceso terapéutico, me siguió pareciendo que la señora no atendía o no entendía mis comentarios, fue útil hablarle en un lenguaje lo más concreto posible e incluso hacer un mayor uso de preguntas cerradas cuando le era difícil resumir algún aspecto. Esto me exigió un ejercicio de comunicación que se fue volviendo más fluido conforme pasó el tiempo. Tuve que esforzarme por no ir acotando la conversación, para no perder la sesión en detalles anecdóticos, pero sin caer en la intrusión, en la impaciencia y en la desatención o desconsideración.

Un aspecto que me ayudó a acercarme de manera más afable a la paciente fue el constatar, a través de cada sesión, que la información manejada

en consulta tenía resonancia en ella, y que estaba activamente comprometida con su cambio. Viéndolo en su totalidad, compruebo que un sistema (en este caso, un sistema terapéutico), no se sustenta sólo en las competencias del terapeuta, sino en las características del paciente; y cuando éstas son respetadas, validadas y utilizadas en favor del cambio, terminan beneficiando a todos los implicados.

CASO D

FAMILIA MOGOLLÁN MORO⁶

RESUMEN

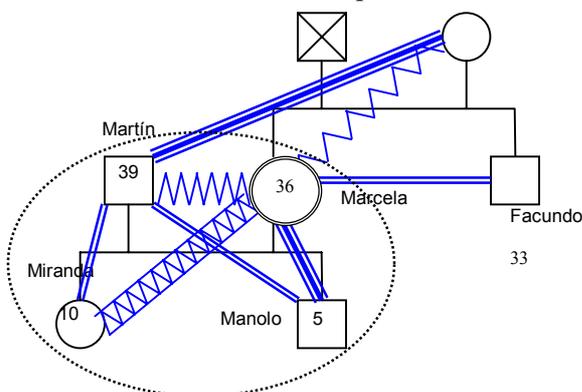
En este caso fue abordado de acuerdo a dos modelos terapéuticos: Estructural (primeras diez sesiones) y Milán (últimas cinco sesiones). El paso de un abordaje a otro obedeció al cambio de semestre y, por tanto, al cambio de modelo de supervisión. La duración total de sesiones fue de 15 sesiones. Se osciló entre una modalidad de terapia individual y familiar, en aras de obtener información y posibilidad de llevar a cabo intervenciones que favorecieran el cambio.

El trabajo terapéutico se dirigió hacia modificar las pautas de interacción entre los miembros de la familia, de forma que los hijos quedaran exentos de los problemas conyugales de Marcela y de Martín. Sin embargo, Marcela continuó, a lo largo de todas las sesiones, reacia a modificar sus patrones de conducta, siempre esperando que fueran los demás quienes cambiaran y la complacieran. Se observaron cambios en cuanto a la frecuencia de las peleas en la pareja, no así en cuanto a la calidad de interacción entre los miembros. Por lo tanto, podemos decir que no hubo un cambio cualitativo sustancial.

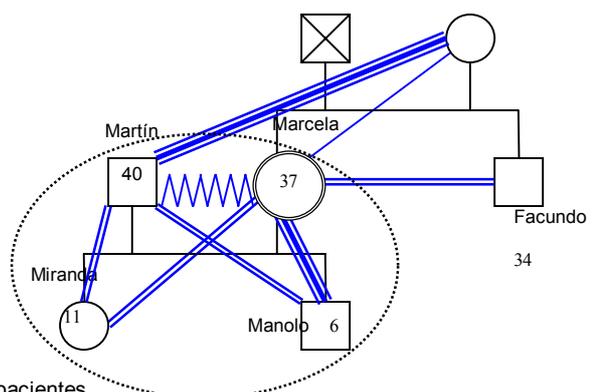
El tratamiento terminó mediante una intervención de Milán, en donde el equipo aceptó sin objeciones la supuesta mejoría en las relaciones familiares que describió la paciente. De esta manera se buscó salir de un sistema donde las continuas descalificaciones de la paciente hacia el equipo terapéutico, mismas que perpetuaban el problema.

FAMILIOGRAMA

a) Al inicio de la terapia



b) Al final de la terapia



⁶ Se han usado seudónimos para proteger la identidad de los pacientes.

MOTIVO DE CONSULTA

Maltrato físico y psicológico por parte de su esposo. A la fecha de la solicitud, hacía dos años que no tenían relaciones sexuales. La situación era tensa y estaba afectando a toda la familia. La paciente dijo presentar síntomas de ansiedad, irritabilidad. El esposo está desempleado desde hace años. Estos problemas estaban afectando su vida sexual, familiar y su salud.

HISTORIA DEL PROBLEMA

La pareja comenzó a tener problemas desde el inicio de su relación, pero se agudizaron a partir de la pérdida de trabajo de Martín. Marcela se unió a Martín esperando que éste compensara la ausencia de un padre al que pudiera admirar y que, además cumpliera las funciones de proveedor, protector y guía. En tanto que Martín deseaba tener la familia que le faltó antes de su matrimonio, que lo protegiera y lo apoyara.

Ninguna de ambas expectativas han sido cubiertas, por tanto se han volcado en búsqueda de aliados. Martín se ha aliado con su suegra, con quien Marcela ha tenido problemas desde su infancia, por considerar que su madre no comprendía las necesidades de su padre. Estos problemas se han agudizado en el presente, debido a esta alianza entre su madre y su esposo.

Tanto Miranda como Manolo oscilan en la alianza que establecen con sus padres, y se dividen entre defender y/o complacer a uno o a otro. Actúan como mediadores y moderadores del conflicto conyugal, lo que impide que afloren las verdaderas posturas de un cónyuge frente al otro.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Desde el modelo Estructural, el problema se define como una triangulación (Minuchin, 1979), en donde cada padre está demandando la alianza de sus hijos, -especialmente de Miranda-, en contra del otro cónyuge, estableciendo escaladas (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967) dirigidas a definir la relación y, con esto, ostentar poder y fuerza ante el otro. Además, les ayuda a no responsabilizarse de los cambios que tendrían que hacer, a nivel conyugal y a nivel parental, para mejorar la vida de ellos mismos como individuos, y de sus hijos.

Evaluación familiar

De acuerdo al modelo McMaster (Epstein, 1978), este es un sistema altamente disfuncional. La manera en que se han habituado a *resolver los problemas* no tiene rasgos de análisis y planeación. Sólo hay estallidos de agresión de uno hacia el otro, que no resuelve los conflictos, y sí los agudiza aún más, exacerbando los resentimientos entre ambos. La *comunicación* es predominantemente indirecta y clara. No se le al destinatario del mensaje la

oportunidad de defender su posición. Este factor contribuye más el disgusto de los cónyuges.

La *adopción de roles* tradicionales, con un padre proveedor y una madre encargada de la casa, no se siguen. Este es un factor que está siendo un motivo de alta inconformidad en la esposa, quien utiliza el argumento de la ineficacia e irresponsabilidad de su esposo, para hacerle ataques frecuentes. La *respuesta afectiva* es desproporcionada en su manifestación agresiva. No hay soporte emocional en los momentos en que los miembros así lo necesitan. No hay *involucramiento afectivo* entre los miembros. Los cónyuges están desinteresados del bienestar de los miembros de su familia, pese a usar a sus hijos como constantes argumentos y justificaciones de sus explosiones de enojo. El *control de la conducta* en el sistema es predominantemente caótico. Los cónyuges utilizan reglas incongruentes con sus hijos para atacarse mutuamente y luchar por el poder.

Estructura familiar

Los *límites* son difusos en los subsistemas conyugal, parental y filial, por la mediación de los niños a los problemas conyugales de sus padres, por la intrusión que tienen los problemas conyugales en la educación de los hijos, y por la dificultad de los progenitores para ponerse de acuerdo, sin atacarse, en cuanto a la educación proporcionada a sus hijos.

La *jerarquía* se presenta a través de una relación simétrica rígida, en donde ambos están constantemente peleando por el control del sistema, ella a través de su poder económico, al ser la única que aporta dinero a la familia, y él ostentando el poder de ser el dueño de la casa donde vive ella, lo que le da el poder de disponer algunas normas respecto a la convivencia que se da en la familia.

El sistema muestra gran *rigidez*. Tiene muchas dificultades para adaptarse a una nueva estructura. Las alianzas son rígidas, habiendo poca posibilidad de que varíen, debido a la constante búsqueda de coalición con sus hijos, por parte de cada uno de los cónyuges, para atacarse mutuamente.

Los miembros tienen *resonancia* ante el conflicto de los demás, no a sus necesidades. Todos los miembros del sistema familiar reaccionan ante los problemas, pero, en el caso de los cónyuges, esto no se presenta en el sentido de ayudarse y resolver los problemas, sino para atacarse uno al otro. Los hijos,

por otra parte, reaccionan también ante el conflicto, en un papel de mediadores y conciliadores de sus padres.

Estadio del desarrollo de la familia

Esta familia se encuentra en la etapa de *Diferenciación y realización*, de acuerdo a la clasificación hecha por Barragán (1975). Su tarea principal en este momento es la consolidación de su estabilidad. En este momento los conflictos suelen darse en dos áreas principalmente: El ritmo de crecimiento personal de cada uno de sus miembros y en el estilo de cada uno de ellos para alcanzar su productividad.

No existe intimidad en el subsistema conyugal. El alejamiento en esta área es típico de matrimonios no funcionales. Su matrimonio puede entrar en la clasificación de *Matrimonio habituado al conflicto*, en donde los controles son rígidos, existe tensión y conflicto constante. Lo que habla de una insatisfacción profunda y miedo a la soledad.

Los hijos no pueden llevar a cabo su expansión como individuos, debido a las alianzas y coaliciones que deben llevar a cabo para “ayudar” a sus padres. Esta estructura familiar está atentando y dificultando mucho el desarrollo de la autonomía en sus hijos.

Debido a que en esta etapa ya se han instalado patrones de dominación, la modificación del sistema se vuelve más difícil. Pero, de no hacerlo, las consecuencias para los miembros pueden ser serias, en sentido social, psicológico y de salud.

Análisis desde el Modelo de Milán

El *juego* de esta familia es la instigación. Tanto Martín como Marcela provocan la cólera del otro a través de sus hijos, principalmente por medio de Miranda. Marcela lo hace criticando e insultando a Miranda por cosas que, en realidad, le molestan de su esposo. Por su parte, Martín, destroza la autoridad de Marcela, mediante la excesiva complacencia hacia sus hijos.

Esta situación pone a los hijos en un conflicto de lealtades. Por una parte Marcela, arraigada en el mito familiar de que la hija debe desempeñar el papel de supervisora y reguladora de la conducta de su padre, le exige a Miranda que cubra el papel que ella misma trató de llevar a cabo, sin éxito, con su propio padre. Manolo, en gran parte favorecido por su escasa edad, está jugando un papel menos central, pero también comparte algunas de las funciones con su hermana: defiende a su madre y suele inculparse para ponerla “a salvo” de los ataques de su padre. Es cómplice de su madre.

Gracias a la mediación de los hijos, el *impasse* conyugal no llega a deshacerse, ya que el dolor auténtico de los cónyuges se desvía hacia el “bienestar de los hijos”, perpetuando la lucha entre ellos.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- a.** Que la paciente encuentre nuevas formas de expresar a su esposo sus inconformidades, de forma que los hijos queden liberados de los conflictos conyugales; situación que, posiblemente, repercuta en Martín al buscar nuevas formas de relacionarse él mismo con sus hijos y con ella.
- b.** Que la paciente tome decisiones respecto a su relación conyugal que le proporcionen bienestar a ella y que se extienda a sus hijos, al definir con claridad la situación de Marcela y Martín.
- c.** Propiciar que Miranda reacomode su posición en los conflictos conyugales, retomando su papel de hija y abandonando la postura conciliadora que la pone en una situación insostenible de conflicto de lealtades.

DESARROLLO DEL PROCESO Y PRINCIPALES INTERVENCIONES

Al inicio del proceso, el trabajo se dirigió a *rastrear* la situación familiar. Ya desde el inicio Marcela resaltó la admiración, cariño e idolatría (palabras suyas) que le tenía a su difunto padre; imagen que también tenía al inicio de su esposo, pero que se ha ido deteriorando a partir de que él perdió su empleo. En la segunda sesión se contó con la presencia de la madre, el padre y ambos hijos; presenciar directamente las pautas de relación de los miembros, afianzó la hipótesis de la triangulación.

