



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN  
PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

APROXIMACIONES AL MALTRATO INFANTIL  
DESDE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA  
Y POSMODERNA

REPORTE DE EXPERIENCIA  
P R O F E S I O N A L  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
ARIAGOR MANUEL ALMANZA AVENDAÑO

DIRECTORA DEL REPORTE:  
MTRA. BLANCA E. BARCELATA EGUIARTE  
REVISORA:  
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO  
COMITÉ TUTORAL:  
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY  
MTRO. IGNACIO RAMOS BELTRÁN  
DRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

Un maestro zen pidió a su discípulo que limpiara el jardín del monasterio. El discípulo lo limpió dejándolo impecable, pero el maestro no quedó satisfecho. Lo obligó a hacer un segundo aseo y después un tercero. Desalentado, el pobre discípulo se quejó:

- Pero maestro, en este jardín ya no hay nada que ordenar ni limpiar, todo está hecho.

- Falta una cosa – respondió el maestro, quien sacudió un árbol del cual cayeron algunas hojas que cubrieron el suelo -. Ahora sí, el jardín está perfecto.

Historia zen

Para mi madre,  
mi abuela,  
mis abuelos del cielo,  
mis tíos y tías,  
mis primos y primas,  
mis amigos,  
mi padre y mi hermana,  
mis maestros,  
y Anelita,  
amor y compañera de viaje.

# INDICE

<b>I. INTRODUCCION Y JUSTIFICACION</b>	1
1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar	1
1.1. Características del campo psicosocial	1
1.2. Principales problemas que presentan las familias	4
1.3. La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática	8
2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico	10
2.1. Descripción de los escenarios.	10
2.2. Análisis sistémico de los escenarios.	12
2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenarios de trabajo clínico	16
<b>II. MARCO TEORICO</b>	21
1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo	21
1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	21
1.2. Análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica	31
1.2.1. Modelo Estructural	31
1.2.2. Modelo Estratégico	36
1.2.3. Modelo de Terapia Breve	42
1.2.4. Modelo de Soluciones	47
1.2.5. Modelos de Milán	52
1.3. Análisis de los principios teórico-metodológicos de las intervenciones en las Prácticas y Terapias Posmodernas	61
1.3.1. Práctica del Equipo Reflexivo	61
1.3.2. Terapia Narrativa	66
1.3.3. Terapia Colaborativa	72
1.4. Análisis Comparativo de los Enfoques Terapéuticos	77

	80
<b>III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES</b>	
1. Introducción	80
2. Habilidades clínicas terapéuticas	86
2.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia	86
2.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias	94
2.3. Análisis del sistema terapéutico total	95
3. Habilidades de investigación	99
3.1. Reporte de Investigación Cuantitativa	99
3.2. Reporte de Investigación Cualitativa	104
4. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria	109
4.1. Productos Tecnológicos	109
4.2. Programa de intervención comunitaria	111
4.3. Reporte de Presentaciones de Trabajos en Foros Académicos	113
5. Habilidades de compromiso y ética profesional	115
5.1. Discusión e integración de las consideraciones éticas que surgen de la práctica profesional	115
<b>IV. CONSIDERACIONES FINALES</b>	118
1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	118
2. Incidencia en el campo psicosocial	119
3. Análisis del sistema terapéutico total	120
4. Reflexión y análisis de la experiencia	121
5. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo	122
<b>Referencias</b>	124
<b>ANEXOS</b>	129

# I. INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

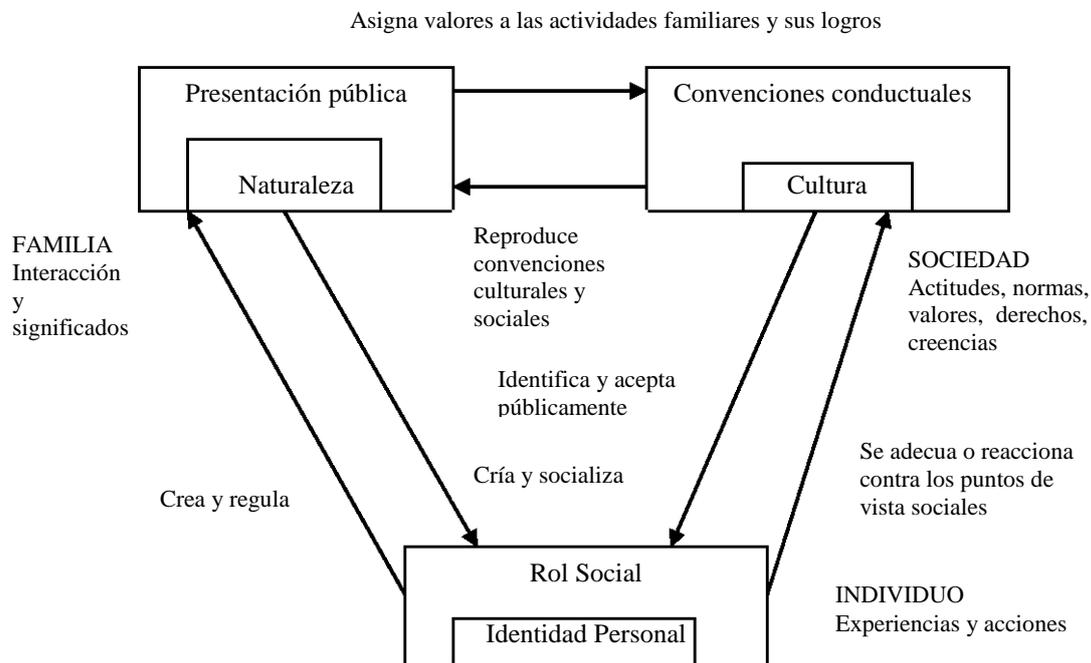
## 1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar

### 1.1. Características del Campo Psicosocial

El campo psicosocial comprende a la persona, la familia y la sociedad como sistemas clave. Las experiencias que definen a cada sistema son diferenciables, pero dependen unas de otras. Las experiencias en las sociedades se definen en términos de actitudes, modelos, derechos y valores. Estos persisten en gran medida a través de la familia, que sirve como agente transmisor y reproductor de la cultura.

La familia se apoya en la sociedad para obtener legitimación y su propio sentido de valor. Las experiencias que vive una familia se definen en términos de sus propias interacciones y significados, y a su vez dicha familia es reproducida por las personas que la integran, puesto que la familia las nutre y socializa.

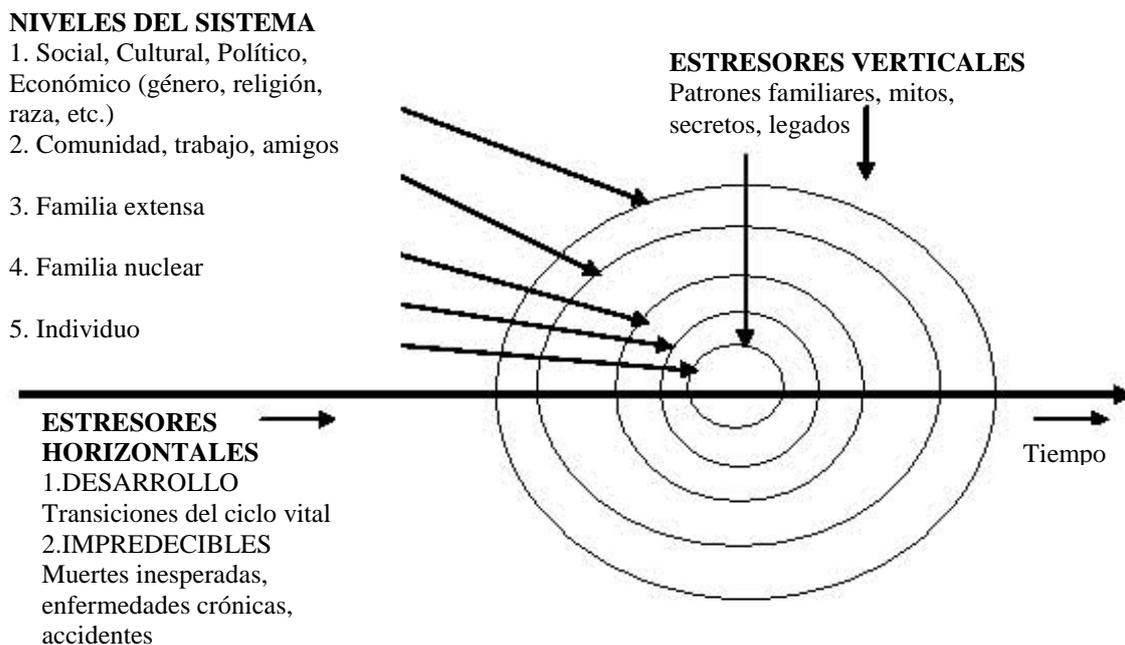
Los individuos crean y regulan interacciones y significados dentro de la familia. Por otro lado, se adaptan, reaccionan o transforman la sociedad. La sociedad reconoce y asigna valores a los individuos a través de sus actividades y logros. En la Figura 1 aparece un modelo sobre la forma en que interactúan estos sistemas (Bentovim, 2000):



Nota. De Sistemas organizados por traumas (p.41), por A. Bentovim, 2000, Buenos Aires: Paidós. Copyright 2000 Fundación Familia y Comunidad.

Figura 1. Modelos sistémicos de experiencia entre la familia, el individuo y la sociedad.

Carter y McGoldrick (como se cita en Goldenberg y Goldenberg, 2000) han desarrollado un modelo que aborda la forma en que se afectan diversos sistemas entre sí a través del tiempo. Sin embargo, enfatiza sobre el modo en que estresores horizontales y verticales afectan a las familias y a sus miembros, obstaculizando las transiciones a lo largo del ciclo vital y la adaptación al ambiente. Los estresores verticales incluyen a las creencias, patrones de relación y funcionamiento que son transmitidos en las familias a través de las generaciones. Los estresores horizontales son producidos por las tensiones predecibles del desarrollo, así como por los eventos impredecibles. Mientras mayor sea el estrés generado en la familia por la interacción entre estresores verticales y horizontales en cualquier momento de transición, más difícil será realizar los cambios que requiere la familia durante su ciclo vital (Figura 2).



Nota. De Family therapy: an overview (p. 45), por I. Goldenberg y H. Goldenberg, 2000, Los Angeles: Brooks and Cole. Copyright 2000 Brook and Cole.

Figura 2. Modelo de Carter y McGoldrick.

Otra alternativa para comprender el campo psicosocial es el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (como se cita en Gracia y Musitu, 2000), quien considera que los individuos establecen una relación bidireccional y de influencia recíproca con su ambiente, el cual no está limitado a un único entorno inmediato, sino que está compuesto por diferentes subsistemas que interactúan entre sí:

- a) **Microsistema.** Se define como el complejo de relaciones entre la persona en desarrollo y su entorno inmediato. La familia sería el principal microsistema donde tiene lugar el desarrollo e involucra las interacciones entre los niños, sus padres y hermanos en el hogar.
- b) **Mesosistema.** Este segundo nivel ecológico se refiere a la interrelación entre los principales microsistemas o escenarios que contienen a la persona en desarrollo en un punto particular de su vida. Un ejemplo serían las influencias mutuas entre la familia y la escuela.

- c) Exosistema. El tercer nivel es una extensión del mesosistema que representa las estructuras sociales, tanto formales como informales (por ejemplo, el trabajo, el vecindario, las redes de relaciones sociales, etc.) que no contienen en sí mismas a la persona en desarrollo, pero rodean y afectan al contexto inmediato en el que se encuentra la persona y, por lo tanto, influye, delimita o incluso determina lo que ocurre allí. Por ejemplo, el trabajo tiene un efecto en el padre y esto influye en el trato que brindará a su hijo.
- d) Macrosistema. Este nivel representa los valores culturales, sistemas de creencias y sucesos históricos que pueden afectar a los otros sistemas ecológicos. Por ejemplo, la aprobación cultural del uso del castigo corporal y de la agresión verbal como práctica de disciplina, puede influir significativamente la forma en que un niño es tratado o valorado socialmente.

La familia y los sistemas extrafamiliares establecen un proceso de adaptación mutua, donde las condiciones del entorno influyen en la vida familiar y los cambios que ocurren en la familia facilitan los cambios en el entorno. Bajo condiciones normales, el sistema familiar se mantendrá en un estado de equilibrio dinámico donde existe un balance adecuado entre los recursos del sistema y los niveles de estrés. Sin embargo, cuando se producen cambios en el exterior de la familia, combinados con cambios dentro de la familia, puede producirse un estado de inestabilidad ecológica, en el que los niveles de estrés exceden la disponibilidad de recursos personales y familiares, lo cual aumenta la probabilidad del conflicto y la violencia (Gracia et al., 2000).

Desde la perspectiva ecológica, la capacidad de los padres para cuidar y educar con éxito a sus hijos dependen en gran parte del contexto social en el que la familia vive, de la medida en que padres e hijos mantienen conexiones duraderas con otros fuera del hogar, de la forma en que fuerzas externas penetran en el hogar y regulan las interacciones paterno-filiales; así como de las normas de cuidado de los niños en el entorno inmediato de la familia y del lugar donde la familia se encuentra a lo largo de su ciclo vital (Gracia et al., 2000).

Para comprender el microsistema, es importante trazar distinciones entre el nivel de la familia y el individuo. La familia desarrolla una organización, mientras que el individuo crea una identidad a partir de su papel dentro de dicha organización. En la familia se genera una mitología, fruto de un consenso sobre la forma en que sus miembros ven el mundo de manera que se conserve su organización, mientras que el individuo crea una narrativa personal de lo que ha sido su vida, a la vez influida por la organización familiar (Linares, 1996).

En este sentido, Linares (1996) considera que las emociones, cogniciones y conductas de un individuo son de diferente orden a aquellas que son compartidas por todos los miembros de la familia, aunque pueden confluir. Esto implica, que al tratar de comprender a una familia a partir de sus individuos, se busquen las emociones compartidas, los valores y creencias comunes, así como los rituales colectivos de la organización familiar a la que pertenece (Figura 3).



Nota. De Identidad y narrativa (p.56), por J. Linares, 1996, Barcelona: Paidós. Copyright 1996 Paidós Ibérica.

Figura 3. Diferencias en el estudio de la familia y el individuo.

## 1.2. Principales Problemas que presentan las Familias

Un problema fundamental de las familias contemporáneas es la *prevalencia de la violencia*. Esto ha motivado la búsqueda de factores que frenen a los miembros de la familia para respetarse unos a otros y brindarse cuidado y consideración adecuados, en lugar de manejarse con niveles altos de ira y rechazo. Bentovim (2000) ha enunciado once factores principales:

1. *El tiempo de exposición al riesgo*. Cuanto más tiempo pase junta una familia, mayor será la oportunidad para el conflicto y la violencia. En este sentido, las condiciones ambientales pobres, el bajo ingreso, la pobreza, el desempleo, la educación deficiente y el aislamiento predisponen a la violencia ya que las familias donde se presenten estas condiciones tendrán menos espacio, recursos y posibilidades de desarrollar otras actividades.
2. *El alcance de las actividades y de los intereses*. Las interacciones de los miembros están más ligadas a actividades familiares que no familiares, lo cual aumenta la probabilidad del conflicto. En las familias donde hay abuso existe una expresión desproporcionada de comportamiento hostil entre los miembros frente a situaciones relativamente neutras o una tendencia a percibir negativamente las diferencias relacionadas con un desarrollo normal.
3. *La intensidad del involucramiento*. El grado de intensidad, compromiso e involucramiento en las interacciones familiares es mayor que en las interacciones no familiares. En las familias donde se presenta el abuso puede haber antagonismo mutuo, niveles mayores de crítica, amenazas y gritos; pero también comportamientos de evitación y ausencia de interacciones afectivas.
4. *Actividades intrusivas*. Gran parte de las interacciones dentro de la familia están estructuradas alrededor del conflicto entre ganadores y perdedores. Los resentimientos son inevitables, con relación a las diferencias generacionales y de

género, así como a las decisiones que deben tomarse. En familias donde se presenta el abuso, existen habilidades sociales deficientes para manejar las diferencias y se recurre a la coacción y al castigo para resolver los conflictos.

5. *Los derechos a las influencias.* El pertenecer a una familia implica que el miembro más poderoso tiene derecho a ejercer influencia sobre los valores, las actitudes y los comportamientos de otros miembros de la familia, en contextos sociales donde se espera que los padres cumplan la obligación de socializar a los hijos. Sin embargo, al hacer esto se puede violar aquello que el otro quiere hacer, abriendo un campo para el conflicto, el desacuerdo y el resentimiento cuando una de las partes hace un reclamo razonable. En la crianza de sus hijos, los padres abusadores suelen irse a los extremos de lo autoritario o lo permisivo.
6. *Diferencias de edad y sexo.* Las leyes sociales arman roles especiales que contienen mayor o menor autoridad, basados en la edad, sexo y posición generacional, sin tener en cuenta la capacidad individual para desempeñarlos, lo que favorece la posibilidad de conflictos. En las familias donde ocurre violencia, se manejan enfoques patriarcales donde las mujeres y los niños son víctimas potenciales y las tensiones pueden activar los modelos aprendidos en las familias de origen de los padres.
7. *La adscripción de roles.* La autoridad y las relaciones subordinadas se definen a través de una construcción social, por la que se otorga a los adultos, el derecho de efectuar reclamos y esperar obediencia de los hijos, para socializarlos. Estos reclamos pueden ser conflictivos y volverse abusivos si no hay un apego seguro o una experiencia de cuidado que pueda sustentar los roles asumidos.
8. *La privacidad.* La familia moderna es una institución donde ha aumentado el grado de privacidad, por lo que es más bajo el control social. Las reglas idiosincráticas y los significados familiares pueden crecer aislados y lastimar las diferencias y necesidades individuales, ya que pueden distorsionarse las reglas sociales hasta el grado de legitimar el abuso.
9. *La membresía involuntaria.* Políticamente, el estado establece que la familia es una organización coherente y excluyente, en un intento por lograr que sus miembros asuman responsabilidad mutua en lugar de dejar la responsabilidad en manos del estado. Existe un dilema ya que se recurre a la autoridad del estado para vigilar los derechos de los niños a ser protegidos, pero a la vez se considera a los niños como miembros involuntarios de una organización cuya integridad debe ser protegida a expensas de sus miembros.
10. *El estrés.* Las familias están expuestas a estresores horizontales y verticales. En las familias donde ocurre el abuso, existe una gran cantidad de estrés, que se maneja con respuestas hostiles.
11. *Conocimiento extendido de las biografías sociales.* El involucramiento emocional entre los miembros de la familia permite conocer aspectos de sus identidades. Este conocimiento puede apoyar las relaciones, pero también puede utilizarse para atacar a los íntimos y conducir al conflicto.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Familia (DIF, 2006), la principal causa de conflicto en las familias mexicanas son los problemas relacionados con la concesión de permisos y con la autoridad, que engloban aspectos como no consultar decisiones con algún miembro del hogar, horarios de llegada, permisos o autorizaciones, falta de respeto o de obediencia, indisciplina o rebeldía. La segunda causa son los asuntos económicos, que incluyen desde problemas por la administración del dinero hasta la falta de empleo o la disputa por bienes materiales y económicos.

La tercera causa de conflicto son los problemas suscitados por la convivencia o por la falta de comunicación, donde se encuentra una variedad de situaciones que van desde la falta de atención o comunicación, a la disputa por el uso de pertenencias ajenas o el hacinamiento, pasando por la incompreensión y el reclamo de mayor tiempo en común. La cuarta causa son los problemas relacionados con la conducta o la educación de los hijos, que se refieren a los desacuerdos respecto a la educación, o a quejas por el comportamiento, incluyendo las peleas entre los hermanos y el desempeño escolar. Estas cuatro causas son las responsables de más de la mitad de los conflictos en las familias mexicanas, aunque otras de las causas reportadas en la encuesta fueron, en orden descendente: los problemas de carácter o de opinión, las adicciones (principalmente el alcoholismo), el cuidado y el orden en el hogar, los celos y la infidelidad, y los problemas con la parentela.

Respecto a la dinámica de los conflictos, en las familias que reportaron al menos un evento conflictivo en el último mes, los gritos estuvieron presentes en alrededor de la mitad de los hogares, mientras que sólo un 5.2% declaró abiertamente que hubo violencia física. En un 13.3% de las familias se recurrió a un tercero para resolver el conflicto, y aunque el 76.3% expresó haber llegado a un acuerdo después de conversar sobre el suceso, alrededor de un 40.3% señala que terminó haciéndose lo que un miembro de la familia dijo que debía hacerse. Este escenario sugiere una dinámica de conflictos donde, existiendo cierto grado de violencia, las diferencias se resuelven en parte por la aceptación, con o sin diálogo, de la voluntad de algún miembro de la familia, generalmente la figura de autoridad. Sin embargo, esto no excluye la presencia de procesos de negociación entre miembros con distintos grados de autoridad y poder (DIF, 2006).

Según la Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados (Villatoro, Quiroz, Gutiérrez, Díaz y Amador, 2006), cuando las horas de convivencia entre los hijos y los padres aumentan, la prevalencia de los diferentes tipos de maltrato es menor, en ambos sexos. Sin embargo, cuando hay violencia en la pareja, el nivel de maltrato para ambos sexos es por lo menos el doble. Otro aspecto que aumenta el maltrato en todos sus tipos es la forma en que las familias solucionan sus problemas. Las soluciones conflictivas, como evitar dar soluciones, las soluciones autoritarias o enojarse ante los problemas, provoca mayor maltrato que las soluciones conjuntas.

Otro problema de las familias mexicanas son las limitaciones que impone el *sistema de género*. Walters, Carter, Papp y Silverstein (1991) han desarrollado algunas ideas sobre la forma en que el género afecta las relaciones familiares y sociales:

1. *Existen mensajes y construcciones sociales basados en el género que condicionan la conducta y los roles según el sexo.* Se considera que el

género no es sólo un tema que puede o no ser problemático en una familia, sino que es una fuente esencial de toda conducta y un vínculo entre una cultura y sus miembros.

2. *Existen limitaciones reales del acceso femenino a los recursos sociales y económicos.* Esto implica que las restringidas opciones sociales y económicas, así como la vergüenza socialmente impuesta que afectan a las mujeres son factores que inciden en su forma de manejar las situaciones.
3. *Existe un modo de pensar sexista que restringe las opciones de las mujeres de dirigir sus propias vidas.* Este modo de pensar incluye ideas tales como: la creencia de que las mujeres necesitan que los hombres las mantengan y las dirijan; la negación del derecho de las mujeres de ejercer control sobre sus propios cuerpos; la convicción de que las mujeres son ilógicas y muy emocionales y que la conducta competente e independiente es poco atractiva y poco femenina. Estas son creencias culturales que determinan la conciencia y autodefinición individuales.
4. *Las mujeres han sido socializadas para asumir la responsabilidad primordial por las relaciones familiares.* Se espera en forma abierta o encubierta, que las mujeres cuiden las relaciones familiares. La forma en que cumplen con esta tarea puede verse como una necesidad de servir, controlar u ocupar un lugar central. Suele ocurrir que cuando las cosas no andan bien, se esfuerzen por lograr que mejoren y asuman la culpa por lo que salga mal.
5. *Existen dilemas y conflictos por tener y criar hijos en nuestra sociedad.* Al convertirse en madre, la mujer suele asumir una mayor responsabilidad por la crianza de los hijos, por lo que se sobrecarga en sus funciones y puede generarse un conflicto de roles por la necesidad de desarrollar otro tipo de actividades.
6. *Aparecen patrones que dividen a las mujeres en las familias en su búsqueda por adquirir poder a través de sus relaciones con los hombres.* Como la sociedad es dominada por el varón, la mujer requiere unirse a un hombre para adquirir poder. Surgen algunos patrones en las familias conforme las mujeres tratan de alcanzar este objetivo: las mujeres desvían los conflictos apartándolos de los hombres, ya sea porque es demasiado peligroso confrontarlos directamente o con el fin de protegerlos; las mujeres de la familia compiten entre sí por el mejor modo de preservar el bienestar emocional de la familia; los conflictos entre ellas se mantienen por haber sido socializadas para encarar los problemas emocionales en lugar de eludirlos.
7. *Las mujeres tienen valores y conductas características que requieren afirmarse, como la vinculación, la afectuosidad y la emotividad.* Esta idea busca que se valoren aspectos positivos de las relaciones como la intimidad y el apego, que suelen connotarse negativamente como “intrusión”, “control” o “dependencia”.

8. *Se requiere reconocer y aprobar las posibilidades para las mujeres fuera del matrimonio y la familia.* Esto implica evitar la presión hacia la mujer debido a expectativas culturales rígidas, y considerar la importancia de mantener una red de relaciones donde se sienta útil y apreciada.
9. *Se requiere reconocer que ninguna intervención terapéutica prescinde del género y que tendrá un significado diferente y especial para cada sexo.* Desde esta perspectiva se define a la terapia como un acto político inseparable de los aspectos sociales que afectan a la familia.

En relación a las creencias acerca del género, una sexta parte de los mexicanos comparte la idea de que la masculinidad está fundamentalmente vinculada a la demostración de poder en la familia, a la capacidad de ejercer control sobre sus miembros, y a la diversidad de experiencias sexuales. Con respecto a la mujer, sólo una tercera parte aprueba la idea de que trabajen si tienen hijos pequeños, y alrededor del 45% de la población la responsabiliza de la cohesión o la integración familiar, además de que aprueba la idea de que las mujeres deben permanecer “vírgenes” antes del matrimonio. Estas creencias reflejan el respaldo con el que aún cuenta el modelo tradicional de desigualdad entre los géneros en la población mexicana, aunque cabe señalar que hay mayor adhesión a dichas creencias en el ámbito rural (DIF, 2006).

### **1.3. La Terapia Familiar Sistémica como alternativa para abordar la Problemática**

La Terapia Familiar Sistémica ha sido eficaz en analizar aspectos repetitivos en las conductas de los miembros de una familia, para describir y proporcionar modelos explicativos de las relaciones entre sus miembros, así como para plantear formas posibles de modificar esas conductas.

La aproximación sistémica sigue ciertos principios (Gorell, 1998):

- La gente que vive en proximidad a través del tiempo forma patrones de interacción constituidos por secuencias relativamente estables de discurso y conducta.
- Los patrones de interacción, creencias y conductas que los terapeutas observan pueden ser entendidos como el contexto del problema y pueden ser considerados ambos como causa y efecto, o los ciclos de retroalimentación que mantiene ligados a la familia y al problema.
- Los problemas en los patrones de la vida familiar se relacionan frecuentemente con dificultades para adaptarse a la influencia ambiental o al cambio. El terapeuta requiere observar cómo los miembros de la familia construyen mediante el lenguaje sus problemas, además de la forma en que limitan la práctica de soluciones adecuadas.

Se considera que la Terapia Familiar varía de un continuo que va desde el tratamiento individual, donde las influencias de la familia son consideradas, hasta la terapia familiar conjunta, donde todos los miembros están presentes. Respecto a la

violencia familiar, se ha generado un debate en el campo por el supuesto de la causalidad circular, ya que bajo esta noción las víctimas del maltrato tendrían cierta responsabilidad por el abuso, mientras que también se puede percibir al abusador como el único responsable o el principal, desde una causalidad lineal.

Conectado con esta controversia, se encuentra la discusión entre la neutralidad del terapeuta contra la protección de las víctimas de violencia doméstica. El enfoque de la protección generalmente evita la terapia familiar conjunta y promueve la terapia individual y de grupo para las víctimas y los abusadores, por separado. Por otro lado, el enfoque de la neutralidad, considerado reconstructivo, considera que el abuso es causado tanto por factores individuales como familiares, por lo que incluye a la terapia familiar conjunta cuando varios requisitos se han cumplido, como el hecho de que todos los miembros deseen este tipo de tratamiento, el abusador se haga responsable de su violencia y que la víctima se encuentre segura (Geffner, Barrett y Rossman, 1998).

En el contexto latinoamericano, donde la violencia familiar se ha convertido en un asunto de salud pública, se ha desarrollado una perspectiva distinta para conceptualizar el abuso. En el circuito de la violencia familiar, existen tres actores principales: la persona abusadora (más frecuentemente un hombre), la persona abusada (más frecuentemente una mujer o un hijo) y las personas que son testigos de la violencia, que pueden incluir a los familiares, a los vecinos, los compañeros de trabajo e incluso a los profesionales de la salud mental.

La violencia familiar se presenta en un contexto sociocultural influido por un sistema autoritario y un sistema de género, los cuales establecen diferencias y jerarquías entre las personas, justifican las prácticas discursivas para mantener dichas jerarquías se han incorporado a la vida cotidiana como una “realidad” en lugar de una construcción social. Ambos sistemas sociales perpetúan su organización mientras no cambien sus tres elementos fundamentales: las ideas, las acciones y las estructuras sociales presentes en tales sistemas (Ravazzola, 1998).

Las prácticas discursivas del abusador giran en torno a las creencias de ser dueño de otras personas, de ser la persona que ejerce la autoridad y el control, cuyo papel en la familia es central y goza de impunidad, por lo que no debe hacerse responsable de su violencia. Mientras que en la persona abusada, existen creencias que legitiman el abuso y que se encuentran íntimamente relacionadas con el sistema de género, donde el hombre aún tiene mayor poder y valor, y la violencia se justifica a nombre del amor, de la incondicionalidad, lo cual también implica la disminución de la conciencia del malestar. Estas creencias favorecen acciones de maltrato físico y psicológico.

Los testigos y las diferentes instituciones que forman parte del contexto de la violencia, pueden legitimar el abuso mediante sus prácticas discursivas basadas en los sistemas autoritario y de género, pero también pueden anesthesiarse emocionalmente de los efectos de la violencia e intervenir de una forma que perpetúe el abuso. Sin embargo, desde la perspectiva sistémica, si se consigue provocar un cambio en alguno de los actores, ya sea en las ideas, las acciones, o su relación con las estructuras sociales que legitiman el abuso, es posible que se produzca un cambio en el sistema. Para esto se requieren intervenciones en el nivel emocional, cognitivo y pragmático, donde la perspectiva sistémica se orientaría al cambio de los patrones relacionales y las percepciones de los miembros de la familia, mientras que el construccionismo social

favorecería la deconstrucción de los discursos culturales que legitiman el abuso e influyen en las relaciones entre los miembros (Ravazzola, 1998).

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

### **2.1. Descripción de los escenarios**

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

En 1977, siendo directora de la Facultad de Psicología, la Dra. Graciela Rodríguez, se desarrollaron iniciativas para la creación de dos centros de atención a la comunidad: el Centro de Servicios Comunitarios, que posteriormente se convertiría en el Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor Sánchez y Navarro”, y el Centro de Servicios Psicológicos. Actualmente, ambos centros dependen de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Los objetivos del Centro de Servicios Psicológicos son los siguientes:

- Ofrecer a los estudiantes formación académica especializada a nivel de estudios superiores.
- Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica directa y supervisada.
- Ofrecer servicio psicológico a la comunidad.
- Desarrollar programas de investigación.

El Centro de Servicios Psicológicos está ubicado en el sótano del Edificio “D”, perteneciente a la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología. Cuenta con una oficina para la Jefatura, salas para la coordinación de algunos programas que se desarrollan en el Centro, una recepción y una sala de espera, siete cubículos destinados a entrevistas individuales y de diagnóstico, cuatro salas para usos múltiples, y cuatro cámaras de Gesell, donde se realizan las prácticas de las diversas residencias.

#### **2.1.2. Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor Sánchez y Navarro”**

Sus antecedentes se remontan al año de 1979, a partir de la realización de una investigación en la Colonia Ruiz Cortines, impulsada por un grupo de profesores encabezado por el Dr. Julián Mac Gregor, dando pie a su fundación, en mayo de 1981, con el nombre de “Dr. Oswaldo Robles“. Sin embargo, después del fallecimiento del Dr. Mac Gregor, se decidió que el Centro llevara su nombre como reconocimiento.

El Centro se ubica en la calle Tecacalco, Mz. 21, Lt. 24 en la Colonia Ruiz Cortines de la Delegación Coyoacán. La zona que atiende principalmente abarca las

colonias Ajusco, Candelaria, Díaz Ordaz, El Reloj, Ruiz Cortines, San Pedro Tepetlapa, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo.

El Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro”, tiene como objetivos principales:

- Participar en la profesionalización de los estudiantes de las diversas áreas de la Psicología, así como en los distintos niveles de formación (licenciatura, posgrado, especialización, etc.); mediante su incorporación en los programas y actividades del Centro, bajo la supervisión de profesoras/es del área de competencia.
- Proporcionar apoyo a la comunidad mediante la creación de programas preventivos y de intervención, en las distintas áreas de la psicología; tomando en cuenta las principales problemáticas y el nivel de incidencia, que se presentan en dicha comunidad.

El Centro Comunitario cuenta con diversos espacios para llevar a cabo las múltiples actividades que en él se desarrollan. Tiene dos cámaras de Gesell, (una de ellas con equipo de audio), un salón de usos múltiples, una sala de lectura, siete cubículos, una sala de cómputo, una sala de juntas, la oficina de la responsable del centro y una recepción donde se encuentra la sala de espera. Las prácticas de la Residencia en Terapia Familiar se realizan en las cámaras de Gesell.

### **2.1.3. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”**

En el Manicomio General de la Ciudad de México se fue creando la necesidad de dar al niño con trastornos mentales una atención diferente a la del adulto, por lo que se realizó una reforma integral de la institución y se creó un pabellón exclusivo para niños. Al cierre de "La Castañeda", se separaron adultos y niños, y fue construido el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", cuya inauguración fue el 24 de octubre de 1966. Desde entonces se ha ubicado en la Av. San Buenaventura No 86, Col. Belisario Domínguez, Delegación Tlalpan.

Entre sus objetivos principales se encuentran: brindar prevención primaria (actividades de investigación, promoción de la salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), de forma continua e integral.

Entre su personal se cuenta un gran número de enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, médicos generales y especialistas, odontólogos, terapeutas físicos y dietistas. Respecto a su infraestructura, el Hospital Psiquiátrico Infantil cuenta con: 120 camas, tres consultorios de urgencias, diecinueve consultorios, tres equipos de radiología, tres unidades dentales, cuatro aulas, dos áreas de rehabilitación y una cámara de Gesell. Las prácticas de la Residencia en Terapia Familiar se llevan a cabo en el consultorio del área de Terapia Familiar, en los jardines aledaños y en consultorios que son proporcionados por otras áreas.

## 2.2. Análisis Sistémico de los escenarios

### 2.2.1. Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

El Centro de Servicios Psicológicos es dirigido por la Lic. Rebeca Sánchez Monroy, quien cuenta con el apoyo tanto de personal administrativo como voluntario. También tiene bajo su cargo a un gran número de docentes y estudiantes, quienes participan en los múltiples programas que se desarrollan en el Centro, como las prácticas supervisadas de las residencias de la Maestría en Psicología, la formación en la práctica de los estudiantes de Licenciatura y el desarrollo de proyectos de investigación (Figura 4).