Desde un inicio y constantemente, la paciente sostuvo una postura expectante sobre los cambios que, a su parecer, debían de realizar los demás, todo con miras a complacerla a ella; quejándose continuamente de que esto no se estaba realizando. En este tenor, se procedió a *enseñar la complementariedad* de las relaciones familiares, mediante el *cuestionamiento de la forma de recortar los sucesos* y el *cuestionamiento del control lineal*, al analizar la participación que otros miembros de la familia tenían en momentos de bienestar. Aunque la paciente reconocía por momentos esto, reiteraba que los demás debían de actuar de acuerdo a sus deseos.

También se hizo constante uso del *foco* y de la *intensidad* en temas centrales para los objetivos terapéuticos: el bienestar de ella, de sus hijos, la búsqueda de alternativas para no entrar en escaladas y la distinción entre sus necesidades y las de los demás. Hacia la séptima sesión, la información proporcionada por la paciente permitió clarificar y exponer ante ella cómo las instrucciones que aparentemente pretendía dar a su hija, en realidad eran mensajes para su esposo; y, aunque la paciente reconoció en diversas ocasiones que esto lastimaba a su hija, se declaraba impotente ante esta situación, incluso después de haber explorado los momentos en que, de hecho, había podido evitarlo.

De acuerdo al modelo Estructural, una tarea básica del sistema terapéutico es ofrecer una realidad alterna al esquema que tiene la familia (Minuchin y Fishman, 1984); para conseguir este objetivo se recurrió al *cuestionamiento de la realidad familiar a través de las verdades familiares*, analizando la concepción que Marcela sostenía respecto a que era Miranda, desde su posición de hija, quien debía educar a Martín a favor de la propia Marcela. También se utilizaron *símbolos universales* cuestionando cuáles eran las funciones que se esperaban de una madre, un padre y una hija. Ante estas intervenciones, como en el general de las sesiones, la paciente caía en constantes incongruencias pues, al tiempo que reconocía que una hija debía ser apoyada y protegida por sus padres, enfatizaba que su hija debía velar por sus intereses conyugales; y, en las distintas ocasiones que se le hizo notar estas contradicciones, la paciente omitía hacer comentarios al respecto, o bien, se declaraba impotente, retornando a la queja porque los demás no se sujetaban a sus indicaciones.

A mitad del proceso terapéutico, se desistió del uso de intervenciones que modificaran sus puntos de vista, y se adoptó una postura de aceptación hacia sus inconformidades, dirigiendo la acción a encontrar soluciones dentro de su situación familiar; sin embargo, Marcela se aferró más a su posición de impotencia y queja. Esto llevó al equipo a plantearse la necesidad de incorporar otros miembros de la familia, específicamente de Miranda, con dos objetivos: actuar en otro holón familiar y permitir que Marcela escuchara con más atención las necesidades de su hija.

La presencia de Miranda permitió hacer uso de *escenificaciones* que resaltaban la posición de ambas en el problema familiar. En un inicio se pretendió que madre e hija adoptaran una posición de colaboración para con el

bienestar de la otra y de sí mismas, pero esto sólo contribuyó a acentuar la indisposición de Marcela respecto a realizar cambios. El *cuestionamiento de la realidad familiar* tuvo buenos resultados con la niña, pues esta comenzó a plantearse la posibilidad de no intervenir más en los conflictos de la pareja conyugal. Justo en este momento, su madre dejó de llevarla a las sesiones, explicando que “se le había olvidado llevarla consigo” o que su hija “tenía mucha tarea”.

En la penúltima sesión, Marcela afirmó que ya había asimilado que no debía estar con Martín, pero que no tenía alternativa, de momento, -él es dueño del departamento donde viven y ella no desea rentar una casa-; afirmó estar arrepentida de haberse casado con su esposo y de haber tenido hijos con él, aunque adora a sus hijos. Y que así como se había casado “porque me caso”, también, por las mismas razones, se estaba quedando con él. Retomando estas ideas se le pidió que reflexionara cuál era el costo de “quedarse porque se queda” y qué le había dado resultado en ocasiones anteriores, aunque fueran unas pocas, para sentir que había manejado bien la situación con Martín.

Se *eludió la descalificación* (Selvini-Palazzoli *et al*, 1986), que la paciente hizo al trabajo del equipo terapéutico, cuando señaló que nunca le había importado desobediencia de sus hijos, expresándole: “Entonces esto no es un problema para ti”, con lo que Marcela retomó su posición anterior, señalando nuevamente que sí era un problema, con lo cual ya no pudo mantener su descalificación del trabajo terapéutico.

Para la siguiente y última sesión, la paciente continuó descalificando el trabajo del equipo terapéutico, diciendo no estar arrepentida de haberse casado, ni de sus hijos. Que eso lo decía cuando estaba enojada. Sin embargo, al preguntarle si estaba enojada cuando, hacía dos semanas había dicho eso, dijo que no, que estaba contenta en ese momento.

Dijo tener a sus hijos de su lado desde que se quedaba callada. Que se sentía bien, que valía, que era fuerte y que ha crecido como persona. Aunque señaló que le había “cambiado la jugada” a su esposo, al quedarse callada, tomando “a cuenta de renta” su silencio, también anunció que ella sabía que iba a seguir explotando. Lo que dio al equipo la idea de que esto no estaba señalando ningún cambio. Sin embargo, se procedió a aceptar sin objeciones lo que decía la paciente. De esta manera, se *aceptó incondicionalmente el cambio sospechoso*, y dando por terminado el tratamiento, señalándole que, si en algún

momento sentía discrepancia en ese grado de “plenitud” del que nos hablaba, podía ponerse en contacto con la terapeuta para ver si teníamos algún espacio para atenderla.

CAMBIOS OBSERVADOS

A reserva de la evolución de la problemática de esta familia, los cambios observados sólo se dieron en sentido cuantitativo: la frecuencia de las peleas entre los cónyuges disminuyó de forma sensible para todos los miembros de la familia.

Sin embargo, no se observó un cambio cualitativo sustancial en las relaciones de sus miembros, especialmente en la relación entre los cónyuges. Esto hace muy probable que el problema continúe.

Conservando un dejo de optimismo, puede ocurrir que sea Miranda quien comience a modificar su postura ante la problemática, dejando de mediar el conflicto, lo que podría beneficiar a la familia. Esto se hace más posible debido a la postura menos estática que demostró en las sesiones, y a la inminencia de su entrada en la adolescencia.

EVALUACIÓN DEL PROCESO

En gran parte del tratamiento me desempeñé como controladora social, papel que era favorecido por el abordaje del caso a partir del modelo estructural. Posteriormente, debido a la introducción de algunos elementos del modelo de Milán, pasé a una postura más neutral, atendiendo más a las necesidades de los miembros de la familia, sin por esto dejar de cuestionar la postura de cada uno de ellos, y la forma en que esto afectaba o favorecía a los demás. Al mismo tiempo, dejé de esforzarse por dirigir al sistema hacia el cambio.

En las sesiones en que se contó con la presencia de dos o más miembros de la familia, procuré dedicar un tiempo equivalente a todos los miembros, aunque en ocasiones fui absorbida por las pautas de interacción de estos, y adopté el papel que, por lo general, jugaba Miranda ante la pareja.

En otras ocasiones, pude mantener una posición neutral, al adoptar una actitud de curiosidad ante las diferentes circunstancias que rodeaban a los conflictos familiares, formulando preguntas sobre las conductas, pensamientos y sentimientos de cada uno de los miembros antes, durante y después del conflicto.

El interrogatorio circular no logró hacer modificaciones significativas en la pauta de interacción de la familia. Marcela, principalmente, permaneció estática, luchando porque los demás adoptaran sus puntos de vista y se condujeran de la forma en que ella prefería.

CIBERNÉTICA DE SEGUNDO ORDEN

Aunque reflexioné mucho sobre mi postura a lo largo de todo el proceso terapéutico realizado con este caso, estas reflexiones se acentuaron aún más tras el cierre de éste y recibir los comentarios de algunos miembros del equipo sobre la forma en que transmití la última intervención.

Suelo dedicarme con mucho empeño a las diferentes tareas de mi vida; y, aunque es una actitud útil en algunos contextos, a través de este proceso terapéutico me di cuenta que esta puede ser una postura no del todo útil como terapeuta. Me responsabilicé en demasía del cambio, al grado que, en varios momentos, parecía yo la más interesada en el cambio que la propia Marcela. Creo que esto favoreció que ella pudiera seguirse oponiendo a toda transformación.

En los momentos en que pude deshacerme de esta postura me daba cuenta que aunque la paciente no realizaba ningún cambio, yo sí cambiaba mi punto de vista sobre la problemática y sobre mí misma. Me sentía mucho más tranquila al no tener que responder por el no-cambio de la paciente, y podía escucharla con mayor atención.

En múltiples ocasiones hubiera querido tomar una posición de menor autoridad, pues descubrí que, quizás por mi historia personal, los modelos que conciben al terapeuta como jerárquicamente más alto o más apto, y que es visto como el que controla, el que decide, el que mejor sabe lo que le conviene a la familia, me facilita la exaltación de una actitud más directiva y de reguladora social, que puede no ser la más eficaz, sobre todo en casos como el de Marcela, en donde ella reta y se opone a todo aquel que abogue por un cambio en sus circunstancias de vida.

Me sentí inconforme por la manera en que terminó la terapia, luego de un largo desgaste personal de mi parte, y seguramente de vivencias semejantes en los miembros del equipo. Sin embargo, este caso me ha ayudado a descubrir áreas que no me agradan de mí misma, como terapeuta y como persona, y que estoy desechando. Me ayudó a compartir responsabilidades, sin adjudicármelas

por completo a mí misma. Y, entre muchas cosas más, también me enseñó mucho sobre mi propia capacidad de transformación.

3.2 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 Investigación Cuantitativa

La investigación cuantitativa desarrollada durante la maestría se concentró en el proyecto “*La codependencia en las relaciones de pareja. Un instrumento de evaluación*” (ver Apéndice 1). El objetivo de tal investigación fue el diseño de 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 39 reactivos que cuentan con validez teórica, de criterio y confiabilidad.

3.2.2 Investigación Cualitativa

La investigación “Madre e hijo: Construyendo el bienestar juntos”, se llevó a cabo mediante la metodología cualitativa (Ver apéndice 2). El objetivo de este estudio fue conocer los retos que enfrentan las familias uniparentales encabezadas por mujeres, así como los recursos que les han ayudado a superarlos.

Para este cometido se realizaron entrevistas abiertas, focalizadas y no estandarizadas a tres familias uniparentales, cuyas madres estuvieran a cargo de uno o varios hijos desde, al menos, cinco años a la fecha, y donde el padre no estuviera presente en la convivencia cotidiana. La información obtenida se analizó mediante el proceso hermenéutico y los principios del socioconstruccionismo.

Finalmente se otuvieron cinco categorías: relación con la familia extensa, narrativa de familia, narrativa del padre de su hijo, en el caso de la madre (y en el caso del hijo, narrativa de su padre), autonarración y discurso dominante y actitud ante él.

A partir de los resultados obtenidos, la conclusión fue que los principales recursos de estas familias son el estrecho vínculo afectivo entre madre e hijo, el apoyo de la familia extensa, la reflexión sobre las experiencias individuales y como familia uniparental y la actitud crítica ante los discursos dominantes que censuran esta forma de vida.

3.3 HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN

3.3.1 Elaboración y presentación de productos tecnológicos

Elaboración de material didáctico

En el marco de la II Jornada de la Residencia en Terapia Familiar, presenté diversas técnicas de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones en un caso de ansiedad. Posteriormente modifiqué esta presentación para que pudiera servir como material didáctico en la ejemplificación del uso de técnicas de soluciones en un caso concreto. El título final de esta obra fue: *La Efectividad de la Terapia Breve Centrada en Soluciones aplicada en un caso de Ansiedad*, y los puntos de los que se compone son los siguientes:

- a) La presentación del familiograma inicial del paciente, tal como se configuraba con la presencia del problema; así como el motivo de consulta.
- b) La definición del problema presentado por el paciente, según el DSM-IV y una breve exposición de la teoría del M.R.I. sobre la formación de los problemas y el cambio.

- c) Un detalle de las soluciones intentadas por el paciente: aquellas que mantienen al problema y las que ayudan a solucionarlo.
- d) La definición del problema presentado por el paciente, fundamentado en el marco teórico del M.R.I.
- e) Una breve explicación de cómo fue manejado un síntoma como el impulso suicida que presentaba el paciente en cuestión, de acuerdo a consideraciones éticas y en congruencia con el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones.
- f) La definición y ejemplificación, mediante fragmentos de las sesiones videograbadas, sobre las principales técnicas utilizadas en el caso: Ubicación en una escala, Normalización, Reestructuración, Preguntas reflexivas y Centrarse en los progresos.
- g) Los cambios observados en el paciente a lo largo del proceso, con una presentación final del familiograma, que ilustra cómo a través de la solución del problema las relaciones familiares también se modificaron.

Rescate de documentos de difícil acceso mediante su transcripción digital

A lo largo de la Residencia, utilizamos algunos textos usados como referencias básicas; debido a su mal estado y por ser un material agotado en editoriales y librerías, resultaba posible su eventual pérdida. Este es el caso, de *El orden del discurso*, de Michel Foucault, el cual es un ejemplar del 1983, proporcionado por la Mtra. Nora Rentería Cobos. Me di a la tarea de transcribirlo literal y fielmente, en su totalidad. Al digitalizarlo nació la oportunidad de poder acceder a él de una manera más rápida y cómoda, para el interesado en temas relacionados con la crítica al discurso.

Igualmente, en la materia *Modelo Estructural*, se nos proporcionó copias fotostáticas mecanografiadas del *Modelo McMaster* y del *Modelo Triaxial*. Estas copias estaban en mal estado, debido al desgaste derivado del continuo fotocopiado, además que su orden, redacción y exposición hacía confuso su estudio. En este caso, además de transcribir, ordené la información, dándole coherencia y claridad mediante el uso de claves topográficas que hicieran más accesible su lectura.

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, María Guadalupe García González y yo elaboramos e impartimos 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, con una edad promedio de 28.7 años. El taller tuvo una duración total de 12 horas, repartidas en 6 sesiones de dos horas cada una.

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 enmarcadas por las ideas fundamentales del construccionismo social y de la terapia narrativa (White, 1989), las cuales sostienen que la identidad puede abordarse desde diferentes posturas, como una construcción narrativa del yo; mismo que se conforma de significantes lingüísticos que están en constante proceso de diferenciación a través de otros significantes.

Fue en los procesos de construcción de significado y de formación de la identidad donde quiso incidir este taller, de manera que facilitara el espacio para que las participantes se sintieran motivadas a experimentar nuevas autonarraciones (Gergen, 1996), obteniendo descripciones más flexibles y reflexivas.

Se abordaron las temáticas: *Autoconocimiento, socialización y género, modelos a seguir, ámbito laboral y potencialidades*, mediante 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 vidas, para que reconsideraran sus puntos de vista sobre ellas mismas, apreciando de otra forma aquellos aspectos que más les desagradaban de sus identidades.

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

Durante la Residencia participé en dos foros de difusión de trabajo clínico, estos son los siguientes:

- a) Ponencia: “Análisis de las técnicas de intervención utilizadas en el tratamiento de una familia extensa multiproblemática”, *XIII Congreso Mexicano de Psicología: La interfaz entre formación y práctica profesional: El impacto social del psicólogo*. Acapulco, Gro., **co-expositora**, 19/10/2005 a 21/10/2005.
- b) Ponencia: “La importancia de la definición del problema en un caso de crisis de ansiedad. Un abordaje desde el modelo de soluciones”, *II Jornada Clínica de la Residencia en Terapia Familiar*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., **Expositora única**, 14/02/2006.

En el primero, participé al lado de dos compañeros de la generación en la exposición de las principales intervenciones, utilizadas en el caso de una familia extensa, -de acuerdo a la definición que hace de ésta Minuchin (1979)-, con un miembro antisocial, desde el modelo Estratégico.

En el segundo, de forma individual, presenté el caso clínico de un paciente con crisis de ansiedad e ideación suicida, abordado desde el modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, en el que se expusieron la definición de varias técnicas de este abordaje y ejemplos de su utilización en este caso en específico.

3.4 HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

Las siguientes reflexiones fueron vertidas en una mesa redonda, conformada por Guadalupe García González, Maribel Méndez Llamas, Miriam

Zavala Díaz y yo misma. Agradezco a cada una de ellas sus aportaciones, sus vivencias, reflexiones y puntos de vista, ante los que se enriquecieron los míos.

Actitud estética

Uno de los primeros (y constantes) dilemas éticos con los que me encontré en la Residencia fue el de la actitud del cambio en contraste con el respeto por el sistema que constituía cada familia e individuos que acudían a consulta. Tener una actitud estética del cambio (Keeney, 1983), requiere conservar un delicado equilibrio entre nuestras intervenciones para el cambio (independientemente del modelo terapéutico que se esté usando para conseguirlo) y la actitud ecológica, al considerar al sistema como una entidad con sentido propio, con una organización que la hace funcionar de acuerdo a sus propios parámetros.

Evaluando mi propia experiencia, me doy cuenta que esto es un proceso constante, siempre inacabado, que implica una reflexión persistente acerca de la influencia que podemos tener en el sistema y la autocorrección de nuestra propia postura, al no intentar imponer nuestro mapa del mundo a las diferentes organizaciones que son las personas que acuden a nosotros. Y es que esta es una postura que va más allá del modelo terapéutico que se utilice. Hay abordajes más claramente normativos (Minuchin, 1979), en donde también se llega a hacer énfasis en que aún la organización más “aberrante” tiene su propia ecología.

Si bien es común que un terapeuta transite por distintos abordajes y las epistemologías en las que se sustentan; y que su visión de sí mismo, del mundo y de su trabajo cambia a través de los diferentes momentos de su vida; las actitudes fundamentales de responsabilidad, respeto, preservación del bienestar propio y de los demás, autorreflexión y autocorrección, son permanentes en una actitud ética básica.

Durante nuestra formación, hubo algunos momentos donde no fue suficientemente respetada la visión del mundo del paciente, más concretamente ocurrió en los casos donde había una pauta de abuso o de violencia, o en donde alguno de los miembros de la familia se victimizaba, desconociendo y negando la contribución que tenía para el mantenimiento del problema. En esos casos, encontramos que era más útil adoptar una postura de cuestionamiento, sin invalidar el punto de vista del paciente.

Estas situaciones y otras más nos llevaron a pensar que, como terapeutas, tendríamos que hacernos sumamente conscientes de la forma en la que escogemos nuestras respuestas o las alternativas que les damos a los pacientes, reflexionando sobre la posición que tenemos y construimos en el sistema terapéutico, sabiendo que, aunque lo propiciemos o no, socialmente se nos ubica en una posición de “conocimiento experto”, y esto, más que una ventaja, implica una responsabilidad ética de respeto, cuidado y validación constante del paciente. Sin embargo, como terapeutas trabajamos para la vida y para el bienestar personal y social, aunque no como reguladores sociales, sino como promotores del bienestar de los individuos y los grupos humanos.

Las cuestiones que surgen en la práctica clínica no son fáciles de responder, pues es difícil marcar un límite preciso en cuanto a nuestra responsabilidad de denunciar situaciones de riesgo o de abuso, o intervenir para evitar el potencial riesgo al que se somete una persona.

La responsabilidad personal

El conocimiento de un código ético, en específico, no es indispensable para desarrollar una actitud ética como terapeutas, pues el trabajo personal y la revisión constante de los efectos que tiene nuestras acciones y nuestras omisiones son elementos presentes en todos los abordajes terapéuticos sistémicos y, sobre todo, en los posmodernos.

El trabajo terapéutico implica la responsabilidad de actualización y capacitación en áreas que nuestra práctica demande; también implica allegarnos a un supervisor en distintos momentos en nuestra vida profesional, y no sólo como un mero requisito académico. Por su parte, considero que el supervisor, como formador de terapeutas, precisa de cuidar múltiples aspectos de éstos, que no se limitan al conocimiento conceptual y técnico, sino que abarca los niveles analógicos e implícitos en la interacción con la familia, que influyen en la experiencia que los miembros de ésta tengan del proceso y que facilitarán o dificultarán el cambio terapéutico; también implica estar atento a los puntos ciegos del terapeuta que tienen que ver con su propia historia personal y que dificultan su trabajo, mismos que pueden requerir de un trabajo psicoterapéutico por parte de éste. Y más allá de la supervisión, estos son elementos que el terapeuta también debe cuidar a lo largo de su ejercicio profesional.

El dilema entre aprendizaje y servicio

En algunos momentos de nuestro desempeño dentro de la Residencia, se llegaron a presentar situaciones en donde la problemática presentada por la familia o el paciente nos ponía ante un conflicto en cuanto a nuestra preparación, nuestras preferencias, nuestras dificultades personales e, incluso, a nuestro rechazo por alguna de las características del problema o de las personas involucradas en él. Las características del programa, así como los lineamientos del trabajo dentro de los escenarios clínicos utilizados, apremiaban la atención del mayor número de casos posibles, lo que ejercía presión para continuar con el mismo paciente, aun cuando se dieran situaciones de este tipo. Por esto es necesario, dentro de la Residencia, un espacio donde se abriera a la discusión las cuestiones éticas con las que nos encontrábamos al atender a las personas con las que nos relacionábamos como terapeutas; porque, si bien nos encontrábamos en un contexto de aprendizaje, en donde el habilitarse en el manejo de distintas problemáticas era esencial, también se hacía necesario supervisar las limitaciones personales para tomar las medidas necesarias.

En ocasiones llegué a cuestionarme hasta dónde era necesario respetar y proteger al terapeuta en su proceso de formación, aun a riesgo de no estar brindando el servicio que la familia o el paciente solicitaba; o bien, cómo manejar situaciones en las que nos enfrentamos a la disyuntiva de atender al paciente o respetar al terapeuta cuando éste demuestra una alta vulnerabilidad ante cualquier comentario sobre su trabajo. No son dilemas fáciles de resolver, pero considero que una supervisión y asesoría que cubriera estos aspectos, con las medidas necesarias, podría ayudar a solucionarlos.

Por lo tanto, en general, durante la Residencia, pero especialmente en nuestra práctica profesional, es necesario conocer nuestros propios límites, detectar si son lagunas de conocimiento, limitaciones personales o deficiencias en la capacitación; ser conscientes de que nuestros servicios no pueden abarcar toda las problemáticas humanas, haciendo las remisiones necesarias y el seguimiento oportuno, aun cuando renunciar a un caso pueda comprometer nuestro orgullo, prestigio, interés, curiosidad, etc.

Dilemas como estos también se relacionan con la importancia de realizar un trabajo interdisciplinario –según sea el caso-, con abogados, psiquiatras, trabajadores sociales, médicos, instituciones u otros terapeutas. Como terapeutas no podemos trabajar solos, aun cuando esto sea usual en el psicoterapeuta,

porque hay ámbitos en la vida de una persona que escapan a nuestra experiencia y a nuestro conocimiento, aun cuando nos informemos de manera general acerca de cualquier tema.

Los diferentes contextos de la ética y límites de la confidencialidad

Si consideramos los distintos ámbitos de la labor terapéutica, se hace evidente que varían los lineamientos éticos que deben observarse en cada uno de ellos. Por ejemplo, en la práctica institucional, dentro de centros comunitarios, como fueron los escenarios en los que se llevó a cabo la práctica clínica de la Residencia, la atención ofrecida se encuadraba bajo ciertos parámetros que autorizaban el uso de material de videograbación con posibilidades de difusión, y los interesados debían dar su consentimiento por escrito, para ser filmados y usados para investigación y difusión. Estas condiciones cambian en la práctica privada, pues la responsabilidad ética del terapeuta demanda una total reserva, que sólo encuentra excepciones en casos que pongan en riesgo la vida o la integridad del paciente o de una segunda o tercera persona.

Tener claro cuáles son nuestras responsabilidades de acuerdo a cada contexto, resulta de fundamental importancia para, asimismo, obtener el consentimiento informado de la familia o del paciente, siendo lo suficientemente explícitos como para que ellos puedan hacerse conscientes de las situaciones a las que se pueden prestar.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES



4.1 RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS

Adopción del punto de vista sistémico de las relaciones y de los problemas

A través del entrenamiento recibido en la supervisión y en los espacios teóricos de la Residencia, aprendí a ver la forma en la que cada persona “danza” para contribuir y conformar las pautas de la relación; a apreciar cómo la respuesta de cada integrante corresponde al clima de la interacción, lo retroalimenta y se convierte en el contexto de la respuesta del otro.

Entender de esta manera las situaciones humanas dota de un nuevo sentido al término “responsabilidad”, que no va en demérito de la contribución individual, pero que tampoco pierde de vista los órdenes ecológicos que se regulan unos a otros y generan la evolución de los sistemas.