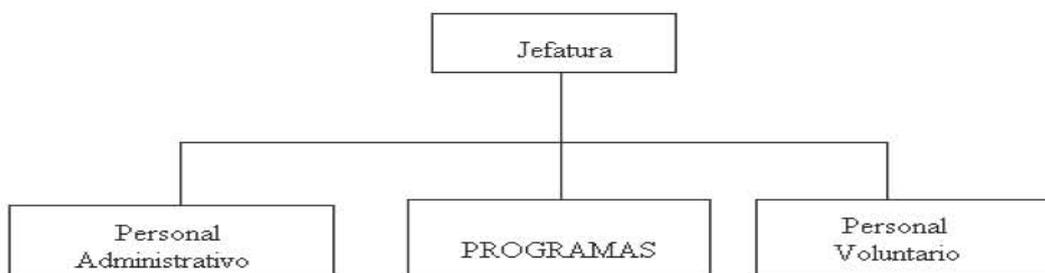


Figura 4. Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

En relación al proceso de atención psicológica, los diversos actores de esta organización interactúan de la siguiente manera desde mi perspectiva como practicante:

- *Personal Administrativo.* Atienden a los usuarios cuando acuden a solicitar el servicio, asisten a la pre-consulta o a la cita de terapia. En la relación con los terapeutas, facilitan el acceso a las instalaciones del Centro, observan que se cumplan las reglas de la institución y les proporcionan el material necesario para crear los expedientes clínicos. Respecto a la Jefatura, colaboran en diversos procesos administrativos para procurar el buen funcionamiento del centro, tales como el registro de los pacientes y de sus pagos, así como la atención personalizada y telefónica.
- *Practicantes y Docentes.* Apoyan en el proceso de la pre-consulta (donde se explora con mayor profundidad el problema del paciente después que ha llenado su solicitud), junto con la directora seleccionan los casos para sus respectivas residencias, observan que los pacientes cumplan con los pagos y con las reglas sobre la asistencia, y llevan los expedientes clínicos de cada caso. Al mismo tiempo que brindan un servicio a la comunidad universitaria y al sector social, son supervisados en vivo dentro de las Cámaras de Gesell por profesionales de la salud mental para favorecer su aprendizaje en diversos tipos de habilidades, que incluyen al diagnóstico y al tratamiento. Los docentes y los practicantes, buscan establecer una comunicación directa con el personal administrativo y la jefatura, para mejorar las condiciones de enseñanza y el servicio a los pacientes, al mismo tiempo que acatan las reglas institucionales.

- *Jefatura.* La directora del Centro supervisa los procesos que se desarrollan en la institución, como coordinar los espacios donde se realiza la enseñanza, seleccionar los casos hacia las diversas residencias, canalizar los casos a otras instituciones cuando sea requerido, gestionar recursos para el mejoramiento de la infraestructura del Centro, o vincularse directamente con la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, para informar acerca del funcionamiento del Centro, lo cual permite diseñar acciones para su mejoramiento.

### 2.2.2. Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor Sánchez y Navarro”

Actualmente el Centro Comunitario se encuentra a cargo de la Mtra. Noemí Díaz Marroquín, quien es la responsable de la administración, supervisión y coordinación del lugar. Cuenta con personal de apoyo administrativo a nivel secretarial, de vigilancia e intendencia. Por cada uno de los Programas y Servicios Terapéuticos que se llevan a cabo, existe un docente, que funge como Coordinador (Figura 5).

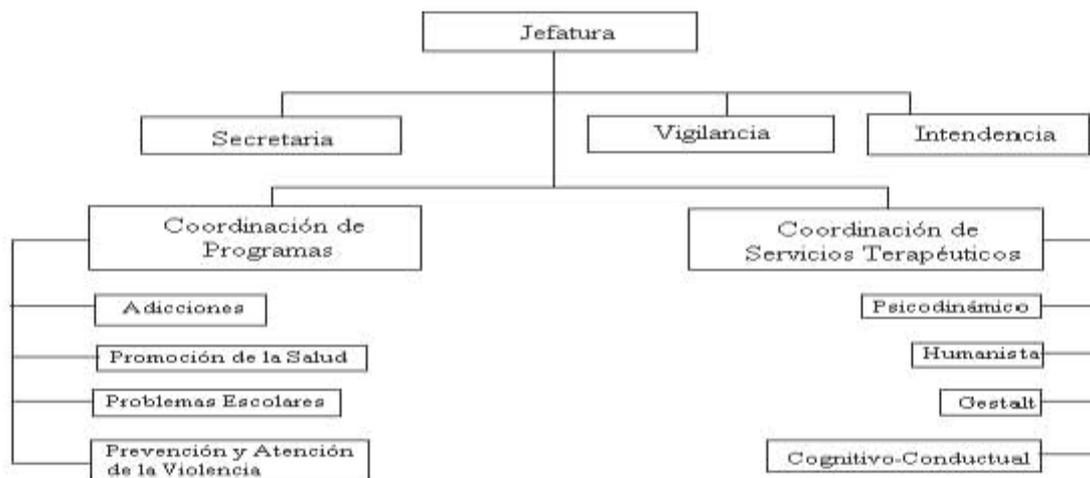


Figura 5. Organigrama del Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor Sánchez y Navarro”.

En esta organización, los diferentes actores se relacionan de la siguiente manera para brindar atención psicológica a los usuarios, desde mi perspectiva como practicante:

- *Personal administrativo.* Se encarga de la recepción de los usuarios, de la vigilancia y de la organización del Centro, del apoyo a los practicantes y los docentes en el uso de las instalaciones y del equipo, y de asistir a la Jefatura en diversos procesos administrativos. En el proceso de selección, atienden telefónicamente a los usuarios y crean una lista de espera, llevan un registro de los pacientes que asisten y de los pagos por las sesiones.
- *Coordinadores de los Programas.* A nivel preventivo, facilitan diversas acciones, como pláticas informativas, conferencias, ciclos de cine debate,

talleres, y grupos de reflexión. La organización de éstas consta de los siguientes pasos: elección del tema y actividad, elaboración de la carta descriptiva, acordar fecha y horario, elaboración de publicidad, difusión de la actividad, implementación y evaluación de la misma. Para desarrollar estas tareas se coordinan con la Jefatura y con los alumnos, quienes también pueden diseñar programas preventivos en coordinación con la Jefatura, quien a la vez participa directamente en los programas y los servicios terapéuticos.

- *Coordinadores de los Servicios Terapéuticos.* En el nivel de tratamiento se proporciona servicio terapéutico a nivel individual, familiar o grupal, bajo los enfoques Humanista, Gestalt, Cognitivo Conductual y Psicodinámico. Los docentes participan en procesos terapéuticos como parte de la enseñanza o los alumnos participan como terapeutas supervisados por sus docentes.
- *Practicantes.* En el caso de la atención psicológica, solicitan la lista de espera a la secretaria del Centro para seleccionar a los pacientes y se comunican telefónicamente con ellos para establecer una cita. Los terapeutas se encargan de que el paciente llene una solicitud de ingreso, de pedir el consentimiento informado para las videograbaciones, de crear un expediente clínico de los casos y de entregar a final de mes el dinero, los recibos y un registro de los pagos a la secretaria. En la práctica de Terapia Familiar, se forma un equipo terapéutico integrado por el supervisor, los terapeutas y los observadores, para desarrollar los procesos terapéuticos.
- *Jefatura.* La directora del Centro se encarga de coordinar los procesos administrativos, así como los programas y los servicios terapéuticos, estableciendo relaciones directas con su personal, los coordinadores, los docentes y los practicantes. Otras de sus funciones son la vinculación con otras instituciones y con la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social.

Los usuarios del Centro son miembros de la comunidad integrada por algunas zonas de la Delegación Coyoacán, lo cual indica que su población está más delimitada que en el Centro de Servicios Psicológicos. Acuden por diversas problemáticas, siendo el principal motivo de consulta los problemas familiares o de pareja, seguido por problemas de conducta de los hijos. Otros motivos de consulta importantes son: problemas de aprendizaje o problemas escolares, adicciones, depresión, ansiedad, violencia, manejo de las emociones, etc.

### **2.2.3. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”**

El Hospital forma parte de un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud denominado Servicios de Atención Psiquiátrica, cuyas funciones consisten en la formulación de programas, la supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental, así como la coordinación operativa y administrativa de tres Hospitales Psiquiátricos especializados (“Fray Bernardino Álvarez”, “Dr. Juan N. Navarro” y “Dr. Samuel Ramírez Moreno”) y tres Centros Comunitarios de Salud Mental en el Distrito Federal (“Iztapalapa”, “Zacatenco” y “Cuauhtémoc”).

El Hospital está conformado por cinco áreas principales (Secretaría de Salud, 2007):

- Enseñanza, que apoya la formación profesional de recursos humanos en diversas disciplinas afines a la salud mental y realiza actividades de investigación.
- Psiquiatría Comunitaria, que ofrece educación para la salud, medidas preventivas e intervención temprana fuera del hospital.
- Hospitalización continua y Hospitalización Parcial. Los servicios de Urgencias y de Hospitalización Continua atienden las 24 horas en todos los días del año. Además cuentan con dos unidades especializadas: Paidea, que atiende a menores de ambos sexos con problemas relacionados con la farmacodependencia en (hospitalización parcial); y la Unidad de Adolescentes para varones y mujeres, que atiende trastornos psiquiátricos graves como depresión, psicosis, intentos suicidas y trastornos severos de conducta (hospitalización continua).
- Consulta externa. Está constituida por diversas clínicas que atienden alteraciones del desarrollo como el retraso mental y el autismo; trastornos de aprendizaje y de la conducta; trastornos de ansiedad y del estado de ánimo; trastornos del sueño. Incluso cuenta con un programa de atención integral a víctimas de abuso sexual y con un área de psiquiatría legal donde se realizan peritajes psicológicos o psiquiátricos a menores de edad que son referidos de juzgados.

En el Hospital existe un proceso de selección de los pacientes. En un primer momento, el paidopsiquiatra realiza una evaluación del estado mental del paciente, para considerar la urgencia de la atención y decidir si requiere ser hospitalizado o puede ser atendido por medio de la consulta externa. Esto implica que existan dos modalidades de atención dependiendo del nivel de urgencia:

a) Consulta no urgente:

- Problemas del aprendizaje escolar.
- Problemas emocionales o del comportamiento que no pongan en riesgo la vida del paciente y de otros.
- Problemas emocionales o del comportamiento de larga evolución (años).

b) Atención urgente:

- Conducta agresiva incontrolable.
- Intento de suicidio reciente (días).
- Crisis de angustia.
- Intoxicación actual por drogas o medicamentos.
- Fallas graves de conducta que no puedan ser controladas con la intervención de la familia.

En los últimos años se ha modernizado la atención, fomentando intervenciones multidisciplinarias coordinadas por el Paidopsiquiatra, quien también realiza el diagnóstico psiquiátrico y se encarga del tratamiento farmacológico. Los equipos de trabajo realizan las siguientes actividades (Secretaría de Salud, 2007):

- Psicología. Realizan psicodiagnóstico, psicoterapia individual o grupal, así como apoyos a padres de los usuarios con pláticas de información, orientación en grupo o individual.
- Enfermería. Sus funciones están encaminadas a satisfacer las necesidades que se originan de la atención a los pacientes con problemas de salud mental que acuden a los diferentes servicios del Hospital.
- Trabajo Social. Está dedicada a la investigación, diagnóstico y tratamiento psicosocial de los trastornos psiquiátricos que se presentan en la infancia y adolescencia, orientados a la prevención, al fomento de la salud y la rehabilitación de éstos. Otra de sus funciones es la realización del estudio socioeconómico a los usuarios para determinar el costo por los servicios que recibirán en el Hospital.
- Rehabilitación Psicosocial. Proporciona a los usuarios del Hospital la posibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana, la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, a través de un equipo integrado por profesionales especializados en diferentes áreas como: Psicomotricidad, Educación Especial, Análisis Conductual Aplicado, Socialización, Orientación Familiar, Terapia Familiar, Acompañamiento Terapéutico, Terapia Ambiental, Terapia del Lenguaje y Psicopedagogía.

La atención del Hospital está dirigida a la población no derechohabiente y menor de edad, y los usuarios corresponden principalmente al Distrito Federal y al área metropolitana, aunque también atienden a personas que acuden de diferentes estados de la República. En comparación con las otras sedes clínicas, el Hospital Psiquiátrico tiene una organización de mayor complejidad, tiene una gran diversidad de servicios y ofrece atención a un área mayor del sector público.

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

### **2.3.1. Participación en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”**

A partir del Segundo semestre, trabajamos con familias en la cámara de Gesell, participando como terapeutas, coterapeutas o miembros del equipo terapéutico. En esta sede se llevaron a cabo las prácticas supervisadas del Modelo Estratégico, el Modelo Estructural, el Modelo de Terapia Breve del M. R. I., el Modelo de Soluciones, el Modelo de Milán, las Terapias Posmodernas y de Caso Continuo.

En la sede se atendieron alrededor de 30 casos durante la Residencia. El 58% de estos casos se atendieron en Terapia Individual, el 28% fueron de Terapia Familiar y el 14% fueron de Terapia de Pareja. De dichos procesos terapéuticos, el 73% de los casos fueron atendidos por un solo terapeuta, mientras que el 27% se realizaron en coterapia.

Las principales problemáticas que presentaban los individuos y sus familias en el Centro de Servicios Psicológicos fueron:

- Cuestiones de género.
- Conflictos de pareja, donde aparecen problemas como la violencia simétrica, el alcoholismo, los celos y la infidelidad.
- Procesos de duelo.
- Procesos de separación.
- Dificultades de los padres para establecer límites a hijos adolescentes.
- Conflictos en las relaciones entre padres e hijos y en las relaciones entre hermanos.
- Abuso sexual.
- Trastornos del estado de ánimo.

Para evaluar la eficacia de los procesos terapéuticos, he retomado las categorías y criterios de Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999):

1. Éxito y éxito parcial. Casos en que el bienestar conseguido (total o parcial) fue explícitamente atribuido por los pacientes a la terapia familiar.
2. Fracaso y fracaso parcial. Casos en que las situaciones de los pacientes están aún afectadas, en mayor o menor medida, con cambios mínimos o escasos de su situación.
3. Inoportunidad. Casos en que la terapia ha sido interrumpida de inmediato por la familia o concluida por el equipo por la inexistencia de las condiciones necesarias, sin que hayan ocurrido cambios significativos.

Desde mi perspectiva, la eficacia del equipo terapéutico en el Centro de Servicios Psicológicos se distribuyó de la siguiente manera: el 21% de los casos fueron concluidos con éxito y se cumplieron los objetivos terapéuticos; otro 21% fueron concluidos con éxito parcial, pues hubo cambios significativos en la situación del paciente. El 17% de los casos entran en la categoría de fracaso, debido a que los cambios fueron escasos, mientras que el 27% lo considero de fracaso parcial, puesto que se realizaron cambios mínimos durante el proceso, pero la situación de los pacientes continuaba afectada. Finalmente, el 14% de los casos pertenece a la categoría de inoportunidad, debido a que la terapia fue interrumpida inmediatamente por los pacientes antes de que ocurrieran cambios significativos, lo cual pudo deberse tanto a dificultades con el horario como al tipo de alianza terapéutica que se estableció.

En la Tabla 1 aparecen los casos en los que participé como terapeuta o co-terapeuta, en el Centro de Servicios Psicológicos, la sede principal de la Residencia. Se especifican el tipo de terapia, el modelo y el supervisor, las problemáticas principales del caso, si se participó como terapeuta o coterapeuta, el número de sesiones y la eficacia.

Tabla 1. Participación como Terapeuta y Coterapeuta en el Centro de Servicios Psicológicos.

<i>Terapia</i>	<i>Modelo(s) y Supervisor(es)</i>	<i>Problemas Principales</i>	<i>Modalidad</i>	<i>No. de Sesiones</i>	<i>Eficacia</i>
<b>SEGUNDO SEMESTRE</b>					
Pareja	Estructural (Mtra. Carolina Díaz-Walls)	Violencia agresión y cuestiones de género	Terapeuta	9	Fracaso parcial (cambios mínimos y bajas voluntarias)
Pareja (primeras 6 sesiones) e Individual (sesiones posteriores)	Breve (Mtra. Patricia Moreno)	Violencia agresión e infidelidad	Coterapeuta	11 (total): 6 (pareja) y 5 (individual con ella)	Fracaso en proceso de pareja (baja voluntaria de él) y Éxito parcial en proceso individual
<b>TERCER SEMESTRE</b>					
Individual (Continúa)	Soluciones (Mtra. Nora Rentería)	Conflictos en diversas áreas de la relación de pareja	Coterapeuta	5	Éxito parcial
Pareja	Breve-Soluciones (Dra. Mari Blanca Moctezuma)	Violencia agresión e infidelidad	Terapeuta	3	Fracaso (cambios escasos y dejan de asistir)
<b>CUARTO SEMESTRE</b>					
Individual (Continúa)	Posmodernos (Mtra. Nora Rentería)	Conflictos en diversas áreas de la relación de pareja	Coterapeuta	3	Éxito (cambios significativos y la paciente es dada de alta)
Individual	Milán II (Mtra. Jacqueline Fortes)	Separación de pareja y síntomas de depresión	Terapeuta	4	Fracaso parcial (cambios mínimos, baja voluntaria)

### 2.3.2. Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor Sánchez y Navarro”

En Segundo Semestre algunos miembros de la Residencia atendimos casos como terapeutas y como miembros del equipo terapéutico bajo la supervisión de la Mtra. Noemí Díaz Marroquín en el Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor Sánchez y Navarro”. A diferencia del Centro de Servicios Psicológicos, no se realizaron prácticas supervisadas bajo un modelo específico de Terapia Familiar, sino que los residentes abordamos los casos mediante un modelo principal, retomamos elementos de otros modelos y se desarrolló el proceso terapéutico con la retroalimentación de la supervisora y el equipo terapéutico, que estaba limitado a cinco integrantes por cuestiones de espacio.