Trabajo clínico desde la segunda cibernética

Si hablamos de mirada sistémica, mi inclusión en el proceso terapéutico no puede ser eludida, por el contrario, hace referencia automática a la segunda cibernética y a la forma en la que mi presencia y respuesta, están relacionadas con las pautas de la familia, al tiempo que contribuyen a dar forma y dirección a lo que ocurre en cada sesión y a las consecuencias de ellas. Estas consideraciones, ampliamente analizadas a través de la Residencia, me ha llevado a una postura clínica autocorrectiva y autorreflexiva, evaluando mi eficacia como instrumento de cambio, incluyéndome como terapeuta, como equipo y como un elemento social que participa en la creación de las condiciones terapéuticas.

Claridad epistemológica

El conocimiento de cada uno de los modelos estudiados y que están contenidos en el capítulo II de este reporte, me permite tener más conciencia de su viabilidad, sus alcances y sus limitaciones conceptuales y prácticas, pero al mismo tiempo me proporcionan claridad epistemológica para saber que lo que hago o dejo de hacer como terapeuta tiene una base teórica, un origen, que se relaciona con una forma particular de ver el mundo, con una concepción

ontológica de las personas y de sus vidas, y de cómo construimos nuestras experiencias.

Estoy en condiciones de justificar epistemológicamente mi quehacer profesional: en mis intervenciones terapéuticas, en la difusión del conocimiento, en la preparación de otros terapeutas, etc. Posición que me permite un dominio más profundo de la disciplina, porque va más allá de la aplicación de técnicas y de la mera réplica del conocimiento. Esto es, implica situarnos en una perspectiva meta respecto a nuestro trabajo, en la que puedo cuestionarme de dónde vienen y qué sentido tiene cada una de las intervenciones y de los modelos terapéuticos.

Eclecticismo informado y fundamentado

Debido a la claridad epistemológica ya explicada, me encuentro capacitada para aplicar intervenciones desde modelos terapéuticos normativos y no normativos, modernos y posmodernos, y fundamentar dichas intervenciones en una tradición del pensamiento que hace sus propias concepciones acerca de la estabilidad, de los problemas y del cambio, independientemente de en qué modelo me sienta más cómoda o más identificada.

Esto significa un grado de dominio que va más allá de una mezcla de intervenciones al azar o por mera intuición. Pues implica tener claridad en los distintos niveles de acción terapéutica: epistemológico, operativo y técnico, sin confundirlos, pues de esto depende la claridad de la intervención.

Entraña también no desestimar el conocimiento, pues aun cuando contemos con algún enfoque terapéutico preferido, contamos con una vasta “caja” de herramientas diversas para echar mano de ellas cuando se precise.

Tener esta claridad en la congruencia e incongruencia de las pequeñas grandes decisiones que tomamos a cada momento de nuestro trabajo, así como de la forma en que se organizan en el todo, es lo que diferencia nuestra movilidad técnica, de un eclecticismo ciego.

Habilidades de investigación cualitativa y cuantitativa

Los conocimientos en materia de investigación cuantitativa y cualitativa que adquiriré a través de la Residencia, me permiten trascender el conocimiento adquirido y plantearme nuevos cuestionamientos sobre distintos temas sociales y clínicos. Estas nociones, aplicadas en la práctica terapéutica, pueden auxiliar, al

darnos la oportunidad de convertirnos en investigadores sobre la práctica. Para esto sólo sería necesario sistematizar nuestro trabajo, puesto que la metodología ya la hemos aprendido.

No está de más enfatizar que la práctica en investigación clínica es de suma importancia en México, en el momento actual, debido a que existen pocas nociones de los resultados de las intervenciones terapéuticas dentro de los contextos sociales particulares de nuestro país.

Evaluación sistémica de los problemas clínicos y de su tratamiento

Conocer los distintos modelos terapéuticos sistémicos y posmodernos me ha dirigido a obtener habilidades para evaluar los sistemas, identificar las problemáticas surgidas en ellos y las distintas alternativas de tratamiento, estableciendo metas de acuerdo al abordaje terapéutico utilizado. Esta competencia nos capacita a delimitar con más claridad los objetivos terapéuticos, de los que depende, en gran medida, el éxito terapéutico.

Esta es una evaluación diferente a las nociones de diagnóstico obtenidas a través de la licenciatura en psicología, pues al sabernos dentro y parte del sistema, nuestro trabajo también implica la negociación con los involucrados, haciendo una terapia a la medida, circunscrita a las necesidades de quien recurre a nuestro servicio. Además, al no considerar que el motivo de consulta sea el problema, podemos abarcar una visión más integral de distintos factores que pueden estar favoreciendo el mantenimiento del problema. Por otra parte, al considerarnos parte de lo que sucede en la terapia, estamos en constante revisión de nuestro trabajo, corrigiendo nuestras evaluaciones y nuestras intervenciones.

Habilidades de enseñanza y difusión

El terapeuta familiar no sólo es un clínico que limita su labor al interior de un consultorio privado o institucional. Entre sus habilidades también está la enseñanza, la difusión, la prevención y la investigación, lo que diversifica los ámbitos a los que puede dirigir su intervención, aun cuando no se trate de terapia propiamente dicha.

A partir de mi formación en la Residencia, estoy en mejores condiciones de transmitir el conocimiento de la psicología en general y de las terapias sistémicas y posmodernas en particular, debido a la integración epistemológica que he conseguido, y de la que ya hablé al inicio de este apartado.

4.2 INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL

Las actividades desempeñadas durante la Residencia se dirigieron a los tres niveles de atención (primario, secundario y terciario). Hicimos evaluación familiar en los diferentes casos que tuvimos, prevenimos problemas, pero también atendimos otros que ya estaban ahí al momento de conocer a la familia o a los individuos.

A nivel primario, realizamos talleres dirigidos a la prevención de problemas familiares, que pudieran darse en distintas relaciones familiares, como la relación de madres solteras con sus hijos, padres con hijos adolescentes o con problemas psiquiátricos, o bien, para evitar la violencia en el noviazgo. También en el ámbito terapéutico se tomaban medidas preventivas de problemas futuros y que gracias a esto, evitamos que sucedieran, principalmente en aquellos casos donde se hacían preciso una intervención pedagógica, como en los casos donde la problemática conyugal de padres con hijos preadolescentes, podría amenazar con dificultar la búsqueda de independencia de estos, o bien, provocar problemas de adicción, delincuencia, desadaptación, etc. En los casos en donde las parejas presentaban pautas iniciales de violencia, las intervenciones se dirigían a advertir de las consecuencias de esta situación y a interrumpir la pauta de violencia, para evitar su cronicidad. Y aun en los casos en donde se trataba de problemas crónicos, se prevenía la aparición de nuevos problemas, derivados o independientes de la problemática más arraigada, tal es el caso de familias con un hijo adolescente o ya cercano a la adultez, cuando éste había presentado una conducta antisocial desde la infancia; aquí las intervenciones preventivas se dirigían a que la familia adoptara estrategias que detuvieran dicha conducta, con el fin de impedir la reclusión del hijo.

A nivel secundario, trabajamos con las problemáticas concretas que la familia o los individuos planteaban. Este tipo de intervenciones requería el estudio de las pautas o relatos (de acuerdo al modelo terapéutico utilizado), que mantenían al problema, la planeación de las líneas del tratamiento y las intervenciones más apropiadas para romper la pauta o proponer relatos alternativos, que permitieran a las familias y pacientes experimentar de manera diferente sus circunstancias y así, relacionarse de forma más productiva consigo mismo, con los demás y con el mundo.

También atendimos casos en donde los problemas presentados eran de larga data, en donde la familia se había acostumbrado a vivir con ellos, a pesar

de la insatisfacción y conflictos constantes que se derivaban de dichas circunstancias añejas. Este era el caso de parejas en donde las múltiples problemáticas que determinada familia había enfrentado desde hacía más de una década, estaban provocando desavenencias complejas y, en ocasiones, situaciones de violencia; o bien, un problema antiguo estaba estrechamente relacionado con problemas orgánicos de uno de los miembros de la familia, generando una situación muy delicada en su complejidad; casos como estos requerían de intervenciones que operaran a nivel de las consecuencias de los problemas que los habían gestado, más que estos mismos, así como del trabajo interdisciplinario con otros profesionales o instancias sociales, medidas que fueron tomadas al mismo tiempo de estar desempeñando el trabajo terapéutico.

El objetivo del programa de Residencia está principalmente enfocado a desarrollo de habilidades clínicas, al ser un programa profesionalizante, aun cuando tenemos los lineamientos básicos para diseñar proyectos de investigación. La preparación obtenida nos permite que sigamos trabajando en estos niveles de atención clínica,

La formación que hemos recibido nos da la posibilidad de ofrecer un tratamiento más breve, más económico y con un alcance o impacto mayor, que, considerando la situación económica del país, esto se vuelve más importante.

4.3 ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL

La experiencia de los espacios terapéuticos se vive diferente según el papel que se desempeñe en él y de las condiciones específicas del momento. Es distinta si se es terapeuta, miembro del equipo, si el supervisor está presente en la sesión o si no lo está, si se ha trabajado antes en circunstancias semejantes, etc.

La participación como terapeuta

Al inicio, puede ser intimidante desempeñarse como terapeuta al frente de un equipo terapéutico, por la sensación de estar siendo observado y estudiado. Aunque el trabajo terapéutico está representado ante la familia por el terapeuta que la atiende, en realidad es producto de todo el equipo, e integrar las distintas opiniones y contribuciones a las propias, puede resultar más complejo en la

medida en que éstas divergen. Por otra parte, el equipo también representa un respaldo y fuente de inspiración, sobre todo en aquellos momentos en que, como terapeutas, nos trabajamos en las mismas metáforas que la familia, llevando el proceso terapéutico a un atolladero, pues las miradas de los demás miembros parten de experiencias distintas lo que diversifica las comprensión del problema y las perspectivas de acción.

Como terapeuta, en ocasiones, y quizás por estar aprendiendo la utilización de determinado modelo de intervención, me sentía abrumada al trabajar en varios niveles: empatizar con la familia, no olvidar el proceso de intervención que debía ser coherente con el modelo terapéutico que se estaba supervisando en ese momento y asimilar e integrar la perspectiva del supervisor y de los demás miembros del equipo.

Aunque estas condiciones introducían tensión a mi trabajo como terapeuta, también propiciaron un ejercicio constante de asimilación de puntos de vista diversos y, a veces, hasta divergentes. Conforme esta asimilación era más fluida y ágil, su incorporación a la intervención representó mayores posibilidades de cambio.

La participación como miembro del equipo

El trabajo terapéutico en equipo, es más que una opción metodológica en la terapia familiar; es uno de sus fundamentos históricos y un rasgo que ha fomentado su evolución entre los diferentes enfoques terapéuticos, al tiempo que es una de sus principales contribuciones al mundo de la terapia en general. Aun cuando ante los ojos ingenuos podría parecer que el equipo terapéutico propicia una “terapia pública”, de hecho es una forma distinta de relación terapéutica, aunque el equipo no sea “visto” o no esté presente en el área física de la consulta.

Gracias al trabajo con equipo terapéutico han surgido modelos como el equipo reflexivo, trayendo grandes ventajas a la sesión, pues hemos comprobado el poder que sus intervenciones tienen sobre la forma en la que una persona concibe su realidad y sus problemas: le permite al paciente escuchar opiniones de otros, sin necesidad de tomarlas como “verdades”, liberándole para tomar aquellas ideas que más le convengan o se ajusten a su experiencia y a su mapa del mundo, haciéndolas suyas.

Por otra parte, muchos modelos, especialmente los posmodernos, no se hubieran beneficiado del enfoque socioconstruccionista si las sesiones no permitieran los *multiversos* propiciados por el equipo terapéutico.

En nuestro caso, la heterogeneidad de los miembros del equipo enriqueció los procesos terapéuticos, pues cada uno llevaba a cada sesión experiencias de vida diferentes, una asimilación distinta de los modelos terapéuticos. Cada uno tenía edades diferentes entre sí, la situación de vida actual de cada uno distaba de la de los demás, atravesando por etapas diferentes de su ciclo vital y familiar: había quienes ya tenían una familia de procreación, otros aún vivían con su familia de origen, unos tenían una idea más tradicional de la familia, en tanto que otros buscaban formas alternativas de vida.