Las prácticas se realizaron en una cámara de Gesell y la supervisión estaba organizada, como en el Centro de Servicios Psicológicos, en pre-sesión, inter-sesión y post-sesión. En la Tabla 2 aparece mi participación como coterapeuta en el Centro Comunitario.

Tabla 2. Participación como Coterapeuta en el Centro Comunitario.

<i>Terapia</i>	<i>Modelo</i>	<i>Problemas Principales</i>	<i>Modalidad</i>	<i>No. de Sesiones</i>	<i>Eficacia</i>
<b>SEGUNDO Y TERCER SEMESTRES</b>					
Individual	Modelo Estructural y Enfoque de Género	Cuestiones de género y síntomas de ansiedad	Coterapia	9	Éxito parcial (cambios en el nivel de ansiedad y cambios mínimos en las relaciones familiares, pero dejó de asistir)

### 2.3.3. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

En los Semestres Tercero y Cuarto, atendí casos en coterapia en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, bajo la supervisión de la Mtra. Silvia Becerril. De forma similar al Centro Comunitario, no se realizaron prácticas supervisadas bajo un modelo específico de Terapia Familiar, sino que se abordaron los casos mediante un modelo principal y se retomaron elementos de otros modelos en el desarrollo del proceso terapéutico.

Las prácticas se realizaron en consultorios individuales y en los jardines del Hospital. Debido a la falta de una cámara de Gesell y a la demanda de atención, los practicantes trabajamos sin un equipo terapéutico. Los casos se atendieron en forma simultánea y la supervisora intervino en los procesos para observar el trabajo de los terapeutas y apoyarnos cuando solicitábamos supervisión en vivo. Otras características de la supervisión eran la participación de los residentes en la elaboración de los expedientes y la supervisión narrada de los casos, ya que a diferencia de otras sedes, en

el Hospital Psiquiátrico Infantil no se permitía la videograbación. En la Tabla 3 aparecen los casos en que participé como coterapeuta en esta sede.

Tabla 3. Participación como Coterapeuta en el Hospital Psiquiátrico Infantil.

<i>Terapia</i>	<i>Modelos</i>	<i>Problemas principales</i>	<i>Sesiones</i>	<i>Eficacia</i>
Familiar	Posmodernos	Efectos del maltrato infantil y diagnóstico de TDAH en niño	8	Éxito (Cambios significativos en la familia y el paciente identificado)
Familiar	Integración (Estructural y Soluciones)	Conflictos en las relaciones madre-hijas y entre hermanas	6	Éxito (Cambios significativos en las relaciones familiares)
Familiar	Posmodernos	Maltrato Infantil y problemas de crianza	6	Éxito (Cambios significativos en la relación madre-hijo)
Familiar	Estructural	Violencia doméstica, cuestiones de género y diagnóstico de TDAH en adolescente	16	Éxito parcial (Cambios significativos en la estructura familiar, pero decide dejar de asistir cuando faltan algunos aspectos por trabajar)

## II. MARCO TEORICO

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

#### 1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

##### Teoría General de los Sistemas

La Teoría General de los Sistemas estudia las funciones y las reglas estructurales válidas para todos los sistemas, independientemente de su constitución material. Un *sistema* es un conjunto de elementos en interrelación entre ellos mismos y con el ambiente (Simon, Stierlin, y Wynne, 1988). Estas son las propiedades principales de los sistemas:

- *Totalidad*. Se refiere a que un sistema no es la suma de sus partes, sino un todo inseparable y coherente, donde cada uno de sus elementos está relacionado con los demás, de manera que un cambio en uno de ellos genera un cambio en todos los demás y en el sistema total (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981).
- *Retroalimentación y control*. Los sistemas son controlados por un circuito que devuelve al sistema parte de sus salidas en forma de entradas. Una vez establecido el circuito, el sistema mantiene un patrón de conducta determinado por uno de dos posibles tipos de retroalimentación. La retroalimentación negativa opera para mantener la estabilidad del sistema y corregir cualquier desviación (de origen interno o externo), de las conductas controladas por este mecanismo. Un ejemplo de este tipo de retroalimentación en la familia se da cuando se trata de corregir las desviaciones de alguno de sus miembros de las reglas y valores familiares. Por otro lado, la retroalimentación positiva, es un mecanismo que amplifica la desviación, conlleva la pérdida de la estabilidad y favorece el cambio. Un ejemplo de este proceso en las familias es la capacidad de innovar o crear nuevas estrategias de resolver problemas ante situaciones nuevas o difíciles (Gracia et al., 2000).
- *Circularidad*. La causalidad circular o recurrencia implica que en un sistema las causas y los efectos tienen la posibilidad de regresar a su punto de partida inicial, es decir, que los elementos en interacción de un sistema se influyen mutuamente. Este concepto implica que en un sistema como la familia, la acción de un miembro influye sobre las acciones de otro miembro, que por su parte también influye sobre el primero. Esta perspectiva es distinta a la causalidad lineal, desde la cual se considera que sólo una persona le hace algo a otra, en una secuencia de causa-efecto (Watzlawick et al., 1981).
- *Equipotencialidad y equifinalidad*. Cuando se observa un sistema, no se puede hacer una inferencia con respecto a su estado pasado o futuro a partir de su estado actual, porque las mismas condiciones iniciales no producen necesariamente los mismos efectos (equipotencialidad) y los mismos efectos no

tienen por qué haber partido de las mismas condiciones iniciales (equifinalidad) (Simon et al., 1988).

- *Límites.* En los sistemas existen límites que delimitan los elementos que pertenecen al sistema y aquellos que pertenecen a su ambiente. Los límites de un sistema en particular pueden caracterizarse como más o menos cerrados en función de su relativa permeabilidad, o el grado en que permite o impide el flujo de materia, energía o información entre el sistema y su ambiente (Gracia et al., 2000).
- *Jerarquía.* Los sistemas como la familia, se organizan jerárquicamente en subsistemas más pequeños y a la vez están inmersos en sistemas más amplios o suprasistemas (Gracia et al., 2000).
- *Entropía y negentropía.* Un proceso dinámico de los sistemas se establece entre estas propiedades. La entropía se refiere al grado de desorganización o desorden dentro de un sistema, mientras que la negentropía hace alusión al orden dentro del sistema. Este último concepto se utiliza para describir la cantidad de información organizada y coherente que contiene un mensaje, e implica que un sistema como la familia aumentará su capacidad de organización a través de la adquisición de conocimientos e información (Simon et al., 1988).
- *Redundancia.* Se refiere a la repetición de conductas dentro de un sistema con regularidad, lo que permite establecer una estructura dentro de un contexto temporal. En una familia, la redundancia sirve para reducir la entropía y facilitar la transmisión de información entre sus miembros, además de que genera reglas interaccionales (Simon et al., 1988).

Las familias pueden conceptualizarse como sistemas porque poseen las siguientes características (Gracia et al., 2000):

- a) Los miembros de una familia se consideran partes interdependientes de una totalidad más amplia; y la conducta de cada miembro afecta a los demás miembros de la familia.
- b) Para adaptarse, incorporan información, toman decisiones acerca de las distintas alternativas, tratan de responder, obtener retroalimentación acerca de su éxito y modificar su conducta si es necesario.
- c) Las familias tienen límites permeables que las distinguen de otros grupos sociales.
- d) Al igual que otras organizaciones sociales, las familias deben cumplir tareas para sobrevivir, tales como el mantenimiento físico y económico, la reproducción de los miembros de la familia, la socialización de los roles familiares y laborales, y el cuidado emocional.
- e) Las familias son sistemas abiertos y dinámicos que se organizan en patrones recurrentes y repetitivos que pueden ser observados a través del tiempo. De dichas regularidades observables se deducen reglas que gobiernan al sistema y que lo estructuran jerárquicamente, para mantener y regular las relaciones entre

los miembros de la familia y de ésta con su entorno, pues las familias están interconectadas con sistemas más amplios o suprasistemas.

## Las ideas de Gregory Bateson

Gregory Bateson ha sido un personaje fundamental para la evolución de la Terapia Familiar. Al utilizar las ideas de la cibernética en sus estudios antropológicos, desarrolló el concepto de *cismogénesis*, tras observar la interdependencia del comportamiento y que ciertas conductas tienden a mantener el status quo de las normas culturales, mientras que otras conductas producen cambios si no son reprimidas.

La cismogénesis implica un proceso en que se diferencian las reglas de comportamiento de las personas como resultado de las interacciones con los demás. Se distinguen dos tipos: *complementaria*, donde el comportamiento de un individuo o grupo es complemento de otro, como la autoridad-sumisión; y la *simétrica*, donde el comportamiento es similar, como en las relaciones de competencia. Bateson consideraba que tanto en las relaciones simétricas como complementarias podían romperse las relaciones por el aumento de la desviación basado en la retroalimentación positiva. Al mismo tiempo, señaló que existían mecanismos de retroalimentación negativa que contrarrestaban esta tendencia y mantenían la homeostasis (Wittezaele y García, 1994).

Recurrió a la *Teoría de los Tipos Lógicos* para distinguir entre el análisis de los elementos del sistema y el sistema en sí, ya que cada uno de estos niveles implica distintos tipos de información. Otra forma de utilizar dicha teoría consiste en diferenciar entre un fenómeno y la explicación del fenómeno, para evitar errores en el manejo de la información. Cabe señalar que Bateson reconocía la importancia de que los profesionales de la salud mental reflexionaran sobre su forma de teorizar y observar, ya que forman parte del sistema que intentan modificar.

Al utilizar dicha teoría en el campo de la comunicación, afirmó que los mensajes suelen hacer referencia al contexto donde se emite un mensaje, por lo que pueden aparecer errores en la comunicación porque el receptor no tiene el mismo marco de referencia que el emisor. Esto significa que existen diferencias en la forma en que las personas puntúan, es decir, dividen las secuencias interaccionales para explicar las causas y los efectos de un suceso. Además postuló que existen diferentes formas de codificar los mensajes y que cada mensaje tiene dos niveles (denominados informe y orden), lo cual aumenta la complejidad de los procesos de comunicación.

También se basó en la Teoría de los Tipos Lógicos en el campo de la epistemología, al explicar que las personas conocemos el mundo a través de distinciones y que la información se produce a través de *diferencias que crean diferencias*. Estas diferencias pueden entenderse como abstracciones que implican relaciones entre sucesos o puntuaciones. Bateson creía que las distinciones se pueden realizar sobre las distinciones, de manera que se forman distintos niveles de conocimiento cuando se observan contextos diferentes o se combinan dos distinciones acerca de un mismo suceso para crear una puntuación más compleja de la realidad (Keeney, 1987).

Respecto al aprendizaje, consideraba que era un aumento de la redundancia entre el que aprende y su entorno, siendo la comunicación el medio para generar esta redundancia, por medio de información que reduce el azar al restringir las posibilidades del comportamiento. Distinguía entre cuatro *tipos de aprendizaje* (Wittezaele et. al., 1994):

- a) Aprendizaje de nivel cero. En este tipo, se recibe información acerca de un acontecimiento exterior, de modo que un suceso similar que ocurra posteriormente, transmitirá la misma información, como sucede en el condicionamiento clásico.
- b) Aprendizaje de nivel uno. El individuo se encuentra al principio en una situación que permite una gran diversidad de conductas, pero después de diversos ensayos, corregirá sus errores y acabará por dar un tipo de respuesta con mayor probabilidad que otras. Puede ser análogo al condicionamiento operante.
- c) Aprendizaje de nivel dos. Se le llama *deuteroaprendizaje* e implica un cambio en el proceso de aprendizaje (“aprender a aprender”). Esto implica que cuando el contexto donde se aprendió una conducta ha cambiado, el individuo logre comparar los distintos contextos y pueda obtener información acerca de la clase de contextos, de manera que se adapte a nuevas situaciones.
- d) Aprendizaje de nivel tres. Este nivel implica trascender las redundancias y un cambio en el concepto del “sí mismo”, ya que el individuo podría reaccionar en función de contextos de contextos, y tener una relación con el ambiente de descubrimiento constante.

Otra idea fundamental de Bateson es la del cambio como *coevolución*. Si se considera a un individuo, éste tiene que adaptarse al medio ambiente para poder sobrevivir, lo cual implica cierta estabilidad en su comportamiento. Cuando haya modificaciones en el medio, el individuo requiere elegir entre la amplia posibilidad de comportamientos, unos que sean nuevos o diferentes y que le permitan adaptarse a las nuevas circunstancias. A nivel de especie, el azar del potencial genético hace flexible el proceso de adaptación, pero conforme el medio se altere, algunos individuos tendrán más probabilidad de sobrevivir y con el tiempo, la especie se modificará. Bateson llama coevolución al proceso global de regulación de subsistemas en interacción (en este caso el nivel del individuo y el nivel de la especie). Esto no implica un cambio intencional, sino un proceso dinámico de estabilidad y cambio, de azar y selección (Wittezaele et al., 1994).

Las ideas anteriores han sido la base para el estudio de las interacciones familiares y el desarrollo de la Teoría de la Comunicación Humana, presentan similitudes con la Cibernética del Segundo Orden y han influido las prácticas de diversas escuelas de Terapia Sistémica y Posmoderna al considerar que en la terapia se busca crear dobles descripciones o que se perciban diferencias; y que las personas generen deuteroaprendizajes en un proceso donde el cliente y el terapeuta coevolucionan.

## El Grupo de Palo Alto

Junto con Jay Haley, John Weakland, Don Jackson y William Fry, Bateson formó el Grupo de Palo Alto. El grupo estudió los niveles de la comunicación mediante la teoría de los tipos lógicos e intentó utilizarla para explicar las interacciones humanas. En sus primeros hallazgos descubrieron que la comunicación tiene diferentes niveles y que las personas recurren a mensajes metacomunicativos para clasificar los tipos de mensaje. El grupo consideraba que la confusión de los tipos lógicos generaba paradojas cuando el mensaje y el metamensaje contenían negaciones, y empezaron a estudiar estos fenómenos en las familias con miembros esquizofrénicos.

En 1956, el grupo presentó el artículo “Hacia una teoría de la esquizofrenia”, donde aparecen los elementos de la *doble coacción o doble vínculo* (Witzezae et al., 1994):

- a) Dos personas o más.
- b) Una experiencia repetitiva.
- c) Una orden negativa primaria (un contexto de evitación del castigo).
- d) Una orden secundaria que entra en conflicto con la primera en otro nivel de comunicación y que también es sancionada con castigos.
- e) Una orden negativa terciaria que impide a la víctima escapar de la situación.
- f) Cualquier parte de la secuencia puede provocar una reacción en la víctima, cuando ha aprendido a estructurar su mundo a partir de este esquema de doble coacción.

Posteriormente, el equipo dejó de considerar que la doble coacción era una interacción unidireccional, sino que la conducta de la víctima también influía en la persona coaccionante, ya sea enviando dobles mensajes o respondiendo a todos los mensajes como si fueran de doble coacción. Otro aspecto relevante es que el contexto de la doble coacción puede producir síntomas esquizofrénicos, pero también puede utilizarse en el zen, la hipnosis, el humor, el arte, la terapia, etc. Cabe señalar que el equipo aclaró que la doble coacción es una condición necesaria, pero no suficiente para explicar el origen de la esquizofrenia.

## Teoría de la Comunicación Humana

La Teoría de la Comunicación Humana, producto de las investigaciones de Gregory Bateson y del grupo de Palo Alto, es una gran herramienta teórica que permite orientar la práctica de los terapeutas familiares. A continuación se enuncian sus principios (Watzlawick et al., 1981):

- a) *La imposibilidad de no comunicar.* Implica que cualquier conducta referente a un contexto es comunicación.
- b) *Existen niveles en la comunicación.* Un nivel es el digital (que se asocia con el contenido) y el otro es el analógico (que se asocia con las relaciones o lo que se denomina como proceso). Ambos pueden asociarse con el nivel verbal y no verbal, respectivamente. Este postulado permite considerar la presencia de incongruencias entre los dos niveles de comunicación, la existencia de errores de

traducción entre los niveles y la posibilidad de que se generen dificultades en las interacciones al comunicarse desde niveles distintos.

- c) *Puntuación de la secuencia de hechos*. Esto significa que cada miembro observará las interacciones desde ángulos diferentes o incluso seleccionará fragmentos distintos de la interacción, lo cual dificulta la percepción de la complementariedad en las interacciones circulares y favorece la culpabilización del otro por la situación en lugar de asumir la propia responsabilidad y cambiar las propias conductas para solucionar el problema.
- d) *Interacciones simétricas y complementarias*. Al distinguir entre tipos de interacción, se pueden identificar las reglas de las relaciones y los procesos que favorecen e interrumpen las escaladas.
- e) *Paradojas de la comunicación*. Surgen de la confusión provocada por mensajes que pertenecen a tipos lógicos diferentes. Pueden generar problemas en un contexto familiar, pero a la vez sirven para crear dobles vínculos terapéuticos que solucionen dichos problemas.
- f) *Metacomunicación*. Significa comunicarse acerca de la comunicación, y es un medio para clarificar la comunicación, definir las relaciones y conocer la forma en que el otro puntúa las interacciones.