Estas características de nuestro equipo terapéutico, además de permitir diferentes puntos de vida sobre cada familia o paciente atendido, nos ayudó a mantener la neutralidad, sobre todo en los momentos en que se polarizaban los puntos de vista sobre la problemática, pues siempre había alguien que tenía una vivencia distinta.

Por otra parte, el equipo ayudó a que hubiera un aprendizaje más horizontal entre todos sus miembros, porque también fuimos heterogéneos en cuanto a conocimientos, experiencia clínica y habilidades en el área de psicología. Los miembros del equipo constituyeron el modelaje a partir del cual desarrollamos distintas habilidades clínicas.

La multiplicidad de voces, provenientes de múltiples posturas, fue el aliciente para aprender a hacer cibernética de segundo orden, dejándonos de ver como actores externos a la sesión terapéutica, sino como participantes involucrados, conscientes de nuestra pertenencia a los diálogos y eventos de cada sesión.

La contribución del supervisor

El papel del supervisor es de gran importancia para regular e incorporar a cada sesión la perspectiva del terapeuta, la del equipo, la suya propia y dirigir las al bienestar de la familia o del paciente, y en el aprendizaje productivo de los terapeutas en formación. Puede regular nuestra actitud hacia los pacientes, pasar por alto aspectos que es necesario ajustar o imponernos su propio mapa del mundo. Además de sus puntualizaciones clínicas, apoyadas congruentemente en un marco epistemológico y técnico, quizás su mayor contribución tiene que ver

con las formas en que evalúe y corrija el trabajo del terapeuta; ya que, una actitud de respeto y escucha resulta indispensable para transmitir el conocimiento y un sentido ético en éste.

Personalmente, durante mi formación como terapeuta, encontré útiles ciertas actitudes en los supervisores, que orientaron con más eficacia mi trabajo. Una de estas actitudes tuvo que ver con las puntualizaciones que el supervisor llegaba a hacer sobre la pertinencia o no en el uso de determinadas intervenciones considerando el sistema de creencias de la familia, de forma que nuestra acción fuera realmente terapéutica y no una afrenta al sistema.

Otra contribución del supervisor fue sensibilizarme sobre los tiempos de la familia y no ambicionar cambios cuando ésta precisaba de un ritmo más lento, aunque sin perder de vista los objetivos terapéuticos que guiaban la intervención. Así también lo fue el que apuntara a mis deficiencias para que las documentara personalmente, aportando alguna orientación adicional que me facilitara la búsqueda.

Principalmente fueron de gran ayuda aquellos profesores que diseñaban y ejercían su supervisión dentro del marco del modelo terapéutico específico planeado en el Programa y del trabajo realizado en el centro de servicios comunitarios en donde se llevaba a cabo la práctica. Esto sirvió en distintas direcciones: conseguí una idea muy clara de la forma en la que incidían los principios epistemológicos en el cambio; yo misma conseguía tener una idea más clara y precisa de mi papel terapéutico; mis compromisos éticos quedaban más definidos y adquirirían congruencia con el modelo. Eso redundaba en un mejor aprendizaje y en mayor eficiencia, en mi papel como terapeuta y en mi papel como miembro del equipo.

4.4 REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

De la linealidad a la recursividad

Proveniente de un modelo educativo en donde se hace énfasis en las relaciones lineales causa-efecto y en tradiciones psicológicas individualistas, al inicio encontré dificultades para no centrarme en una persona o hecho para encontrar explicaciones a las problemáticas que se presentaban en cada familia o paciente. Luego, con el énfasis en una mirada sistémica a través de la supervisión

y los espacios teóricos, fui encontrando “la pauta que conecta” en los diferentes relatos que las personas hacían de su experiencia.

Este aprendizaje me dio una nueva dimensión del término “responsabilidad”, antes entendido como una atribución individual, independiente de las acciones de los demás. Hoy, en cambio, la concibo como una postura de reconocimiento del orden recursivo de las relaciones y de las acciones que se dan a partir de éstas, en el que se involucra el presente de cada uno, enmarcado por su historia personal, pero también de esas reglas tácitas, instantáneas e inevitables que van definiendo las pautas de respuesta de los involucrados.

Repercutió este aprendizaje en diferentes contextos de mi quehacer, como terapeuta, como miembro del equipo terapéutico... y así en cada una de las actividades y relaciones que establezco. Pues ahora, con cada acción y “reacción”, me encuentro ante una imagen de los demás y de las cosas, de mí hacia ellos y hacia esas cosas, de mí hacia mí misma y de mí en ellos.

De la exclusión a la inclusión

Es así como la recursividad dejó de ser un concepto teórico para convertirse en una epistemología personal, condición que considero indispensable para conseguir y aplicar una mirada sistémica profesionalmente. Las consecuencias de esta postura han apuntado hacia una actitud más humilde ante mi comprensión de las situaciones y de las personas que, dicho sea de paso, está siempre en constante movimiento, lo que me lleva a valorar más los puntos de vista de los demás; por otro lado, aun cuando antes mantenía una posición autocrítica ante mis acciones y mi trabajo, esta experiencia dotó de una dimensión nueva a mi autoobservación, al considerar que el punto de vista de los demás está incluido en mi propia perspectiva, y la mía en la de los demás; asimilando que el todo se encuentra en las partes, y las partes en el todo y la postura inclusiva de “esto y aquello también” de Bateson (1979).

El aprendizaje de los modelos

Considero que, por lo regular, me mantuve fiel al modelo que estaba aprendiendo en la práctica supervisada, pues, desde mi punto de vista, éste era el mejor camino para aprenderlo. Quizás esto acentuó mi sensación de ser como una equilibrista, a menudo torpe, oscilando entre la adopción epistemológica que planteaba el modelo, la aplicación de sus técnicas y la atención a las demandas de la familia o de los individuos. Soy consciente de que esta puede ser una tensión a menudo inherente del proceso de aprendizaje como terapeutas. Particularmente creo que el esfuerzo valió la pena para mí, porque me dio más claridad sobre los modelos y sus sustentos epistemológicos, si bien la experiencia no siempre fue agradable, debido a la tensión que esto me ocasionaba.

La revolución posmoderna

El acercamiento a los modelos posmodernos de la terapia fue, para mí, una revolución epistemológica que trascendió hasta mi forma de concebir mi propia vida y mis relaciones con el mundo y con las personas; cosa que seguramente ocurre en quien encuentra en ellos una alternativa prometedora y atractiva.

No ha sido tan sencillo como si se tratara de “cambiar de zapatos” o de “lente”. Por el contrario, ha implicado un proceso constante y perenne, que me lleva a hacer constantes revisiones sobre mis conceptos, incluso de aquellas ideas

con las que me siento más cómoda. Es dudar de todo, dudar incluso de mí, pero sin por eso disolverme. Es no tomarme demasiado en serio mis dilemas, así como retar la mirada de los demás, entre ellos la de los pacientes, pero respetándolos y validando sus puntos de vista, equilibrio no fácil de guardar.

Nada, hasta este momento, me ha parecido más difícil que este proceso de abandonar “verdades” y dejar fluir los discursos, apreciándolos por lo que valen y abandonarlos por la misma razón.

De la expertez a la calificación

Tras la experiencia de la Residencia, hoy me siento más calificada para atender diferentes problemáticas humanas, así como para organizar y difundir el conocimiento de manera más integral e informada; esta calificación me hace proporcionar más seguridad en mi trabajo y alimenta mi necesidad de información y renovación, al tiempo que me hace tomar más conciencia de mi responsabilidad en los sistemas que conformo o en los relatos que participo. Entendiendo y haciéndome cargo de que también soy parte de lo que ocurre en cada uno de ellos.

Aun cuando mi intención inicial al ingresar a la Residencia fue la de convertirme en experta en solucionar las problemáticas humanas, en el presente ya no puedo considerarme de esa forma, pues la experiencia siempre será mucho más grande que cualquier explicación: las que pueda proporcionar el paciente y las que yo misma pueda hacer de la experiencia y/o situación de los demás, así como de mí misma.

En todo caso, estoy calificada para cuestionar los puntos de los demás y los míos propios, de una forma que sea terapéutica o productiva, que ayude a ampliar panoramas y posibilidades.

Tensión, revisión, exploración y transformación

Esas serían las palabras con las que resumiría mi experiencia durante la Residencia. Fue un proceso útil ante todo, que casi siempre representó para mí una tensión entre mis antiguos conceptos, métodos y apreciaciones, y planteamientos que, al validarlos me llevaban a una revisión constante de lo nuevo y lo antiguo, descubriendo algunos de los alcances y de las limitaciones que planteaban, y a una transformación personal y profesional.

Pero, ante todo, haber sido elegida como una de las diez personas que tuvimos la oportunidad de cursar la Residencia y, en general, encontrarme dentro de quienes han tenido la oportunidad de cursarla, fue un privilegio inusitado, que me permitió aprender y trabajar en un entorno que manejaba un nivel de exigencia semejante al mío, lo que resultó un hecho todavía más extraordinario.

4.5 IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONISTA Y EL CAMPO DE TRABAJO

Como consecuencia de este proceso, considero que estoy en mejores condiciones de ofrecer un servicio terapéutico eficaz y breve, convirtiéndome en un agente de cambio para los problemas humanos que tienen que ver con las relaciones que establecemos con los demás, con nosotros mismos y con el mundo.

Los servicios de la salud mental son, por lo general caros. Situación que, en el caso de México, se vuelve más crítica, cuando hay una gran proporción de la población que no cuenta con los medios para costearlos. El que las terapias sistémicas y las terapias posmodernas, como consecuencia de su modalidad de trabajo sean más económicas en tiempo, las habilita para ofrecer un servicio eficiente y al alcance de más personas. Eso es una ventaja inapreciable dentro de nuestro contexto socioeconómico.

Por otro lado, no sólo me encuentro apta para la labor clínica. La organización y la difusión de la información relativa a este campo disciplinar es otra de las cosas que puedo aportar a los distintos entornos en los que me desarrollo y en los que me desempeñaré en el futuro. Podría decir que no basta con saber y ejercer, también es necesario compartir el aprendizaje y las habilidades, pues ha estado y está en esta participación, el mecanismo fundamental de nuestro progreso como humanidad y como individuos.

Como terapeuta y como persona, no he salido ilesa de esta formación, debido a las diversas transformaciones de las que he hablado en los puntos anteriores. Particularmente no me rijo por historias acabadas –ni en mí misma ni en los demás-, sino al final de la existencia de cada cual, y hoy encuentro la manera de que esta postura se convierta en un medio para ayudar a los demás, a mí misma y a mis entornos.

REFERENCIAS



- Alva, C. M. (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, Tom (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1997) *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996) El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico. En: McNamee, S. y Gergen, K.J., *La terapia como construcción social*, (pp. 45-60), México: Paidós.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2006). Decreto de ley de sociedad de convivencia para el Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, Décima sexta época, No. 136, pp. 1-8.
- Barragán, M. (1975). Interacción entre desarrollo individual y desarrollo familiar. En: *Puntos de referencia para el diagnóstico estructural*. Sin Pub.
- Bateson, G. (1979) *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bayebach, M. y Rodríguez, A. (2000). Algunas ideas sobre la integración en la terapia centrada en soluciones. En: *Sistemas familiares*. Julio, pp. 67-81.
- Beltrán Ruiz, L. (2004) El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En: Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia Familiar* (pp. 197-223). México: Pax-Mex.
- Branden, N. (1988), *Cómo mejorar su autoestima*, Buenos Aires: Paidós.
- Bruce J., Lloyd, C. y Leonard A. (1995). *Families in focus. New perspectives on mothers, fathers and children*. The Population Council: New York.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona, España: Paidós.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family process*, 26, 4, 405-410.
- Cecchin, G. (1994). Construcción social e irreverencia terapéutica. En Schnitman, D.F., *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. (pp. 333-350). Argentina: Paidós.
- CONAPO (1997). *La Situación Demográfica de México*. México.
- Daskal, A. M. (1994). *Permiso para quererme. Reflexiones sobre la autoestima femenina*. Argentina: Paidós.