## **Cibernética de Primer y Segundo Orden**

La *Cibernética de Primer orden* o de los sistemas observados, se basa en la idea de que la familia (sistema observado) está separada del terapeuta (observador). Se utiliza el concepto de *homeostasis familiar*, que describe a la interacción familiar como un sistema cerrado de información donde las variaciones del comportamiento son retroalimentadas negativamente para corregir la respuesta del sistema. Esto implica que cuando una persona cambia en relación con otra, la otra actuará sobre la primera de forma tal que disminuya dicho cambio. A dicho proceso se le conoce como *morfoestasis* (Hoffman, 1987).

Posteriormente apareció una segunda etapa en la cibernética de primer orden, donde el énfasis se encontraba en la forma como las familias cambiaban su organización mediante retroalimentación positiva y el proceso de amplificación de la desviación, denominado *morfogénesis*. En esta etapa, los terapeutas tendían a provocar crisis en el sistema para obligarlo a modificar sus reglas y dar un salto evolutivo (Sánchez, 2000).

La última etapa llegó con la *Cibernética de Segundo Orden* o de los sistemas observantes, donde el terapeuta (observador) se vuelve parte de la realidad observada. Esta cibernética implica que el terapeuta asuma una epistemología ecosistémica (Keeney, 1987), la cual establece que las conductas tanto del terapeuta como del cliente se influyen mutuamente, de manera que la retroalimentación recursiva que se establezca dentro del sistema familia-terapeuta es la que favorecerá o evitará el cambio. Tanto el cliente como el terapeuta se reúnen con una forma particular de puntuar la realidad o de trazar distinciones en el mundo, de manera que ambos requieren construir una realidad compartida que permita solucionar el problema que presenta la familia.

Desde esta perspectiva, el terapeuta requiere evaluar la organización recursiva del sistema familiar para desarrollar una intervención sobre la conducta sintomática en un marco temporal más inmediato, pero a la vez necesita considerar un aspecto temporal más amplio, para atender los efectos de su intervención en el ecosistema del que forma parte, dentro de un proceso de coevolución y coaprendizaje. Debido a esto, el terapeuta requiere observar la retroalimentación que el sistema familiar realiza en base a sus acciones como una forma de diagnóstico, y modificar sus acciones ante la retroalimentación del sistema como una forma de intervención. El proceso de cambio se llevará a cabo a partir de procesos conscientes que surgen de las intervenciones intencionales del terapeuta basadas en su comprensión estética del ecosistema, pero a la vez será mantenido por procesos inconscientes de retroalimentación que se desarrollarán entre el terapeuta y la familia (Keeney, 1987).

## Constructivismo

El constructivismo es una teoría del conocimiento, que postula que un organismo no es capaz de reconocer, describir o copiar la realidad, y que sólo puede construir un modelo que se ajuste a ella. Dicho modelo se desarrolla en las interacciones del organismo con su ambiente y obedece a principios pragmáticos y evolutivos.

Una base fundamental de esta teoría han sido numerosos estudios del campo de la biología y la neurofisiología, que han descubierto que las señales que son enviadas de las diversas células sensoriales a la corteza cerebral, no difieren cualitativamente. Esto implica que las personas no distinguimos las cosas porque recibimos informaciones sobre una realidad exterior, sino que construimos la realidad mediante nuestro sistema perceptivo-cognitivo (Von Glasersfeld, 2000).

El constructivismo considera que no se puede conocer una realidad independientemente del observador, a diferencia del paradigma objetivista que pretende describir una realidad absoluta. Neimeyer (2000) realiza una distinción entre ambos paradigmas (Tabla 4):

Tabla 4. Comparación entre los paradigmas objetivista y constructivista.

<i>Supuesto</i>	<i>Objetivista</i>	<i>Constructivista</i>
<i>Naturaleza del conocimiento</i>	Representación del mundo real	Construcción de la experiencia y acción del sujeto
<i>Validación del conocimiento</i>	Teoría de la correspondencia de la verdad	Teoría de la coherencia de la verdad
<i>Naturaleza de la verdad</i>	Singular, universal, ahistórica, en aumento	Múltiple, contextual, histórica, paradigmática
<i>Objetivo de la ciencia</i>	Unificar: descubrir leyes	Pluralista: crear conocimientos locales
<i>Método científico</i>	Cuantitativo y experimentador controlado	Cualitativo y analítico hermenéutico

<i>Unidad básica de significado</i>	Concepto o esquema para asimilar mediante similitudes	Constructo o distinción para crear significado por contraste
<i>Relaciones entre significados</i>	Asociacionista; cogniciones como asociaciones	Sistémica; construcciones jerárquicamente ordenadas en una estructura
<i>Papel del lenguaje</i>	Media la realidad social; sistema de signos	Constituye la realidad social: sistema de diferenciaciones

El constructivismo ofrece un conocimiento viable (local, cambiante, fragmentario e incierto) y la búsqueda de una acción social responsable. Los criterios de idoneidad del conocimiento son: el grado en que brinda una anticipación significativa de los acontecimientos y que promueve una sensación de acción y participación en la propia vida o genera esquemas de organización útiles a nivel pragmático para guiar los actos humanos.

Una de las vertientes de la teoría, el *constructivismo radical*, ha tenido gran influencia en diversos modelos de Terapia Familiar. Esta postura considera que el sistema nervioso es operacionalmente cerrado a la información acerca de la realidad externa, por lo que aquello que conoce el observador hace referencia a sí mismo y no puede recurrir a una realidad objetiva para elegir entre una descripción y otra. Como falta un punto de apoyo externo para decidir sobre la verdad, lo único factible es basarse en la multiplicidad de realidades que surgen en el lenguaje a través del consenso (Boscolo y Bertrando, 2000).

En el campo de la Terapia Familiar, junto con la cibernética de segundo orden, el constructivismo ha permitido que el terapeuta no sólo busque disfunciones o patologías y realice intervenciones para cambiar la organización disfuncional del sistema, sino que considere cómo entran sus prejuicios y teorías en sus descripciones y explicaciones, e influyen en su construcción de la realidad observada. Se ha favorecido un proceso de autorreflexión sobre el mundo interno de los individuos, sus historias, los significados y las emociones; además que al considerar que nadie tiene una visión privilegiada de la realidad, se aceptan los diversos puntos de vista en lugar de imponer la perspectiva del terapeuta.

Otro concepto generado por el constructivismo radical, ha sido el de *interacción no instructiva*. Este término indica que las interacciones entre los sistemas vivientes no pueden conducir al cambio directo de los sistemas interactuantes, ya que simplemente generan una perturbación a la cual cada sistema responde según su propia estructura, que a su vez está en relación con la historia del sistema mismo (Boscolo et al., 2000).

Para el campo de la terapia, esto significa que como un individuo está estructuralmente determinado, responde a las perturbaciones inducidas por el terapeuta de una manera coherente con su estructura y no con las intenciones del terapeuta, quien no puede predecir completamente ni determinar sus respuestas. Por esta razón, la única posibilidad que tiene el terapeuta de conocer el significado que da el cliente a sus palabras y a sus gestos es la observación de su retroalimentación.

A partir de estas ideas se ha generado una perspectiva evolutiva, la cual concibe a los sistemas como capaces de autoorganizarse y de cambiar en forma azarosa, impredecible y discontinua, hacia niveles más altos de complejidad. En los sistemas humanos como las familias, esto significa que los terapeutas no pueden por sí solos determinar la orientación del cambio. Al no poder controlar el sistema, los terapeutas pueden convertirse en parte activa de un proceso de coevolución.

## **Posmodernismo**

El posmodernismo es una crítica ideológica de que el mundo pueda ser conocido objetivamente y de que el lenguaje sirva para transmitir la verdad, basada en metanarrativas y discursos privilegiados. Esta postura es contraria al individualismo de la tradición occidental, donde el individuo es un conocedor autónomo que puede descubrir el conocimiento y transmitirlo a los demás. En dicha tradición, el conocimiento representa una realidad objetiva independiente al observador y éste se encuentra separado de lo que observa o describe (Anderson, 2007).

Para el pensamiento posmoderno, el conocimiento es una construcción social, el conocimiento y el conocedor son interdependientes; y el proceso de conocimiento está enmarcado en un momento histórico, un contexto, una cultura, el lenguaje, la experiencia y la comprensión. El conocimiento es local y se desarrolla en una comunidad de personas que participan activamente en su generación, dentro de un proceso relacional. Esto implica que pueda existir una pluralidad de verdades, abiertas a la reflexión crítica.

En el campo de la investigación, el paradigma positivista enfatiza en la observación externa de una persona para buscar similitudes y patrones, de los cuales se crea un conocimiento que sirve para categorizar a las personas y predecir su comportamiento. Dicho conocimiento puede ser considerado como un discurso privilegiado o dominante. Por otro lado, el posmodernismo busca aprender sobre la experiencia de la persona, valorando la singularidad y la diferencia.

El lenguaje, según el posmodernismo, es el vehículo principal para construir la realidad y darle sentido. El lenguaje permite describir y otorgar un significado al mundo al tratar de comprenderlo, pero al mismo tiempo limita y moldea nuestros pensamientos y expresiones. La realidad que atribuimos a los eventos, las experiencias, las personas y nosotros mismos no existe en las cosas o las personas, sino que es creada socialmente dentro de una cultura particular y es continuamente construida y reconstruida por medio del lenguaje (Anderson, 2007).

El posmodernismo incluye diversas ideas del *construccionismo social*, como que las personas crean significados a través del diálogo, el intercambio o las relaciones sociales. El proceso de construcción de significados ocurre dentro de complejas redes de relaciones y procesos sociales, dentro de discursos locales y culturales, e implica una negociación constante a través del tiempo. A diferencia del constructivismo, que también rechaza la idea de que la mente refleja la realidad y considera que el conocimiento es una construcción, el construccionismo social subraya los procesos sociales de construcción y los contextos donde dichos procesos ocurren, considera que la mente es relacional y que el desarrollo del significado es discursivo.

Gergen y Warhus (2000) realizan una distinción entre el construccionismo social y el positivismo, y la forma en que cada postura genera diferentes prácticas terapéuticas (Tabla 5):

Tabla 5. Comparación entre Construccionismo Social y Positivismo.

CONSTRUCCIONISMO SOCIAL	POSITIVISMO
<p><i>Conciencia de que los mundos se construyen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todo conocimiento surge de su inmersión en la cultura y en la historia.</li> <li>- La realidad se construye en un contexto determinado y sostiene las tradiciones de cierta comunidad.</li> <li>- Forma horizontal de construir el mundo, es decir, coexistencia de diversas formas.</li> </ul>	<p><i>Esencialismo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepción de la verdad.</li> <li>- Verticalidad o existencia de una forma superior de construir el mundo.</li> </ul>
<p><i>Postura colaborativa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evita una postura de autoridad y asume una de colaboración con el cliente.</li> <li>- La interpretación surge del diálogo entre terapeuta y cliente.</li> </ul>	<p><i>Postura de experto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estilo jerárquico.</li> <li>- La interpretación es el resultado de narrativas teóricas predeterminadas.</li> </ul>
<p><i>Postura que privilegia los valores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explora las implicaciones de una terapia comprometida política y éticamente en un contexto de pluralidad de realidades.</li> <li>- Promueve el dialogo mutuamente transformador entre clientes y terapeutas.</li> </ul>	<p><i>Postura que privilegia la neutralidad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posición neutral con respecto a los valores.</li> </ul>
<p><i>Flexibilidad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La práctica discursiva de un grupo determina cómo se interpreta el mundo que se observa.</li> <li>- Invita a abandonar la búsqueda de fundamentos y se cuestiona a sí mismo.</li> <li>- Busca una mayor posibilidad de elección, no existe un solo método de terapia, pretende modificar constantemente el conocimiento.</li> <li>- La terapia eficaz requiere discursos múltiples. Amplía el dominio del significado e incluye diversos lenguajes y discursos.</li> <li>- Amplía el rango de los valores considerados y genera diálogos donde se discuten los valores o resultados.</li> </ul>	<p><i>Fundamentalismo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepción empírica del conocimiento.</li> <li>- Se accede al conocimiento por medio de la observación directa.</li> <li>- Privilegia el diagnóstico profesional.</li> </ul>

Otra de las influencias del pensamiento posmoderno es la *hermenéutica*, que considera a la comprensión como un proceso interpretativo donde las personas son participantes activas, que generan significados al tratar de comprender un texto o un discurso. Sin embargo, una interpretación verdadera o final es imposible, por lo que

cada interpretación es sólo una versión de la verdad. Cada persona que interpreta dentro de un intercambio social, trae consigo y contribuye con su historia, sus creencias, sus intenciones y sus prácticas lingüísticas, las cuales afectan su participación en el desarrollo del significado mientras interactúa con otra persona. Por este motivo, el proceso de comprensión se convierte en una actividad dialógica y relacional, donde las personas tratan de comprender mutuamente sus significados e incluso pueden crear nuevos significados a través de la conversación (Anderson, 2007).

La hermenéutica enfatiza más sobre la naturaleza de la comprensión mientras que el construccionismo social acentúa la naturaleza del conocimiento, aunque ambos comparten la perspectiva de que las verdades se sitúan en la historia, la cultura y la tradición, y se alcanzan a través del diálogo.

Una última influencia significativa del posmodernismo es la metáfora de la *narrativa*. La narrativa es una forma de discurso mediante la cual organizamos, damos significado, interpretamos, brindamos estructura y mantenemos una coherencia en las circunstancias, eventos y experiencias de nuestras vidas. Las narrativas son creadas, experimentadas y compartidas en la conversación y la acción con los demás y con nosotros mismos. A través del lenguaje construimos y damos significado a nuestras historias, por lo que sus límites condicionan lo que puede ser expresado y la forma en que se expresa.

Las narrativas sirven como recursos comunales que las personas utilizan en sus relaciones. Ellas forman, informan y reforman nuestras fuentes de conocimiento y las perspectivas sobre la realidad. Las narrativas no se refieren únicamente a hechos que han sucedido, sino que son historias en proceso de evolución, por lo que también son formas de imaginar alternativas, crear posibilidades y realizarlas en nuestras vidas. Otra característica de las narrativas es que no representan una voz única, sino a un narrador que integra diferentes voces de su comunidad, que construye y reconstruye su identidad a través de procesos dialógicos cuando se relaciona con los demás (Anderson, 2007).

## **1.2. Análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica**

### **1.2.1. Modelo Estructural**

#### **Antecedentes**

El Modelo Estructural fue desarrollado por Salvador Minuchin, quien fue entrenado como psiquiatra infantil por Nathan Ackerman. Adaptó su práctica como psiquiatra, para resolver dificultades de familias multiproblemáticas, de clase baja, pertenecientes a las minorías de los Estados Unidos. Este contexto histórico especial, donde un mayor número de la población requería servicios de atención psicológica especializados que no sólo aliviaran el síntoma de un miembro, obligó a Minuchin y a sus colegas a desarrollar nuevos conceptos, basados en teorías sociológicas, y técnicas concretas, orientadas a la acción, aplicables a dichas familias. Para finales de los setentas, la Terapia Familiar Estructural se convirtió en el sistema de terapia familiar más influyente y practicado en Estados Unidos (Nichols y Schwartz, 1995).

## Principios Básicos

### Estructura Familiar

Se define como el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que se relacionan los miembros de una familia. Opera mediante pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuándo y con quién relacionarse (Minuchin, 1979).

### Límites

Son las reglas que definen quiénes participan y en qué forma. Sirven para proteger la diferenciación del sistema o evitar que haya interferencia entre subsistemas, para que cada uno pueda cumplir sus funciones y demandas específicas.

Existen tres tipos de límites (Minuchin, 1979): *claros* (las funciones de cada subsistema están diferenciadas y existe contacto entre los subsistemas), *difusos* (el contacto o la comunicación entre los subsistemas es excesivo, lo cual dificulta la diferenciación de las funciones), y *rígidos* (existe una diferenciación de las funciones de los subsistemas, pero la comunicación es difícil y se perjudica la protección de los miembros).

### Subsistemas Familiares

El modelo considera a los individuos como subsistemas y que los subsistemas se pueden agrupar en torno a características como la edad y el género. Sin embargo, se puede considerar que existen tres subsistemas útiles para entender el funcionamiento de la familia (Minuchin, 1979):

- a) El *subsistema conyugal*. Requiere desarrollar complementariedad y la acomodación mutua, lo cual implica ceder parte de la individualidad de cada uno para aceptar la interdependencia y la intimidad. Debe establecer límites claros para que no sufra la interferencia de las demandas y necesidades de otros subsistemas. Sin embargo, los límites no deben tornarse rígidos, ya que puede aislarse y sobrecargarse.
- b) El *subsistema parental*. Se forma por una diferenciación del subsistema conyugal y se encarga de la socialización de los hijos, trazando límites que permitan el contacto de los hijos con ambos padres, pero que a la vez lo excluyan de las relaciones conyugales. Los padres requieren guiar, proteger y ejercer control, mediante una autoridad flexible y racional que se adapte al desarrollo evolutivo de los hijos.
- c) El *subsistema fraterno*. En este grupo los hermanos aprenden a cooperar, competir, negociar, hacer amigos, obtener reconocimiento, de manera que puedan utilizar estas habilidades en su mundo social. Los hijos pueden a la vez aprender formas de relación del mundo extra-familiar para incorporarlas a este subsistema. Por otro lado, es importante proteger a los hijos de la interferencia del mundo de los padres, de modo que ejerciten su derecho a la privacidad y tengan áreas propias de interés.