- De Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. Barcelona, España: Paidós.
- Derrida (1997), *El monolingüismo del otro*, Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Desatnik, O. (2004) El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 49-79). México: Pax-Mex.
- Elkaïm, M. (1996). Constructivismo, construccionismo social y narraciones: ¿están en el límite de lo sistémico?, En: *Psicoterapia y familia*. 9, 2, 4-11.
- Epstein, N.B., Bishop, D.S. & Levin, S. (1978), The McMaster Model of Family Functioning. *Journal of marriage and family counseling*, 4.
- Epston, D. (1998). *Catching up' with David Epston*, Delwich: Centre Publication.
- Espinosa Salcido, M.R. (2004) El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En: Eguiluz, L. (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 115-138). México: Pax México.
- Fayeraben, P. (1986). *Tratado contra el método*. Madrid, España: Tecnos.
- Feixas, G. y Villegas, M.B. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Desclée de Brower: España.
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Fleuridas, C., Nelson, T.S. and Rosenthal, D.M. (1986). The evolution of circular questions: Training family therapists. *Journal of marital and family therapy*, 12, 2, 113-127.
- Foucault, M. (1973) *El orden del discurso*, Cuadernos Marginales 36, Barcelona: Tusquets Editores.
- Foucault, M. (1976) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, México: Siglo XXI.
- Furman, B. y Ahola, T. (1996). Conversaciones para encontrar soluciones. En: *Sistemas Familiares*. Diciembre, 21-39.
- Galicia Moyedo, I.X. (2004) Terapia estratégica. En: Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia Familiar* (pp. 81-113). México: Pax-Mex.
- Gergen, K. J. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona, España: Paidós, 1994.
- Gergen, K. J. (1997). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*, Buenos Aires: Paidós.
- González, C. (2004) El modelo de Hipnosis de Milton Erickson. En: Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia Familiar* (pp. 29-45). México: Pax-Mex.

- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz.
- Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Keeney, B. (1983). *Estética del cambio*. Barcelona, España: Paidós.
- Kuhn, T. (1976). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lax, W.D. (1996) El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En: McNamee, S. y Gergen, K.J., *La terapia como construcción social*, (pp. 93-110), México: Paidós.
- Lyndon, W. (1988). Formas y facetas de la psicología constructivista. En: Neimeyer, R. y Mahoney, M. (Comp.) *Constructivismo y psicoterapia* (pp. 89-107), Barcelona: Paidós.
- Lyotard, J. (1992). *La condición posmoderna*. México: Editorial Iberoamericana.
- Macías, A. R. (2004, febrero). 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, M.S.W. (1983). Contrasting Strategic and Milan Therapies. *Family process*, 22, December.
- Madanes, C. (1982) *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mahoney, M., Miller, H.M. 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.
- Mansour, S. y Soni, A. (1986). *Validez y Confiabilidad del FES-R*. Tesis de Maestría en Orientación y Terapia Familiar. Universidad de Las Américas: México, D.F.
- Martínez, M.K. (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.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benjet, C., Blanco Jalmes, J., Flez Bautista, C., Villatoro Velázquez, J., Rojas Gulot, E., Zambrano Ruiz, J., Casanova Rodas, L, Agullar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, en *Salud mental*, México, 26, 4, agosto 2003, 1-16.

- Maturana, H. y von Foerster, H. (1988). Biología cibernética y comunicación. *Seminario organizado por la Asociación Sistémica de Buenos Aires*, Argentina.
- May, V. (2004). Narrative identity and the re-conceptualization of lone motherhood. *Narrative inquiry*, Vol. 14, No. 1, pp. 169-189.
- McNamee, S. y Gergen, K. (1992). *La terapia como construcción social*. Barcelona, España: Paidós.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona, España: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Morin, E. (2000) Cultura y conocimiento. En: Watzlawick, P. y Krieg, P. (comp.), *El ojo del observador*, Barcelona: Gedisa.
- Neimeyer, R. (1988). Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En Neimeyer, R. y Mahoney, M. (Comps.). *Constructivismo y psicoterapia*. (pp. 29-54). Barcelona: Paidós.
- Nichols, M. y Schwartz, R. (1995). *Family therapy. Concepts and methods*. USA: Allyn and Bacon, 1984 (pp. 117-164).
- Notimex (2005, Mayo 10). Radiografía de las *jefas* mexicanas. *Diario Monitor*. P. 2A.
- O'Hanlon, W. Possibility therapy. An inclusive, collaborative, solution-based model of psychotherapy. En *The handbook of constructive therapies*.
- O'Hanlon, W. y M. Weiner-Davis (1989). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Herder.
- Oliveira, C. de (1998). Familia y relaciones de género en México. En Schmukler, B. *Familias y relaciones de género en transformación. Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe*. (pp. 23-52). México: Edamex.
- Penn, P. (1985). Feed-forward: future questions future maps. *Family process*, 24, 3, 299-310.
- Quine, W. (1960). *Palabra y objeto*. Barcelona: Editorial Labor.
- Ramírez Aparicio, J.J. (2005, Mayo 10). Ganan terreno en lo laboral. Cada vez más madres se suman a la economía, pero persiste desigualdad de salarios. *Diario Monitor*. P. 2A.
- Rodríguez, S.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.

- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Selvini, M. (comp.) (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini-Palazzoli*. México: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. and Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family process*, 19, 1, 3-12.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1986). *Paradoja y contraparadoja*, México: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1990). *Los juegos psicóticos de la familia*. México: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar*. México: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar*. México: Paidós.
- Sewell, K.W. (1995). Terapia del constructo personal y la relación entre cognición y afecto. En Mahoney, M. (Ed.). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica*. (pp. 151-169). España: Biblioteca de psicología.
- Shotter, J. (1993). *Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*, Agosto, 65-69.
- Tuirán, R. (1994). Familia y sociedad en el México contemporáneo, en: *La Nación Mexicana, retrato de Familia*. Número especial de la Revista Saber Ver.
- Umbarger, C. C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Von Bertalanffy (1968) *Teoría general de los sistemas*. D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Walters, M. (1991). En Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares* (pp. 318-363). Barcelona, España: Paidós.
- Watzlawick, Beavin y Jackson (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, España: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1979). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- White, M. (1989). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.

- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Witzeaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona, España: Herder.

Fuentes electrónicas

- 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>>.
- 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>.
- Instituto Nacional de Geografía e Informática, INEGI, (2003). Recuperado el 25 de octubre de 2004, de <http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp>
- Munné, F. (2001), El declive del postmodernismo y el porvenir de la psicología, *Cinta de Moebio*, No. 10, Marzo 2001, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Recuperado el 19 de noviembre de 2004, de <<http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/10/munne.htm>>
- 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/>>
- Segalen, M. (2007). Antropología histórica de la familia, *Monografías*. Recuperado el 17 de abril de 2007, de <<http://www.monografias.com/trabajos/antrofamilia/antrofamilia.shtml>>.

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 juicios, 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.

Categoría	Definición
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.
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
Sexo			Estado civil		
Femenino	116	72.5	Casado	93	58.1
Masculino	44	27.5	Soltero	47	29.4

Edades			Unión libre	20	12.5
15 a 25 años	36	22.5			
26 a 35 años	49	30.6			
36 a 45 años	49	30.6			
46 a 55 años	10	11.9			
56 a 65 años	4	2.5			
66 años en adelante	3	1.9			
			Tiempo en la relación		
			1 a 10 años	88	55.0
			11 a 20 años	39	24.4
			21 a 30 años	25	15.6
			30 años o más	8	5.0

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.

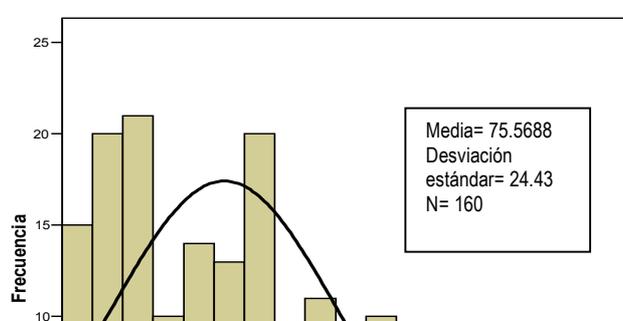
Se sometió a prueba la normalidad de la distribución de respuestas, con la prueba Kolmogorov-Smirnoff, que arrojó un valor de $z=1.153$, con una $p=.14$, lo que indicó que la distribución de las respuestas es normal.

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.

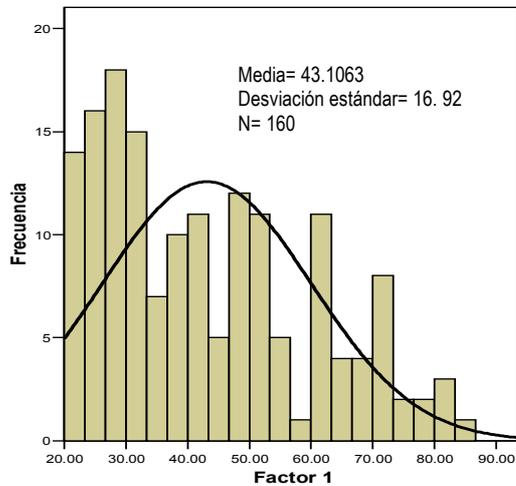
Posteriormente se realizó el análisis factorial varimax sobre los 60 reactivos. Los resultados arrojaron dos factores, que explican el 40.91% de la varianza, el primer factor (victimización-control excesivo) explica el 34.69% y el segundo factor el 6.22% (baja autoestima). En el factor 1 cargaron 22 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 39 reactivos (ver Apéndice 1). En las gráficas 1, 2 y 3 se muestran las distribuciones de los dos factores y de la prueba total.

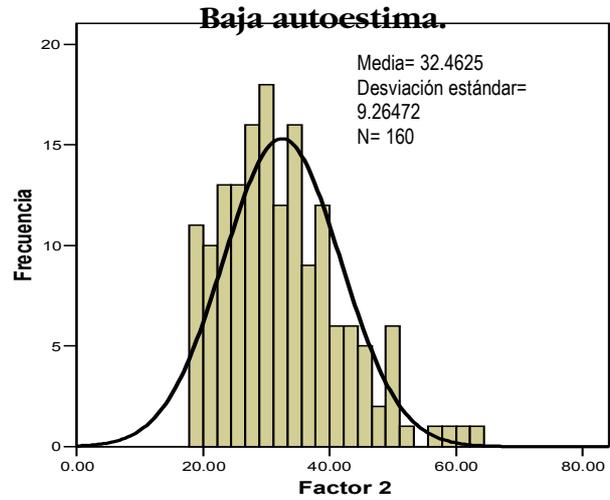
Gráfica 1. Distribución de los puntajes totales



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 de Cronbach

Factor	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
- 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 molestarte				
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



MADRE E HIJO: CONSTRUYENDO EL BIENESTAR JUNTOS

Resumen

El objetivo de esta investigación fue conocer los retos que enfrentan las familias uniparentales encabezadas por mujeres, así como los recursos que les han ayudado a superarlos. Para esto se realizaron entrevistas abiertas, focalizadas y no estandarizadas a tres familias uniparentales cuyas madres estuvieran a cargo de uno o varios hijos y donde el padre no estuviera presente en la convivencia cotidiana. La información obtenida se analizó mediante un proceso hermenéutico, obteniendo cinco categorías: relación con la familia extensa, narrativa de familia, narrativa del padre de su hijo, autonarración y discurso social dominante y actitud ante él. A partir de los resultados obtenidos concluimos que los principales recursos de estas familias son el estrecho vínculo afectivo entre madre-hijo, el apoyo de la familia extensa, la reflexión sobre las experiencias y la actitud crítica ante los discursos dominantes que censuran su forma de vida.

Introducción

La familia “teórica”, conformada por un padre, una madre y unos hijos es cada vez menos frecuente, si acaso alguna vez lo fue. Ya sea por separación, divorcio u otras causas, son cada vez más frecuentes las mujeres que deciden ser madres, pero no esposas.

Las presiones sobre estas madres y sus hijos van desde las económicas a las sociales, lo que les pone frente a retos específicos, en su condición de familia uniparental.

Nuestro objetivo al realizar este estudio fue conocer la experiencia familiar de las madres solas y de sus hijos en aquellas áreas que representaron o representan retos especiales para ellos, así como la forma en la que los han superado; especialmente nos interesó enterarnos de los distintos elementos discursivos que les permiten una vida individual y familiar satisfactoria.

El contexto demográfico

Se calcula que las madres solas, con hijos vivos, abarcan la quinta parte de la población de madres mexicanas, acercándose a la cantidad de 4.5 millones. 4% son solteras, 6.2% separadas, 1.6% divorciadas y 8.5% son viudas.

Las redes familiares constituyen un apoyo fundamental para estas mujeres y sus hijos. Nueve de cada diez madres solteras tienen hijos menores de 18 años y el 60% vive en el hogar de su padre o madre y el 71.8% trabaja. El 60% de ellas detentan la jefatura del hogar, aun cuando el 27.6% vive con alguno de sus padres y han asumido la jefatura familiar por muerte, divorcio o separación del cónyuge.

Desmintiendo la idea de que la “pobreza tiene cara de mujer”, el 30% de estos hogares están en condiciones de pobreza; en contraste con el 36.1% de las familias biparentales (CONAPO, 2005).

Aunque la Constitución decreta igualdad de derechos, por encima de géneros, los derechos laborales de estas madres son violados constantemente, enfrentan acoso sexual, discriminación, hostigamiento, diferencias salariales respecto a los hombres, ausencia de prestaciones y son rechazadas como candidatas a algún empleo por razones de embarazo. Mujeres que cuentan con 13 años o más de instrucción, ganan sólo el 47% del sueldo que recibe un hombre con igual nivel escolar. El sueldo de una mujer es 12.4% más bajo que el de un hombre en igual cargo laboral (Ramírez, 2005).

La maternidad

El ejercicio maternal se ha naturalizado en la mujer con argumentos biológicos, dejando de lado el importante papel de la socialización (Chodorow, 1984). Esto condiciona la maternidad y la legitima sólo la condición que se dé dentro de la institución familiar y, en los términos de una tradición patriarcal, encabezada por la figura masculina. Cuando estas condiciones no se cumplen, estos hogares, y sus miembros, son vistos como defectuosos. Aún más, los problemas que puedan presentar tienden a magnificarse y a adjudicarse a su situación familiar, aun cuando no sean muy diferentes a los que presentan miembros de familias biparentales (Walters, 1991).

La contribución de la familia extensa

La participación de la familia extensa es específica en cada sistema. En las familias uniparentales los estilos de autoridad de abuelos y madre, juegan un papel importante, mismo que contribuye al clima afectivo de las relaciones de toda la familia (Pearson, Hunter, Ensminger y Kellam, 1990; Tolson y Wilson, 1990, citados en Rice, 1997). Los abuelos pueden dotar de una riqueza de experiencias y de supervisión a sus nietos cuando sus madres trabajan para sostener económicamente a sus hijos. Los abuelos también pueden fungir un papel de padres sustitutos (Cherlin y Furstenberg, 1986; Denham y Smith, 1989; Presser, 1989; citados en Rice, 1997).

Efectos de la maternidad a solas en los hijos

Aunque con distintas conclusiones, la mayoría de los estudios sobre relaciones familiares y desarrollo individual se concentra en las deficiencias de las familias uniparentales. Freud condicionó el sano desarrollo psicosexual del niño a la presencia de ambos progenitores (Wolman, 1960). Minuchin (1984) afirmó que las familias uniparentales (*pas de deux*) tiene límites intrasistémicos difusos e intersistémicos rígidos, condiciones que impiden la individuación de sus miembros, causando patologías en estos. Weinraub y Wolf, (1987; citados en Hoffman, 1995), consideran que el estrés emocional está más presente en estas madres solas, afectando la relación con sus hijos. Otros consideran que la ausencia del padre empobrece el entorno del niño, asegurando que el nivel de estímulo social y cognitivo en hogares uniparentales es más pobre (McKinnon, Brody y Stoneman, 1982; Medrich, Roizen y Rubin, 1982, citados en Hoffman, 1995). Estas y otras ideas contribuyen a que a las familias uniparentales se les perciba como organizaciones deficientes, generadoras de más anomalías.

Otros estudios destacan las ventajas de estas familias. Weiss (1979, citado en Hoffman, 1995), concluyó que los hijos adquieren mayor responsabilidad, autosuficiencia y madurez que los de familias biparentales. Puesto que sus necesidades de cooperación son más altas, las fronteras generacionales se vuelven más flexibles; en la organización doméstica disminuye la estructura jerárquica y los miembros tienen la oportunidad de asumir roles diversos, conformando en ellos una mayor consciencia de unidad familiar interdependiente, dándoles un mayor sentido de valía. Si las condiciones lo favorecen, contar con una sola línea de autoridad facilita tomar decisiones sobre la educación y la organización familiar, dándole a la madre la oportunidad de combinar funciones protectoras y ejecutivas que los roles de género separan. (Walters, 1991).

Estas características no son inherentes a cualquier familia uniparental. Requiere de un trabajo continuo y conjunto de sus miembros. Ciertamente que los hogares comandados por una mujer están en desventaja, pero más los prejuicios sociales que por la capacidad de la madre para dirigir una familia (Colgan McCarthy, 2001).

Un punto de vista posmoderno sobre la familia

Usualmente la maternidad a solas es definida como una identidad, convirtiéndose en una variable independiente con la que se intenta explicar la

vida de las familias uniparentales (May, 2004), atribuyendo los problemas de sus miembros a esta condición de vida. Estas familias se pueden abordar desde una postura diferente: como una construcción narrativa del yo, en las historias de vida de sus miembros. Esto pretende que sea la identidad narrativa de éstos quienes expliquen su experiencia, y no que los conceptos de familia expliquen a sus miembros.

La posmodernidad concibe a la *narración* como la unidad de significado que ofrece un marco interpretativo para las vivencias, y a la *autonarración* como una forma social de incorporar el discurso público, modificándose continuamente a medida que la interacción progresa (McNamee y Gergen, 1996). Lenguaje y significado dependen del sistema de diferencias, expresadas en nociones polarizadas del mundo, excluyentes entre sí, y que diferencian entre pensamientos y prácticas “correctas” e “incorrectas”. Estas *prácticas discursivas* conservan los paradigmas existentes, configurando el discurso dominante y su institucionalización; pero, a medida que los discursos marginales encuentran vías para fundamentar sus preceptos, la voz crítica puede amplificarse y, consecuentemente, reemplazar o competir con cánones oficiales (Gergen, 1996; Shotter, 1993). Estos conceptos son la base de nuestro estudio.

Abordaje metodológico

Emprendimos este estudio utilizando el método hermenéutico, fundamentado en el análisis fenomenológico (Rodríguez et al, 1999; Palmer, 2002), a partir de entrevistas a profundidad (Taylor y Bogdan, 1986), focalizadas, abiertas y no estandarizadas (Camarena y Necochea, 1994).

Los principales temas que guiaron nuestras entrevistas con las madres fueron: su experiencia de maternidad, sus temores ante ésta, formas en que ha superado las dificultades, los prejuicios que ha enfrentado, la relación con su hijo, con el padre de éste, con los hombres en general y con su familia de origen. Con los hijos los temas fueron su experiencia como hijo de una madre sola, formas en que ha superado las dificultades, la relación con su madre, con su padre, con su familia extensa y con sus pares.

Características de los informantes

Para cumplir nuestro objetivo, buscamos tres familias uniparentales, cuyas madres (divorciadas, viudas o solteras), estuvieran a cargo de uno o varios hijos

y donde el padre no estuviera presente en la convivencia cotidiana de madre-hijo; con diez años, mínimo, como madres solas. Debido a que nos concentramos principalmente en los recursos, elegimos a familias que tuvieran una relación armónica. Para contar con mayores elementos de complejidad, buscamos que tuvieran edad, formación académica, ocupación y contexto sociocultural diferentes. A continuación detallamos las características específicas de cada una de estas familias.

Olivia y Georgina

Olivia, de 44 años, de profesión psicóloga, ha vivido la mayor parte de su vida en una ciudad pequeña, arraigada en el catolicismo y en donde la principal actividad es agrícola, aun cuando la creciente población ha facilitado la proliferación de diversos servicios. Quedó embarazada a los 29 años, ya al final de la relación de noviazgo que tenía con el padre de su hija. Éste no expresó interés por involucrarse. Murió cuando su hija, Georgina, tenía 4 años. Fallecida su madre muchos años antes, vivía con su padre, y así lo siguieron haciendo madre e hija hasta la muerte de éste, apenas un año antes de realizar esta entrevista. Su hija tiene 14 años y cursa la secundaria.

Abigail y Alberto

Abigail, de 37 años, cajera, con estudios de preparatoria, vivió hasta los 34 años en una comunidad semi-urbana, dedicada principalmente a la producción agrícola y ganadera. Se embarazó a los 19 años, tras decidirlo conjuntamente con su esposo. Con el nacimiento de Alberto, éste cambió de opinión, abandonado el hogar primero, pasando luego por un periodo de indefinición, con continuos reencuentros y desencuentros y, finalmente, divorciándose. Esta situación puso a Abigail ante dilemas afectivos difíciles respecto a sí misma y a su hijo, quien pasó de ser un proyecto de pareja al “motivo” de ruptura del matrimonio. Alberto, tiene 16 años y es estudiante de preparatoria, además trabaja esporádicamente para ayudar al sustento familiar.

Gabriela y Sara

Gabriela, de 29 años, con una formación trunca en diseño industrial y de profesión publicista, ha vivido siempre en una metrópoli. Se embarazó a los 16 años. Ella decidió tener a su hija aun antes de comunicarle a su novio el

embarazo; y lo hizo luego de una cavilación sobre los retos que la maternidad impondría a su vida. La relación con el padre de su hija no se mantuvo debido al poco compromiso que éste demostró. Gabriela se planteó vivir su maternidad “como lo hubiera hecho a los 25 años”, cuando le hubiera sido ideal tenerla, y con la premisa de que los sacrificios y carencias que resultaran de su maternidad, serían su decisión y nunca un motivo de reproche hacia su hija Sara, quien tiene 12 años y es estudiante de secundaria. Tras el análisis de las entrevistas, llegamos a las categorías señaladas en la tabla 1.

Tabla 1. Categorías de aspectos nucleares en la experiencia de familia uniparental

Relación con la familia extensa	
Principales actitudes que la familia extensa (padres/abuelos, hermanos/tíos y familiares en general), manifiestan hacia los criterios de educación y de relación que la madre establece con su propio hijo, así como la postura que adopta hacia la autoridad de ésta.	
<i>Subcategorías (madre)</i>	<i>Subcategorías (hijo)</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Estilos de autoridad - Delimitación de su intervención - Tipo de ayuda recibida 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencia de la autoridad - Tipo de ayuda recibida
Narrativa de familia	
Noción sobre los requisitos y características principales de la familia y el impacto que esta noción tiene en la construcción de la relación madre-hijo.	
<i>Subcategorías (madre)</i>	<i>Subcategorías (hijo)</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Concepción a priori de la familia - Reformulación a partir de la experiencia de la maternidad - Impacto en la relación madre-hijo 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencia de la familia uniparental - Contraste con la familia biparental - Impacto en la relación madre-hijo
Narrativa del padre de su hijo	Narrativa de su padre
Significado del padre de su hijo y postura afectiva hacia él, vinculada a la historia de su relación; y forma en la que esta narración corresponde a su actitud hacia los hombres en general y hacia las relaciones de pareja.	Explicaciones que hace de la figura (ausente o presente), de su padre, y la postura afectiva hacia él, vinculada a la narración que su propia madre hace de él.
<i>Subcategorías (madre)</i>	<i>Subcategorías (hijo)</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Actitud hacia la relación padre-hijo - Actitud hacia su propia relación con el padre de su hijo - Actitud hacia otros hombres y hacia las relaciones de pareja 	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud hacia la figura de su padre - Impacto en su vida afectiva
Autonarración	
Forma social incorporar el discurso público; instrumento lingüístico adherido a las prácticas convencionales usado para sostener, intensificar o impedir diversas formas de acción, y que sirve para la autoidentificación, la autocritica y para la solidificación social (Gergen, 1996).	
<i>Subcategorías (madre)</i>	<i>Subcategorías (hijo)</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Actitud hacia las necesidades económicas - Prioridades como cabeza de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> - Confianza en sus propios recursos - Actitud hacia las necesidades económicas - Definición de su posición como miembro de la familia
Discurso social circundante y actitud ante él	
Prácticas discursivas que conservan los paradigmas existentes y que configuran el discurso dominante sobre lo "correcto" e "incorrecto", excluyendo los discursos marginales (Gergen, 1996, Shotter, 1993) de familia; así como la postura afectiva y discursiva que madres e hijos toman ante este discurso dominante.	
<i>Subcategorías (madre e hijo)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Discursos especialmente atendidos - Actitud ante estos discursos - Condiciones laborales/escolares derivadas 	

Procesos y Recursos

La familia extensa

La familia extensa es un recurso invaluable cuando la mujer se encuentra sola al frente de la crianza de sus hijos. Aun en los casos en que la familia reta la autoridad de la madre sola y promueve, con su interferencia, los conflictos entre madre-hijo, su apoyo instrumental le permite a ésta salir de casa para obtener los recursos económicos, educativos y sociales que le ayudan a independizarse y proveer bienestar para sí misma y para su hijo. Si bien, dichos beneficios dependen de las aspiraciones, estrategias y empeño de la madre en conseguirlo.