## **Tipologías Estructurales**

El modelo concibe a dos tipos de familias que se encuentran en los extremos de un continuo. Las familias *apartadas* o desligadas, son aquellas donde las conexiones entre sus miembros son débiles o inexistentes, y las acciones de los individuos tienen escasa resonancia dentro del sistema. En contraste, las familias *enredadas* se caracterizan por la presencia de conexiones excesivas, donde las acciones de los individuos tienen un efecto inmediato en los demás miembros. En las familias apartadas se favorece la autonomía a costa de la pertenencia, mientras que en las enredadas se favorece la pertenencia, a costa de la autonomía (Hoffman, 1987).

## **Funcionalidad Familiar**

El modelo asume conceptos de funcionalidad y disfuncionalidad en relación a las variables estructurales. Los sistemas *disfuncionales* son rígidos en sus alianzas y coaliciones; los límites entre subsistemas son demasiado difusos o demasiado rígidos; los miembros de la familia se ven forzados a entrar en triángulos, de manera que se desvíen los conflictos y las jerarquías sean afectadas por alianzas intergeneracionales permanentes.

Se considera que un patrón de interacción es *funcional* cuando la organización estructural de un sistema se adecua a las exigencias de los contextos evolutivos y sociales que le corresponden. Una de las vías para determinar la adecuación es observar si las conductas, tareas o privilegios existentes son acordes a las edades cronológicas de los miembros de la familia. Otro elemento esencial para evaluar la disfunción es el ritmo de cambio durante las transiciones. Si es demasiado lento o demasiado rápido, la adaptación será problemática (Ochoa, 2005).

## **Metas Terapéuticas**

El proceso terapéutico se desarrolla principalmente en tres etapas: 1) unión del terapeuta con la familia desde una posición de liderazgo; 2) desligamiento del terapeuta para evaluar la estructura familiar subyacente; y 3) creación de las circunstancias que permitirán transformar la estructura familiar. Dicho proceso se dirige a provocar una crisis o desequilibrio en la estructura familiar, de modo que se genere una nueva estructura que permita un funcionamiento distinto y posibilite la solución del problema, así como la adaptación a nuevas exigencias evolutivas o contextuales. Para que el proceso terapéutico tenga éxito, el terapeuta y la familia deben llegar a un acuerdo sobre los objetivos que desean alcanzar con el tratamiento (Ochoa, 2005).

## **Estrategias**

### **Coparticipación**

El terapeuta requiere *unirse* (emprender acciones para relacionarse con todos los miembros de la familia) y *acomodarse* (adaptarse a la organización y estilo familiares para lograr la alianza) para poder vivenciar las pautas interaccionales del sistema como un observador participante que es confirmado por la familia. Sin embargo, a través del

proceso, el terapeuta requiere mantener la capacidad de desligarse, ya que la familia también tiene que acomodarse a él a fin de recibir su mensaje terapéutico (Minuchin, 1979).

## Creación de un contrato terapéutico

El contrato establece el marco de la terapia, como la forma de trabajo, el horario, la frecuencia de las sesiones, así como los objetivos del tratamiento, los cuales están sujetos a renegociaciones conforme se avanza en el proceso, y pueden enfocarse a problemas intra o extrafamiliares. Al principio la familia puede intentar definir el problema en un sólo individuo, sin embargo, se requerirá negociar el contrato de modo que el problema familiar considere a todos los miembros. También es común que el problema suele localizarse en la forma en que las dificultades en un subsistema afectan a la familia, pero posteriormente se puede enfocar el tratamiento a otro subsistema (Minuchin, 1979).

## Intervenciones

En la Tabla 6 se resumen las diversas técnicas del modelo (Minuchin et al., 1994):

Tabla 6. Técnicas del Modelo Estructural.

<i>Técnicas de Reencuadramiento o de cuestionamiento del síntoma</i>	
<i>Escenificación</i>	<p>Busca que la familia actúe sus interacciones, de manera que el terapeuta pueda observar sus procesos en lugar de atender a los contenidos. El proceso de escenificación consiste en tres movimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar interacciones espontáneas y elegir áreas de disfuncionalidad.</li> <li>• Provocar interacciones (u organizar secuencias escénicas, buscando que prosigan las interacciones espontáneas o llevar a la familia a pautas inusuales de interacción).</li> <li>• Proponer interacciones alternativas.</li> </ul>
<i>Enfoque</i>	<p>Se introducen temas terapéuticos que modifican el contenido y el ritmo de la sesión, y la dirigen hacia el logro de las metas estructurales. El terapeuta elige los temas que considera relevantes para el cambio y que la familia concibe como pertinentes.</p>
<i>Intensidad</i>	<p>La técnica parte de la idea de que el terapeuta debe hacerse escuchar para lograr que el mensaje sea percibido como una información nueva o una diferencia, pues aunque su mensaje sea adecuado, no garantiza que será aceptado. Se puede hacer esto de diversas formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repitiendo el mensaje.</li> <li>• Intensificando las interacciones espontáneas y ligándolas al tema encuadrado.</li> <li>• Repitiendo las interacciones isomórficas, que se basa en la repetición de mensajes con contenido diferente, pero idénticos como patrón relacional.</li> </ul>

<i>Técnicas de Reestructuración o de cuestionamiento de la estructura familiar</i>	
<i>Fijación de fronteras</i>	<p>Esta técnica permite diferenciar las funciones y regular los límites en la familia, para que los miembros realicen conductas pertinentes al subsistema al que pertenecen. Se puede favorecer por diversos medios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizando constructos cognitivos o frases terapéuticas destinadas a modificar las interacciones.</li> <li>• Reorganizando la distribución geográfica.</li> <li>• Utilizando el cuerpo para reforzar subsistemas y debilitar coaliciones.</li> <li>• Estableciendo reglas de participación.</li> <li>• Aumentando o disminuyendo la duración de las interacciones entre subsistemas, durante la sesión o por medio de tareas.</li> </ul>
<i>Desequilibramiento</i>	<p>Busca cambiar la relación jerárquica entre los miembros de un subsistema, cuestionando la distribución del poder dentro de la familia para generar nuevas reglas de relación. Se puede recurrir a diversos métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliándose con miembros de la familia.</li> <li>• Ignorando a miembros de la familia.</li> <li>• Coligándose contra miembros de la familia.</li> </ul>
<i>Complementariedad</i>	<p>Favorece que los miembros vean que pertenecen a una unidad y se den cuenta de su interdependencia y la responsabilidad que tienen en las conductas de los demás. Para lograr esto, se requiere cuestionar la epistemología habitual de los miembros de la familia en tres aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El problema, en el sentido de que existe un paciente individualizado y que su conducta no se relaciona con la de los demás.</li> <li>• El control lineal, en el sentido de que un miembro controla al sistema y no se considera que cada miembro afecta la conducta de los demás.</li> <li>• El modo de recortar los sucesos, puesto que cuando el marco temporal se amplía, los miembros pueden considerar su conducta dentro de un contexto mayor, fijado por reglas relacionales del sistema familiar.</li> </ul>
<i>Técnicas de cuestionamiento de la realidad familiar</i>	
<i>Construcciones</i>	<p>La técnica busca modificar la perspectiva o visión de los miembros de la familia respecto al problema. Se puede recurrir a diversos medios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los símbolos universales.</li> <li>• Las verdades familiares.</li> <li>• El consejo especializado.</li> </ul>
<i>Los Lados Fuertes</i>	<p>Se enfatizan las capacidades y recursos dentro de la familia, para que puedan cambiar tanto la respuesta de la familia al paciente individualizado como la reducción de las alternativas de interacción.</p>

## **Alcances y Limitaciones**

En relación a su aplicación, el modelo parece ser especialmente adecuado para trabajar con familias extensas, multiproblemáticas o de bajos recursos económicos. Además, este enfoque facilita la comunicación con la familia en el sentido de que se habla de cuestiones concretas de la vida cotidiana, como la forma en que se debe utilizar el poder por parte de los padres, el tipo de involucramiento que puede favorecer el desarrollo de los miembros la familia, los papeles que juegan o el modo en que se relacionan los miembros con la comunidad.

El Modelo Estructural ha demostrado tener utilidad en una gran diversidad de problemáticas, como en las familias con un miembro psicossomático, dificultades para establecer límites a la conducta de los hijos, diversos tipos de crisis, dificultades conyugales, etc.

El enfoque puede ser complementado con el Modelo Estratégico, ya que tienen algunas similitudes en la forma que analizan la organización familiar. Entre las intervenciones que comparten son la utilización de paradojas en circunstancias especiales, el empleo de los recursos de la familia para la solución del problema, los reencuadres para modificar la forma en que los miembros de la familia se perciben, así como el diseño de tareas para que la relación entre los subsistemas y dentro de ellos sea modificada.

Una limitación del modelo es el tipo de técnicas utilizadas para la consecución de las metas terapéuticas, especialmente las de intensidad, fijación de fronteras y desequilibramiento; pues al tratar de generar una crisis reestructurante en el sistema, la familia puede responder a la tensión de modo que termine el tratamiento o reafirme sus interacciones acostumbradas. Por lo tanto, es un modelo que requiere desarrollar una elegante pericia en la coparticipación con la familia, así como una especial atención a la retroalimentación del sistema hacia las intervenciones del terapeuta.

### **1.2.2. Modelo Estratégico**

#### **Antecedentes**

La carrera de Jay Haley juega un papel importante en el desarrollo del enfoque estratégico, central en el movimiento de la terapia familiar en Estados Unidos durante la década de los ochentas. Haley realizó un importante trabajo de aplicación de los conceptos surgidos de la investigación del Grupo Palo Alto y de sistematización del trabajo de Milton Erickson.

En su práctica terapéutica, Erickson consideraba importante para intervenir, observar la comunicación para comprender la especificidad de la persona. Lo fundamental para él era saber cómo se puede llevar a alguien a comportarse de otro modo por la influencia interpersonal. La intervención implicaba elegir directrices de comportamiento precisas y adecuadas al problema presentado y a las características del paciente.

En la *Terapia Ericksoniana* se enfatiza no tener ideas preconcebidas sobre el paciente, y atender a la situación que le preocupa en el presente, la forma en que ve las cosas y que le impide encontrar una solución, así como a dónde quiere llegar. Pretende un cambio progresivo, tras haber definido un problema concreto central. Esto se aleja de los enfoques que tratan de definir una patología, buscan una toma de conciencia o tratan de dirigir la vida de la persona (Wittezaele et al., 1994).

En este enfoque se requiere escuchar al paciente, para poder hablar su lenguaje, tanto en su discurso y sus aspectos no verbales, como su sistema de valores, la forma en que presenta su problema y la imagen que tiene de sí mismo. Esto favorece que se deje de pensar en la resistencia del paciente, sino en la forma de relacionarse con él de manera que permita influirlo.

Erickson creía que no había que obligar a las personas a modificar su forma de pensar ya que tienden a defenderlas de modo afectivo. Prefería situarse en su punto de vista, modificarlo poco a poco y crear situaciones en que las personas puedan modificar voluntariamente su forma de pensar. Para esto requería aumentar la motivación del paciente para cambiar.

Haley establece algunas similitudes entre la Terapia Ericksoniana, la Terapia Estratégica y la Terapia Breve (Wittezaele et al., 1994):

- Definición específica de objetivos para la intervención.
- Rol activo del terapeuta (control del proceso).
- Énfasis en la situación presente.
- Énfasis en el cambio de comportamiento.
- Estimulación de la motivación del paciente.
- Utilización de un lenguaje imperativo.
- Utilización de técnicas paradójicas.

Entre 1967-1973, tras dejar de colaborar con el grupo de Bateson y el MRI, Haley trabajó en Filadelfia junto con Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, quienes también influyeron en el Modelo Estratégico, dado su interés por la forma de la organización familiar, las jerarquías y las coaliciones. Incluso se considera que el enfoque de Haley es estratégico-estructural.

## **Principios Básicos**

### **El Síntoma como Maniobra de Comunicación**

Se considera que la comunicación entre dos personas implica la negociación de los mensajes o tipos de conductas que caracterizarán a su relación, de manera que ésta se defina (como simétrica, complementaria o metacomplementaria) y se asuma el control de la relación por alguno de los miembros. Las relaciones pueden estabilizarse, cuando las personas se ponen de acuerdo sobre quién controlará determinadas zonas de la relación. Pero si existen desacuerdos, pueden generarse luchas abiertas, sabotajes o resistencias pasivas. Se puede recurrir al síntoma como maniobra para limitar la conducta del otro y confundir el tipo de relación (Haley, 1989).

## Control de la Relación Terapéutica

En la relación terapéutica, se establece una relación competitiva para ver qué grado de influencia permitirá el paciente por parte del terapeuta, para la cual el paciente requiere utilizar su síntoma. Si el terapeuta se limita a ser autoritario e insiste en que le corresponde el control de la situación (o se muestra benévolo y le brinda consejos), el paciente sólo tiene que negarse a hacer lo que se le pide para controlar la relación. Sin embargo, si el terapeuta asume una actitud permisiva hacia el síntoma o conducta resistente e incluso la fomenta, puede obtener el control de la relación, estableciendo un doble vínculo terapéutico. Si el paciente continúa con sus síntomas, acepta que sigue las instrucciones del terapeuta; pero si lo abandona, también obedece al terapeuta (Haley, 1989).

## Disfuncionalidad de la Organización Familiar

En una organización familiar se generan síntomas cuando las reglas acerca del status y el poder son confusas, particularmente cuando surgen coaliciones a través de las líneas generacionales, y sobre todo cuando son secretas y repetitivas. La conducta disfuncional se presenta cuando la secuencia repetitiva define simultáneamente dos *jerarquías opuestas*, o una jerarquía inestable con reglas contradictorias (Madanes, 1982).

En las parejas, se da el problema de compartir el poder y organizar una jerarquía para dividir las áreas del control y la responsabilidad. En ocasiones la lucha por el poder se lleva a cabo mediante una situación de desvalimiento, ya sea obteniendo la igualdad colocándose por debajo de un hijo adolescente, aliándose el cónyuge impotente con un hijo en contra de la pareja, o utilizando un síntoma.

Cuando se presenta un *síntoma en la pareja*, se establece una incongruencia jerárquica, ya que el cónyuge sintomático se halla tanto en una posición inferior (pues el otro trata de ayudarlo) y en una superior (puesto que se rehúsa a cambiar). Si el esposo "normal" influye para que el otro deje el síntoma, el primero perderá la posición superior de ser el miembro no sintomático. En este sentido, las posiciones de ambos son simultáneamente superiores e inferiores (Madanes, 1982).

El *síntoma de un niño* puede ayudar a sus padres a generar un sistema de interacción que es analógico a otro sistema de interacción familiar, donde uno de los padres presenta otra conducta perturbadora, cuya metáfora es la conducta del hijo. El mismo sistema de interacción puede repetirse varias veces, con variaciones cíclicas en el foco de la interacción (el problema de un padre o el problema del hijo). La familia tiene ganancias interpersonales, pues al enfocarse en el síntoma del niño, se generan ciertas interacciones con menor riesgo de provocar graves consecuencias para el sistema familiar (Madanes, 1982).

En los *problemas de adolescentes*, suelen presentarse dos jerarquías incongruentes en forma simultánea. En una el joven es inepto, deficiente y depende del cuidado y protección de sus padres, quienes se hallan en una posición superior. En la otra jerarquía, los padres son dominados por el joven a causa de su desvalimiento, sus amenazas o su conducta peligrosa. Si los padres demandan un comportamiento apropiado a su edad, el joven puede realizar acciones extremas y peligrosas. Si se

comporta de forma normal, pierde el poder que sus amenazas le brindan sobre sus padres (Madanes, 1982).

## **Metas Terapéuticas**

El modelo enfatiza los procesos de comunicación en el presente, y se considera suficiente y satisfactorio si la familia puede superar el problema sin enterarse de cómo lo hizo. Haley (1988) considera que la terapia es más efectiva si se mantiene en el síntoma y la persona problemática, pues así se puede esperar que la familia coopere en la solución de lo que ella considera el problema y se evitan las resistencias. Sin embargo, el terapeuta puede encontrar una forma de centrarse en el problema presentado mientras al mismo tiempo se modifica la organización familiar en torno al síntoma.

## **Estrategias**

### **Etapas de la Entrevista**

En la Terapia Estratégica, se trata de estructurar la entrevista en cuatro etapas sucesivas (Haley, 1988):

1. *Etapas Social.* El terapeuta requiere presentarse a la familia y hablar con cada miembro de la familia, para que todos se sientan importantes e involucrados.
2. *Etapas del Problema.* El terapeuta pregunta por qué ha venido la familia o cuál es el problema. Al explorar la situación, el terapeuta puede establecer un marco de problema (lo que provoca un informe por parte de la autoridad), de cambio (mediante preguntas específicas), o brindar preguntas generales y ambiguas para que la familia establezca su punto de vista (para que construyan su propio marco y unidad problemática).
3. *Etapas de la Interacción.* El terapeuta hace que los miembros de la familia hablen entre sí acerca del problema y deja de ser el centro de la conversación. Esto se favorece introduciendo a terceros a las conversaciones, de modo que se pueda observar las alianzas, coaliciones y la forma en que se distribuye el poder. Incluso se puede favorecer que se represente el problema mediante acciones específicas.
4. *Etapas del Contrato Terapéutico.* Se establece un contrato terapéutico, para organizar la terapia y definir los cambios deseados. Los problemas, ya sean síntomas o quejas, deben ser observables y medibles, de manera que se pueda saber cuándo se terminará la terapia.