Un aspecto común en Abigail y Alberto, y Olivia y Georgina es la contribución de la familia al compensar la figura paterna, fungiendo como una autoridad distinta a la de sus madres, y convirtiéndose en una fuente de referencia que enriquece la experiencia general de madre e hijo y estimula su sistema de creencias, ya sea en forma de desafío, inspiración o reflexión.

Narrativa de familia

Estas tres madres atravesaron un proceso de resignificación sobre su concepto de familia y maternidad; pues ninguna consideraba la maternidad a solas como una opción atractiva, pero antepusieron su bienestar y el de su hijo a la norma y la tradición. La construcción de una vida afectiva amable para su familia se convirtió en el eje de sus esfuerzos, más allá de los éxitos o fracasos que hayan experimentado durante el proceso.

Por su parte, sus hijos dan cuenta del alto valor que otorgan al vínculo afectivo con sus madres. Coinciden en la importancia de la mancomunidad del cuidado; convirtiendo la solidaridad, la cooperación, la atención, etc., en recursos del bienestar familiar.

Narrativa del padre de su hijo

Los relatos que al respecto hacen madre e hijo muestran algún grado de correspondencia. Olivia puso entre sí y el padre de su hija –y de los hombres en general- una distancia emocional parecida al escaso interés que Georgina sobre su padre. El rechazo que Abigail expresa por su ex-esposo y su ambivalencia en relación a los hombres en general, se parece al resentimiento de Alberto hacia su padre. La expresión franca del anhelo de Gabriela por la compañía de una

pareja, acompañada de una separación afectiva del padre de su hija, parece recíproca a la conciliación afectiva que Sara ha realizado hacia éste.

Autonarración

Estas tres mujeres afrontan los retos de su familia apelando a los recursos que han descubierto en sí mismas a partir de las problemáticas que han resuelto en su historia. Sin embargo, parece que la actitud pragmática de Gabriela y Olivia les ha aligerado las presiones, utilizando más efectivamente sus recursos, en tanto que Abigail parece más concentrada en aquello que desea y no puede alcanzar.

La formación académica parece tener poco que ver en esta construcción, pues tanto Gabriela como Abigail contaban sólo con Secundaria en el momento de embarazarse. Más bien parece que la convicción que cada una tiene de sí misma contribuye a la confianza/desconfianza, angustia/tranquilidad que experimenta y que transmite a su familia, vivencia que se corrobora en Georgina y Sara, quienes se sienten seguras y tranquilas, mientras, para Alberto, el dinero es un tema de constante preocupación, incluso cuando han contado con el resguardo de la familia extensa.

Los tres adolescentes entrevistados se viven a sí mismos como agentes de la organización y el bienestar familiar. Identificamos tres actitudes básicas comunes en ellos: a) responsabilidad, b) agencia personal y c) disciplina; actitudes que, por otra parte, guardan concordancia con la narrativa de familia que han configurado en conjunto con sus respectivas madres. Por su parte, Alberto da cuenta de una colaboración doméstica ajena a estereotipos de género; lejos de ser esto un elemento de estrés, es una experiencia en la que encuentra orgullo y satisfacción, al sentirse partícipe activo del bienestar familiar.

Discurso social circundante y actitud ante él

Aunque Abigail y Olivia han vivido en comunidades cercanas, con normas morales semejantes, la primera se ha sentido más afectada por la crítica social, en tanto que Olivia ha construido discursos alternativos más satisfactorios sobre sí misma y su maternidad, a través de una postura reflexiva.

Y, aunque los discursos que circundan a Gabriela son tan variados que dan lugar incluso a aquellos más marginales, no los hace suyos sino hasta después de haberlos analizado. Considerando esto, parece que la habilidad de

análisis y reflexión es un recurso para enfrentar la presión social que viene cuando se opta por un estilo familiar marginal, como lo es la maternidad a solas, porque les permite “salir” de los relatos dominantes.

Georgina y Alberto coinciden en que su niñez fue el periodo más difícil respecto a su familia; la crisis surgió al comparar sus familias con la de otros niños. El caso es distinto en Sara, quien no tuvo necesidad de establecer contrastes debido a la pluralidad familiar de sus pares. Alberto y Georgina realizaron un proceso de evaluación y contraste entre sus condiciones familiares y las de sus pares, pasando de padecer su diferencia a considerarla parte de sus ventajas, luego de conocer y evaluar la experiencia familiar de los demás y las suyas propias. Este proceso parece haberles permitido apreciar su propia importancia en la familia y las relaciones cordiales que encuentran en ella.

Discusión

Las madres que participaron en este estudio sintieron la necesidad y el deseo de establecer una relación diferente con sus hijos, lo que transformó sus relaciones familiares, gradualmente o a partir de crisis fricciones, según el caso. Esta es una búsqueda en todos los padres, incluyendo los de familias biparentales, pues todos intentan ganar autonomías, intentando usar métodos de educación distintos. Esto genera tensión entre la nueva familia y la familia extensa, alterando las relaciones ya existentes y formando otras nuevas (Haley, 1983).

Cuando los niños ingresan a la escuela nueva información entra al sistema familiar, que es incorporada en el desarrollo de la familia y de sus miembros (Op cit.). La discrepancia que Georgina y Alberto encontraron entre sus familias y la de los otros niños, les llevó a un proceso de revisión de su familia y de las biparentales. Es de resaltar que ambos llegaron a formar un relato favorecedor de sus respectivas familias, asentados en el cariño, la responsabilidad y la estrecha relación que tienen con sus madres.

La diversidad de su medio le permitió a Sara identificarse con varios niños en su misma situación; esto ilustra cómo una práctica marginal va convirtiéndose en algo común y doméstico, disminuyendo en gran medida la presión y coerción que pueden llegar a sentir los individuos cuando viven al margen de las prácticas más dominantes (Foucault, 1973).

Otro factor común a estas tres familias es la contribución de las familias de origen en el sostenimiento de la familia uniparental. Así como varios estudios destacan la importancia de los abuelos en la vida de sus nietos (Cherlin y Furstenberg, 1986; Denham y Smith, 1989; Presser, 1989; citados en Rice, 1997), para Alberto y Georgina sus respectivos abuelos jugaron un papel clave en su bienestar económico y emocional, más satisfactorio en la medida en que los abuelos respetaron y respaldaron a la madre.

Los relatos moldean la experiencia de los que participan en ellos (White, 1994; White y Epston, 1993); lo que se corrobora en las familias entrevistadas al considerar la repercusión que en la experiencia de los hijos tiene la narrativa que la madre hace del padre de éste y de los hombres en general. Si bien las características de la relación entre estas mujeres y el padre de su hijo son muy específicas en cada caso, parece que la conciliación de cada mujer con su historia respecto de esta relación, contribuye a que transmita una experiencia más benigna para la vida afectiva de su hijo.

Conclusiones

Mucho se ha cuestionado el estrecho vínculo de madre-hijo de las familias uniparentales, (Minuchin, 1984; Madanes, 1982; Rice, 1997), pero, a reserva de los conflictos que éste pueda suscitar, encontramos que, más que un inconveniente, es un recurso de relación que suaviza el estrés en estas familias. La sensibilidad tridimensional (hacia sí mismos, hacia el otro y hacia y el bien común), va construyendo un entorno de solidaridad y colaboración, haciendo alta la resonancia en el sistema. Sensaciones como el desamparo, la soledad, el agobio, etc., ceden a la seguridad de contar con el respaldo del otro, siempre y cuando se cuide, además, del desarrollo de la independencia y autonomía de sus miembros. Por otro lado, cuidar de sí mismas y transmitir esta actitud a sus hijos requiere que la madre separe sus necesidades de las de éstos; esto implica también respetar y promover que su hijo haga sus propias construcciones respecto a su padre.

La actitud crítica y analítica en estas madres e hijos, les permite cuestionar sus ideales y el discurso social dominante; es uno de sus recursos para resolver el dilema de ser aceptados socialmente y de construir una familia que satisfaga sus necesidades. Dentro del marco de sus historias particulares, estas madres resignificaron su idea de familia, de maternidad y de esposo, convirtiéndose en

trasgresoras para poder cambiar y co-habitar –más que sobrevivir- en un entorno que, en mayor o menor grado, las censura y las presiona para que se ajusten a la normatividad. Asimismo, el contraste que sus hijos han hecho entre sus estilos de vida familiar y los de sus pares, les ha permitido valorar su propia experiencia.

La actitud pragmática para enfocarse en lo que se puede conseguir a corto o mediano plazo –sin perder de vista sus aspiraciones más altas-, y la claridad de objetivos particulares y comunes, el afecto, el cuidado, la disciplina, la organización y la responsabilidad compartida (guardando proporciones en cuanto al papel de madre e hijo), parecen ser elementos básicos de su bienestar, pues van permitiendo el sentido de agencia personal, disciplina y responsabilidad en madre-hijo, pero especialmente en estos últimos.

Y, no menos importante, la familia extensa es un recurso invaluable para madre e hijo en la medida en que reconocen y fomentan la autoridad y el afecto entre éstos. De esta manera los vínculos afectivos entre la familia uniparental y la extensa se hacen más estrechos y cordiales, con un beneficio directo en la convivencia de todos.

Por último, quisiéramos aclarar que nuestro interés al realizar este estudio fue hacer un retrato, limitado a iluminar ciertos aspectos particulares de la experiencia de estas madres y sus hijos. En el proceso encontramos la dificultad de cualquiera que quiera explicar la vasta vivencia de las personas: ésta y los relatos provenientes de ella siempre resultarán inmensamente más complejos que las definiciones o sistematizaciones que se les hagan. En fin, este estudio constituyó para nosotras un acercamiento ilustrador sobre los recursos de estas familias, concientes de que nuestras conclusiones palidecen ante la riqueza vivencial de estas madres y sus hijos.

Bibliografía

- Andersen, T. (1995). *El lenguaje no es inocente. Psicoterapia y Familia*, 8 (1), 3-7
- 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.
- Camarena, M. Y Necochea, G. (1994). "Conversión única e irrepetible: lo singular de la historia oral". En de Garay, G. *La historia con micrófono*. México: Instituto Mora.
- Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y Sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona, España: Gedisa.
- Colgan McCarthy, I. (2001). Fifth Providence Revising: the social construction of woman lone parents' inequality and poverty.
Cualitativa. Granada: Mekga
- Foucault, M. (1973) *El orden del discurso*, Cuadernos Marginales 36, Barcelona: Tusquets Editores.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona, España: Paidós, 1994.
- Haley J. (1983) *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Amorrortu Editores.
- Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1995). *Psicología del Desarrollo hoy*. España: McGraw-Hill.
- Lefrancois, G. (2001). *El ciclo de la vida*. México: Thomson.
- Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- May, V. (2004). Narrative identity and the re-conceptualization of lone motherhood. *Narrative inquiry*, Vol. 14, No. 1, pp. 169-189.
- McNamee, S. & Gergen, K. (1992). *La terapia como construcción social*. Barcelona, España: Paidós.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona, España: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Notimex (2005, Mayo 10). Radiografía de las jefas mexicanas. *Diario Monitor*. P. 2A.
- Palmer, R. (2002). *¿Qué es la hermenéutica? Teoría de la interpretación en Schleiermacher, Dilthey, Heidegger y Gadamer*. Madrid: Arco Libros.
- Papalia, D., Olds, S. y Feldman, R. (2004). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.
- Ramírez Aparicio, J.J. (2005, Mayo 10). Ganan terreno en lo laboral. Cada vez más madres se suman a la economía, pero persiste desigualdad de salarios. *Diario Monitor*. P. 2A.
- Rice, F. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.

- Rodríguez, G., Gil, J., García, E. (1999). *Metodología de la Investigación*
- Shotter, J. (1993). *Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Taylor, S.J. y Bodgan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Walters, M. (1991). En Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares* (pp. 318-363). Barcelona, España: Paidós.
- White, M. (1994) *Guías para una terapia familiar sistémica*, Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wolman, B. (1960). *Teorías y sistemas contemporáneos en psicología*. México: Planeta.

Fuentes electrónicas

- Consejo Nacional de Población, CONAPO (2005), recuperado el 14 de octubre de 2006, de F:\Madres solteras CONAPO.htm