### **Definición del Problema**

Los problemas se definen como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de interacción que abarque al menos dos o tres personas involucradas en la situación y averiguando de qué manera lo hacen.

El terapeuta asume la responsabilidad de planear una estrategia específica para resolver los problemas de cada cliente, según la definición que realice del problema. La estrategia está en función de los objetivos que el terapeuta establece para modificar las secuencias interaccionales, pero a la vez se encuadra la estrategia de manera que se respete el motivo de consulta o queja del paciente, sin que el paciente tenga que enterarse de la lógica de la intervención.

## Intervenciones

### Directivas, Técnicas Ericksonianas y Paradojas

Las *directivas* planean modificar ciertas secuencias de interacción, para favorecer el involucramiento, los acuerdos y afectos positivos, la adquisición de información, así como un mejor funcionamiento tras fijar reglas, definir límites generacionales y el establecimiento de objetivos y planes individuales. Dicha directiva no es una sugerencia, debe ser precisa y clara, estar dentro del marco del contrato terapéutico e incluso puede ensayarse para que sea comprendida por los miembros de la familia.

Entre las técnicas utilizadas por el Modelo Estratégico, pero que surgen de la Terapia Ericksoniana, se encuentran (Haley, 1983):

1. *Metáforas o analogías.* Cuando un paciente se resiste a las directivas, se puede abordar el problema comunicándose con él utilizando metáforas del tema problemático u ofreciendo soluciones desde un marco de referencia que sea más sencillo de comprender, de manera que pueda hacer una conexión espontánea y responda a la directiva del terapeuta expresada verbal o no verbalmente.
2. *Utilización de recursos.* Basados en la idea de un inconsciente positivo, se pueden utilizar las fuerzas del paciente para resolver la situación problemática.
3. *Siembra de ideas.* Consiste en la acentuación de ciertos aspectos de la información brindada por el paciente, para que posteriormente se realicen metáforas o se diseñen directivas en función de las ideas previamente fijadas.
4. *Alcanzar una pequeña respuesta y ampliarla hasta lograr una meta.* Implica aceptar lo que el paciente ofrezca, cualquier cambio pequeño, y ampliarlo, de modo que se provoque en el sistema una reorganización de las pautas.

Las *paradojas* implican que el terapeuta le asegure a la familia que desea que cambie, pero a la vez le pide que no cambie. Se basan en la idea de que ciertas familias buscan ayuda pero se resisten a ser ayudadas, por lo cual se provoca su resistencia y se le enfoca hacia el cambio tras alentar el desafío. Papp (como se cita en Madanes, 1982) describe tres pasos para impartir paradojas: 1) definir el síntoma como motivado por la intención benévola de preservar la estabilidad familiar; 2) prescribir el ciclo de interacciones generador del síntoma, y 3) refrenar a la familia cuando muestre signos de querer cambiar.

De la Terapia Ericksoniana surgen algunas técnicas paradójicas (Haley, 1983):

1. *Prescribir el síntoma.* Se le pide al paciente que continúe o incremente el síntoma, lo cual le plantea el dilema de hacer voluntariamente lo que generalmente considera que es involuntario.
2. *Ofrecer una alternativa peor.* Se da como alternativa al síntoma, una conducta penosa, para que sea más difícil conservar el problema que renunciar a él.
3. *Prescribir la recaída.* Se utiliza especialmente con pacientes que parecen mejorar demasiado rápido, y consiste en refrenarlos para que si recaen no se desilusionen con el proceso terapéutico, y al mismo tiempo desafiarlos para seguir mejorando en el tratamiento. Una técnica similar consiste en *frustrar una respuesta del paciente para alentarla.*
4. *Utilización del síntoma.* El terapeuta dirige al paciente para que realice el síntoma fuera de los momentos habituales, en un contexto diferente o con un propósito distinto. Se fomenta el síntoma de tal forma que el paciente no pueda continuar utilizándolo, al dejar de brindarle las convenientes ganancias interpersonales, o que desaparezcan los aspectos negativos del síntoma, al hacer que su aparición provoque algún resultado positivo para el paciente.

## **Alcances y limitaciones**

Entre las ventajas del Modelo Estratégico es que es un tratamiento breve y pragmático, con una entrevista organizada, que busca resolver problemas mediante definiciones factibles de ser resueltas, para las cuales se desarrollan estrategias que se modifican durante el curso del proceso terapéutico, lo cual implica flexibilidad en el enfoque. Se enfatizan el control y la responsabilidad del terapeuta, se busca modificar las secuencias de interacción basadas en jerarquías incongruentes y coaliciones intergeneracionales, y se puede recurrir a diversas técnicas de la Terapia Ericksoniana para facilitar el cambio terapéutico.

Sin embargo, considero que el modelo no es tan recomendable en casos de abuso sexual, violencia, adicciones, o en todas aquellas situaciones donde es preferible trabajar con cuestiones estructurales en una forma directa. Existen casos donde el terapeuta tiene que asumir el papel de agente de control social, o donde la situación requiere que el terapeuta envíe un mensaje claro y directo cuando los miembros están realizando acciones perjudiciales para la integridad de la familia.

Creo que es peligroso utilizar el enfoque cuando el terapeuta no tiene claros sus principios éticos ni ha desarrollado un manejo aceptable del modelo, pues se corre el riesgo de utilizarlo inadecuadamente por sus poderosas intervenciones y el afán de terminar el tratamiento brevemente, lo cual puede derivar en perjuicios para la relación terapéutica y en impasses dentro del proceso terapéutico, tras intentar nuevas intervenciones sin haber identificado por qué fallan o haber tenido claro el sistema de interacción en la organización familiar que mantiene el síntoma.

### 1.2.3. Modelo de Terapia Breve

#### Antecedentes

Durante los años sesentas, Bodin, Fisch, Watzlawick y Weakland comienzan el proyecto del *Centro de Terapia Breve* en el MRI. Al principio observaban las interacciones de la familia para comprender la función del síntoma. Se empezaron a cuestionar qué otro tipo de interacciones se requerían para que desapareciera, y se dieron cuenta que se hacían muchas maniobras para comprender la función del síntoma y esto no generaba cambios en las interacciones. Entonces empezaron a centrarse en las intervenciones y fijaron un marco temporal de 10 sesiones para generar un cambio mínimo que se extendiera como “bola de nieve” al término del tratamiento (Wittezaele et al., 1994).

Cabe señalar que el Modelo de Terapia Breve ha sido influido tanto por los trabajos del grupo de Bateson y sus aportes a la Teoría de la Comunicación Humana, la Terapia Ericksoniana y la Terapia Estratégica. Estas influencias teóricas y metodológicas han sido abordadas en secciones anteriores, pero es importante establecer una comparación entre el Modelo de Terapia Breve y el Modelo Estratégico, los cuales comparten ideas y técnicas de la Terapia Ericksoniana, pero desarrollan métodos terapéuticos distintos, producto del contacto con nuevas influencias teóricas y prácticas, como el Modelo Estructural en el caso del Modelo Estratégico, y la aplicación del constructivismo y la cibernética de segundo orden al Modelo de Terapia Breve.

En la Terapia Estratégica, las secuencias repetitivas se observan para identificar la organización jerárquica y la función que cumple el síntoma en dicha organización. Por otro lado, la Terapia Breve permanece en niveles de fenómenos observables y es más pragmática, ya que atiende a estas secuencias para identificar pautas de pensamiento y conducta que se autorrefuerzan (conocidas como soluciones intentadas).

Ambos enfoques tienen numerosas similitudes, como no recurrir a una teoría de la personalidad o de la disfunción, sino a una teoría del cambio donde el terapeuta trata de controlar lo que sucede y diseña un enfoque para cada problema, el cual requiere ser resoluble. En la terapia se interviene de modo rápido y económico, tratando de establecer metas concretas y realizar intervenciones para su alcance. Además se busca motivar al cliente para el cumplimiento de las prescripciones, encuadrando las directivas según su marco de referencia (Cade y O’Hanlon, 1995).

#### Principios Básicos

##### Tipos de Cambio

El modelo considera que existen dos tipos diferentes de cambio: el *cambio uno*, que ocurre dentro de un determinado sistema que permanece invariante e idéntico a sí mismo (el tipo de relación o juego entre sus miembros no se modifica, tan sólo quienes interpretan los roles del juego); y el *cambio dos*, donde el sistema se convierte en otro distinto al implicar un cambio de las premisas y las reglas de interacción que rigen al sistema total (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

## **Dificultades y Problemas**

El modelo enfatiza la forma en que las *dificultades se convierten en problemas*. Las *dificultades* son estados indeseables que pueden resolverse mediante algún acto de sentido común, o bien, situaciones de la vida con respecto a la cual no existen soluciones y que sólo hay que saber sobrellevar durante cierto tiempo. Los *problemas* son callejones sin salida, juegos sin fin, crisis, que se crean al enfocar equivocadamente las dificultades y se refuerzan al aplicar “*más de la misma*” solución inadecuada, o en términos cibernéticos, una retroalimentación negativa por la cual se recupera el sistema y mantiene su estabilidad interna (Watzlawick et al., 1976).

Watzlawick et al. (1976) distingue principalmente tres formas de afrontar erróneamente las dificultades:

1. *Las terribles simplificaciones*. Negar que el problema exista, por lo que no se hace nada aunque se requiera actuar.
2. *El síndrome de utopía*. Intentar un cambio para eliminar una acción que prácticamente es inmodificable o inexistente, por lo que se realiza una acción cuando no debería realizarse.
3. *Paradojas*. Cometer un error de tipo lógico y crear un juego sin fin cuando se intenta un cambio uno en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior, o bien, se intenta un cambio dos cuando resultaría adecuado un cambio uno.

## **Metas Terapéuticas**

En este modelo, el principal objetivo del tratamiento es la *queja del cliente*, para que deje de padecer su dolencia o al menos disminuya lo suficiente como para no necesitar tratamiento terapéutico. Aunque existan otros aspectos indeseables en la vida del cliente, no se interviene a menos que el cliente formule una queja al respecto (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

El indicador más importante de éxito terapéutico consiste en una declaración del cliente según la cual se encuentre completa o razonablemente satisfecho con el resultado del tratamiento. Esto se puede deber a dos causas: porque la conducta problema, o la evaluación que hace de dicha conducta, hayan cambiado.

## **Estrategias**

### **Capacidad de Maniobra**

La capacidad de maniobra significa tener el control sobre el tratamiento y mantener abiertas las posibilidades de acción. Al mismo tiempo, implica reducir la capacidad de maniobra del cliente. Existen diversos medios para aumentar dicha capacidad (Fisch et al., 1994):

- a) Asumir una postura que no active resistencias y cambiar de rumbo cuando éstas se generen.
- b) Tomarse el tiempo necesario para buscar información o realizar intervenciones.
- c) Utilizar un lenguaje condicional.
- d) Buscar que el cliente concrete.
- e) Mantener una actitud igualitaria o modificarla según el caso.
- f) Conservar la libertad para decidir con quiénes y cuándo se trabajará.
- g) Poder fijar el marco del tratamiento.

## **Postura del Paciente**

La postura representa la posición que asume el cliente acerca de diversos aspectos de la terapia basada en su sistema de creencias y valores, por lo que requiere utilizarse para estimular la colaboración del cliente con el tratamiento (al formular sugerencias en forma coherente con su postura) y evitar las resistencias al no molestar al cliente o transmitir ideas que difícilmente pueda creer (Fisch et al., 1994).

Al evaluar la postura, es importante atender al lenguaje del cliente: las palabras concretas que usa, el tono y el énfasis con que se expresa. También se requiere escuchar las ideas que tiene sobre la naturaleza del problema y sus causas, así como de la forma en que se podría solucionar, la responsabilidad que asume ante el problema y el tipo de acciones que podría realizar para ello.

Se puede distinguir entre dos posturas principales. Las personas pueden definirse como pacientes o definir a otro, del cual pueden ser víctimas o pueden encontrarse preocupados por su enfermedad. El cliente es quien solicita la ayuda al terapeuta, sea el paciente o no, por lo que se muestra interesado en el cambio y es con quien conviene realizar la terapia (Fisch et al., 1994).

## **Entrevista Inicial**

En la primera entrevista, el objetivo es recoger información clara, explícita y en términos conductuales sobre diversos aspectos (Fisch et al., 1994):

- a) *Definición del problema.* Se requiere indagar sobre el estado actual del problema, con preguntas tales como ¿cuál es el problema que le trae aquí?, ¿para quién es esta conducta un problema? ¿cómo se presenta el problema? (ejemplos), ¿por qué ahora acuden a terapia? Si se habla de diferentes problemas, es importante establecer prioridades.
- b) *Soluciones intentadas.* Se pregunta acerca de cómo afrontan el problema las personas ligadas íntimamente a él, incluido el paciente identificado. Se necesitan preguntas como ¿qué hace o dice usted cuando ocurre el problema?, y ser persistente ante las respuestas vagas y confusas.
- c) *Objetivos mínimos.* Se buscan con el cliente señales pequeñas de que ha ocurrido un cambio, en forma concreta.

- d) *Actitud y lenguaje del cliente.* Implica atender el sistema de creencias y valores, para enunciar las intervenciones en dicho marco y aumentar la posibilidad de que sean aceptadas. Requiere escuchar la exacta formulación de las frases de los pacientes en lugar de buscar significados ocultos.

## **Intervenciones**

### **Intervenciones generales**

Estas intervenciones comunican una postura general y preparan la situación para introducir una intervención específica, o también pueden ser suficientes para solucionar el problema (Fisch et al., 1994):

- a) *No apresurarse.* Se recomienda prescribirla en las primeras sesiones, con clientes cuya solución ensayada consiste en esforzarse mucho o quienes presionan al terapeuta pero permanecen pasivos. También se recomienda después de que se han tenido mejorías después de una intervención concreta.
- b) *Los peligros de una mejoría.* Esto puede servir para ampliar la postura de no apresurarse, aumentar la motivación, desafiar a un cliente resistente o presionarlo para que cumpla con una tarea al haber desobedecido, o en los problemas de rendimiento, reducir la necesidad de obligarse a rendir más.
- c) *Un cambio de dirección.* Implica cambiar de postura o estrategia y ofrecer al cliente una explicación acerca de dicha variación. Se recomienda cuando el terapeuta empieza a discutir con el cliente o cuando éste sigue las directivas pero no se obtienen resultados en la terapia.
- d) *Cómo empeorar el problema.* Se suele realizar cuando el cliente se ha resistido a anteriores sugerencias o no ha querido probar algo nuevo. Implica exponer en forma concreta las cosas que ha hecho el cliente para agravar su problema, de modo que se le menciona implícitamente lo que hay que hacer. También se puede preguntar sobre la forma de empeorar el problema, al inicio de la terapia con clientes ambiguos o que ofrecen resistencia, o cerca del final para reforzar los progresos.

### **Intervenciones principales**

Se utilizan para interrumpir las diversas *soluciones intentadas* (Fisch et al., 1994):

- a) *El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.* En este tipo de problemas el paciente padece una dolencia en su funcionamiento corporal o rendimiento físico. Se requiere que el paciente deje de esforzarse demasiado y evite superar el problema.
- b) *El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.* Consiste en prepararse para la situación temida de manera que se aplace el enfrentamiento; y se presenta en casos de ansiedad, fobias, timidez, bloqueos

en el rendimiento profesional, etc. Se necesitan directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, y que exijan una ausencia de dominio.

- c) *El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.* Implican un conflicto en una relación centrado en temas que requieren una colaboración mutua, debido a que se exige a la otra parte que los trate como si se fuera superior, sometiéndose a sus exigencias respecto a conductas concretas y tratándolo con respeto. Se presenta en las disputas conyugales, los conflictos entre padres e hijos, conflictos laborales, etc. Una forma de bloquear la solución consiste en hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una postura de debilidad y pida cosas en forma no autoritaria (sino concreta y específica).
- d) *El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.* En estos problemas, alguien quiere que otro haga algo, pero en forma espontánea, de manera que se evita pedirle al otro algo que le pueda disgustar o exija un esfuerzo. La petición indirecta se contesta con un rechazo indirecto, y cada persona trata de convencer a la otra de que expresarse de modo directo es inútil. Para bloquear la solución, se requiere que la persona solicite algo directamente.
- e) *La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.* Ocurre en problemas como la infidelidad, el alcoholismo, problemas académicos, la delincuencia. Una persona acusa a otra, y ésta responde mediante una autodefensa que confirma las sospechas de la primera, por lo que se mantiene el juego del acusador y el defensor. Para bloquearlo, se requiere que una parte abandone su papel repetitivo.

## **Alcances y limitaciones**

Este modelo ha resultado eficaz para el tratamiento breve de diversos problemas individuales y familiares, tales como el insomnio, las disfunciones sexuales, las fobias, los trastornos obsesivos, los trastornos alimentarios, problemas de evitación, problemas académicos, conflictos conyugales y paterno-filiales, especialmente. Un aspecto que resalta del modelo es su preocupación por desarrollar un lenguaje concreto en la terapia y que se optimice el tiempo de las sesiones, ya que la terapia también es un negocio donde los clientes buscan mejorar sus situaciones.

Considero que el modelo, implícitamente, presenta algunas ideas acerca de las relaciones humanas, que se reflejan en la creencia de que el cambio debe realizarse en forma intencional, ya que se cree que las personas utilizamos estrategias para controlar las interacciones y cumplir con nuestros objetivos, y que al mismo tiempo que deseamos cambiar, nos resistimos al cambio. En este sentido, las ideas de la cibernética de segundo orden se interpretan para optimizar la capacidad de maniobra por parte del terapeuta y sortear los diversos obstáculos para que el cambio se alcance lo más rápido posible.

Me parece que el modelo puede ser útil en contextos institucionales u organizacionales que requieran solucionar en pocas sesiones problemas que se definan en forma práctica. Sin embargo, debido a su brevedad y pragmatismo, el modelo quizá

no pueda ser indicado para clientes que busquen mejorar sus capacidades relacionales o emocionales, enfocándose en su historia o creando una relación con el terapeuta que no se base en la necesidad de establecer metas concretas que se logren rápidamente.

## **1. 2. 4. Modelo de Soluciones**

### **Antecedentes**

Se ha considerado que el modelo presenta dos vertientes principales: el Modelo Enfocado a las Soluciones, encabezado por De Shazer y su grupo de colaboradores del Centro de Terapia Breve de Milwaukee, y el Modelo Orientado a las Soluciones, cuyas figuras principales son O'Hanlon y Weiner-Davis (Goldenberg et al., 2000).

El MRI ejerció una influencia importante en el grupo de Milwaukee, que trabajó en sus inicios con un equipo terapéutico que realizaba intervenciones estratégicas para interrumpir las secuencias interaccionales que mantenían el problema, así como reencuadres para modificar la visión del problema, bajo el supuesto de que pensamiento y conducta se influyen mutuamente. Debido a esta influencia, el Modelo de Soluciones tiene algunas similitudes con el Modelo de Terapia Breve (O'Hanlon y Weiner, 1990):

- No se requiere conocer la función del síntoma o la causa del problema para resolverlo.
- Las intervenciones del terapeuta buscan la solución del problema, no dirigir al cliente en la forma de vivir.
- El cambio o la solución de los problemas pueden ser breves.
- Se considera que los problemas se mantienen por las soluciones intentadas y las construcciones de los clientes, quienes perciben sus alternativas como agotadas o limitadas.
- Se asume la postura constructivista, según la cual no hay una única forma correcta o válida de ver las situaciones, pero las perspectivas varían en su utilidad, ya que las opiniones acerca de los problemas pueden aumentar o disminuir la probabilidad de solución.
- Se favorece que los clientes definan los objetivos, en forma clara y específica.
- Se buscan cambios mínimos.
- Si el enfoque en las soluciones no funciona, es preciso enfocarse en el problema.

Una diferencia con el MRI es que se rechaza la idea de que los clientes acuden pidiendo un cambio que a la vez resisten. El enfoque considera que los clientes realmente desean ser cooperativos y cambiar, pero resisten las interpretaciones u otras intervenciones del terapeuta sólo si creen que no encajan con ellos. Para promover la cooperación, elogian a los clientes por lo que han empezado a hacer que es útil para solucionar el problema y conforme se convencen de que el terapeuta está de su lado, éste se encuentra en una posición de hacer sugerencias para que intenten algo diferente (Goldenberg et al., 2000).

Respecto al Modelo Orientado a las Soluciones, puede decirse que ambas figuras fueron influidas por el trabajo del grupo de Milwaukee (al que perteneció Weiner-Davis), con la diferencia de que O'Hanlon fue alumno de Erickson. En esta vertiente se retoman aspectos de la Terapia Ericksoniana, del MRI y del grupo de Milwaukee, pero

existe una menor preocupación por el control y la eficacia de las intervenciones, ya que se privilegia el establecimiento de una adecuada relación terapéutica con el cliente conforme se desarrolla el modelo en las sesiones, y se retoman técnicas de Carl Rogers para escuchar y validar a los pacientes cuando no están listos para las intervenciones del modelo.

## **Principios Básicos**

### **Co-construcción de una realidad terapéutica**

El modelo enfatiza que los problemas son realidades discontinuas que no aparecen todo el tiempo en la vida de los clientes, por lo que existen momentos en que no ocurre el problema. También se considera que las situaciones de las personas están cambiando constantemente, y que la percepción de la situación es lo que permanece constante (O'Hanlon et al., 1990).

En lugar de la conversación sobre el problema, que busca las explicaciones de los problemas de los clientes basándose en los hechos de sus vidas “problemáticas”, se conversa sobre la solución. De esta forma se establece una situación de diálogo, de cambios esperados, y de participación activa y colaborativa del cliente para conseguir los cambios.

### **Metas Terapéuticas**

En el modelo se busca que los clientes establezcan metas concretas para que los problemas se definan en una forma en que se favorezca una rápida solución utilizando los recursos que los clientes tienen para resolver sus problemas. Se favorece centrarse en los aspectos cambiantes y cambiables de la experiencia de los demás, pero no en las características o aspectos del cliente o de su situación que no sean susceptibles al cambio.

El terapeuta no se interesa particularmente en los detalles de la queja, sino que prefiere tratar de desarrollar con la familia expectativas de cambio y de solución. Al limitar el número de las sesiones, se ayuda a crear la expectativa de cambio, haciendo que la obtención de las metas parezca más alcanzable.

## **Intervenciones**

### **Búsqueda de excepciones**

Las excepciones ofrecen información sobre lo que se necesita para resolver el problema, al encontrar las diferencias entre las situaciones problemáticas y no problemáticas. La solución radicaría en dedicarse más a aquellas actividades de las que hay constancia que se ha conseguido, aunque sea por breves periodos de tiempo, el objetivo deseado. A continuación aparecen diversos ejemplos de preguntas sobre excepciones (O'Hanlon et al., 1990):

- *¿Qué es diferente en las ocasiones en que “no se presenta el síntoma”?*  
Esta pregunta supone que hay momentos en que no se presenta el problema y requiere formularse en términos positivos. Si el paciente insiste en que siempre se presenta el problema, se puede preguntar ¿cuándo es menos grave, frecuente, intenso, o de menor duración?
- *¿Cómo conseguiste que sucediera?*  
Esta pregunta brinda el mérito al paciente por el cambio y permite que identifiquen lo que hacen para mejorar la situación.
- *¿De qué manera el que (ocurra la excepción) hace que las cosas vayan de otra forma?*  
Esta pregunta sugiere que hay conexiones entre las cosas positivas que ocurren en un área de la vida de una persona y las que suceden en otras áreas.
- *¿Quién más advirtió que (mejoraste o se redujo el síntoma)? ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta, qué hizo o dijo?*  
Esta pregunta permite que se reciba información sobre las conductas que resultan agradables para los demás y puede reforzar su repetición en el futuro.
- *¿De qué manera es esto diferente de la forma en que lo hubieras manejado hace (una semana, un mes, etc.)?*  
Al establecer una diferencia entre las conductas de los clientes, se favorece que puedan advertir las soluciones que utilizan para resolver la situación problemática cuando se presente.
- *¿Has tenido alguna vez esta dificultad anteriormente? ¿Cómo la resolviste entonces? ¿Qué tendrías que hacer para conseguir que eso volviera a suceder?*  
Esta pregunta parte de la idea de que el cliente necesita volver a aplicar una solución conocida que ha funcionado anteriormente, ya que cuando la solución funciona, las personas tienden a relajarse y vuelven a formas menos eficaces de manejar la situación u olvidan la antigua solución.

### **Identificar y utilizar patrones de solución**

Se requiere obtener información acerca de patrones previos de solución y tratar de evocarlos. Esto puede hacerse mediante preguntas similares a las de búsqueda de excepciones y con otro tipo de técnicas (O’Hanlon y Bertolino, 1998):

- *Buscar qué sucede cuando el problema finaliza o empieza a finalizar.*  
Se pueden hacer preguntas como ¿cuál es la primera señal que el cliente tiene de que el problema va a concluir?, ¿cómo pueden decir otras personas cercanas al cliente cuando el problema ha finalizado o empezado a finalizar?, ¿qué estará haciendo la persona cuando el problema haya terminado?, ¿en qué se diferencian estas actividades fuera de problemas de lo que el cliente hace cuando el problema se presenta?, ¿existe algo que el cliente o alguna otra persona se haya dado cuenta de que ayuda a que el problema termine más rápido?

- *Identificar cualquier cambio benéfico que haya ocurrido antes de que el tratamiento iniciara.*  
Esto puede brindar información sobre la forma en que las personas resuelven sus problemas o hacen cambios.
- *Buscar contextos donde la persona se sienta competente y tenga habilidades creativas o para solucionar problemas.*  
Estos contextos pueden incluir pasatiempos o habilidades laborales, se pueden identificar situaciones donde el problema no ocurre o se puede indagar sobre momentos en que la persona o algún conocido han enfrentado un problema similar o lo ha resuelto de una forma que le agrada.
- *Preguntar por qué el problema no es peor.*  
Esto permite normalizar la situación y ayuda a obtener información sobre cómo los clientes evitan que el problema empeore. Otra forma de hacer esto consiste en pedirle al cliente que compare cualquier incidente del problema con la peor manifestación y que explique qué es diferente en los momentos en que el problema es menos severo.

Otra forma de identificar patrones de solución se hace mediante *preguntas de fórmula*:

- *Tarea de fórmula de la primera sesión.*  
Esta pregunta se puede realizar al final de la primera sesión: “Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, me gustaría que observe, de modo que pueda describirme la próxima vez, lo que ocurre en su (familia, vida, matrimonio, relación) que usted quiere que continúe ocurriendo (De Shazer, 1986, p. 150)”. Esta intervención favorece que el cliente se de cuenta de que hay aspectos de su vida que no desea cambiar (por lo que no está saturado del problema) y permite identificar las cosas que el cliente hace para que su vida sea satisfactoria o no se presente el problema.
- *Pregunta del milagro.*  
Se formula de la siguiente manera: “Supongamos que una noche, mientras duerme, se produce un milagro y su problema se resuelve. ¿Cómo se daría cuenta? ¿Qué sería diferente? ¿Cómo lo sabrían (otras personas) sin que usted le dijera ni una sola palabra sobre el asunto? (De Shazer, 1988, p. 29)”. Con esta pregunta, se puede obtener una imagen más clara de las características que tendrá una solución y permite establecer objetivos concretos cuando el problema sea vago, confuso o no esté descrito claramente. La descripción del futuro puede implicar una excepción, por lo que las intervenciones subsecuentes buscarán amplificar dichas excepciones.
- *Preguntas de escala.*  
Se formula así: “En una escala de 0 a 10, donde 0 es cuando el problema ha sido peor, y 10 cuando esté resuelto para ti de forma satisfactoria, dame un número que mejor describe en dónde estás ahora (Quick, 1996, p. 45)”. Esta pregunta ayuda a determinar si las excepciones son diferencias que hacen una diferencia, ya que tras haber preguntado acerca de excepciones, el valor que de el cliente permite verificar si las excepciones son valiosas para él en la reducción del

problema. Se puede utilizar para evaluar la distancia hacia la meta: “¿Qué tan seguro te sientes de que mantendrás este número en las próximas veinticuatro horas, donde el 10 es totalmente seguro y el 0 es no estoy nada seguro? (Quick, 1996, p. 46)”. Incluso se puede utilizar este tipo de preguntas para obtener información sobre relaciones: “¿Crees que (otra persona) coincidiría con el número que te diste? ¿Qué número crees que te daría? ¿Qué cosas sabes que él no sepa? ¿Qué tendría que pasar para que coincidiera contigo? (Quick, 1996, p. 46)”. Otro uso de la pregunta es que tras haber obtenido una evaluación sobre la situación actual, se puede preguntar sobre qué se necesitaría hacer para subir en la escala, para mantener una puntuación alta, o sobre cómo se darían cuenta otras personas del cambio y qué tipo de conductas señalarían este cambio.

### **Interrumpir patrones del problema**

Cuando no ha funcionado la búsqueda de soluciones o el cliente prefiere hablar del problema, se puede trabajar de una manera similar a cómo lo hace el Modelo de Terapia Breve. Para identificar el patrón del problema, se buscan descripciones de lo que las personas hacen que constituyen o acompañan al problema. Esto se puede hacer mediante *videocharla*, que consiste en pedir a la gente que describa su problema para que pueda ser visto y oído como si estuviera en video. Algunas preguntas que sirven para identificar un patrón son (O’Hanlon et al., 1998):

- ¿Con qué frecuencia ocurre el problema típicamente?
- ¿En qué momento (del día, de la semana, del mes, del año) ocurre el problema?
- ¿Cuánto dura el problema?
- ¿Dónde ocurre el problema típicamente?
- ¿Qué hacen la persona y los otros a su alrededor usualmente cuando sucede el problema?

Al obtener detalles suficientes acerca del patrón y se considera que el cliente tiene posibilidades de favorecer un cambio, se sugieren acciones sobre alguno de los aspectos del patrón, como la secuencia, los antecedentes, las consecuencias, las acciones invariantes, las interacciones repetitivas, la conducta corporal, el lugar donde ocurre el problema y aspectos relativos al tiempo del problema, como la frecuencia, el momento y la duración (O’Hanlon et al., 1998).

### **Alcances y limitaciones**

Considero que el Modelo de Soluciones es un modelo de transición bastante peculiar, donde convergen tanto la aplicación, que percibo en De Shazer, como la elegancia, que percibo en O’Hanlon, a pesar de que se recurre a técnicas similares. Esto permite considerar la importancia de la persona del terapeuta y del tipo de relación de ayuda que establece con el cliente, ya que se pueden utilizar las mismas técnicas, pero las diferencias en la relación provocarán otros tipos de cambios, otra forma de percibir al tiempo y al control en la terapia.

Hay que recordar que este modelo se desarrolla en los Estados Unidos y que guarda tanta relación con el MRI, que se recurre a él cuando la búsqueda de soluciones no resuelve el problema. Me llama la atención que recurra a lo breve-estratégico cuando

puede utilizar preguntas similares a las de Karl Tomm o el grupo post-Milán, y me pregunto porque no elabora más las soluciones de modo que promueva en los clientes el cuestionamiento de sus historias dominantes y una nueva caracterización, tal como lo hace la Terapia Narrativa. No sé si deja de hacerlo porque considera que al activarse el proceso de solución continuará una oleada de cambios o porque salir del marco de la Terapia Breve ocasionaría problemas en las organizaciones que solicitan este tipo de terapia e incluso podría ocurrir que los cambios no fueron tan milagrosos o grandiosos como se había creído.

Sin embargo, creo que el modelo puede aplicarse a otro tipo de organizaciones y permite dar un giro a la terapia, no como forma de detectar patologías y tratar problemas psicológicos, sino como un medio de solucionar dificultades en las relaciones cotidianas. No considero que el modelo sea demasiado optimista, sino que un terapeuta puede aplicarlo sin tomar en cuenta la importancia de la relación terapéutica o del tiempo del cliente, e incluso puede haber dificultades en su desarrollo cuando la queja del cliente es ambigua y no es sencillo trasladarla a términos concretos.

## **1. 2. 5. Modelos de Milán**

### **Antecedentes**

Los primeros trabajos del grupo de Milán se realizaron desde el enfoque psicoanalítico con niños que padecían trastornos psiquiátricos. En 1971, Selvini, Boscolo, Prata y Cecchin se separan del grupo original y forman el Centro para el Estudio de la Familia, bajo el marco de la terapia sistémica, influidos por los trabajos del grupo de Bateson y del MRI. En esta primera etapa, el grupo considera que las familias con miembros esquizofrénicos participan en juegos familiares que no son reconocidos, donde sus miembros se esfuerzan en forma unilateral por lograr el control recíproco de sus conductas, creando una lucha donde ambas partes controlan y son controladas. La terapia busca poner de manifiesto los juegos e interrumpirlos, para lo cual se recurre a las contraparadojas (entre las cuales destacan intervenciones como la connotación positiva, la reformulación paradójica y los rituales familiares), influidas por las intervenciones estratégicas de Haley y del MRI (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

A finales de los años setenta, el grupo retoma algunas ideas de Bateson y desarrolla el interrogatorio circular. Esta técnica de entrevista se basa en la creencia de que los sistemas vivos no presentan secuencias lineales de causa y efecto. Si se considera que el conocimiento de los sucesos externos se obtiene al registrar diferencias, se intentará obtener información de los patrones relacionales de la familia al preguntar a sus miembros sobre cómo perciben las relaciones entre otros miembros, asignando el mismo peso a todos los miembros. Este cambio creó una nueva meta para la terapia, que consistía en alterar las puntuaciones de los miembros de la familia.

En 1980, el Centro de Milán tuvo un cambio en su organización: Boscolo y Cecchin se separaron del grupo y continuaron centrándose en la formación de terapeutas, mientras que Selvini y Prata se dedicaron a la investigación, la cual produjo el desarrollo de la prescripción invariable, un método para comprender el juego de las

familias donde alguno de sus miembros padeciera un trastorno psiquiátrico, a la vez que servía como intervención terapéutica para interrumpir y modificar el juego familiar.

Una influencia importante sobre el grupo formado por Boscolo y Cecchin (denominado Milán II), es la cibernética de segundo orden, con ideas como la de Von Foerster, quien señala que el observador entra en la descripción de lo observado de modo que la objetividad se torna imposible. Al no haber separaciones entre partes, no puede haber un control unilateral de una parte por otra, por lo que el terapeuta requiere considerar los efectos de su conducta en el sistema del que es parte. También concuerdan con Maturana, en el sentido de que las intervenciones no van dirigidas a un resultado particular, sino que buscan empujar suavemente al sistema hacia resultados imprevisibles, que concuerden con su propia estructura. Estas ideas sintonizan con la influencia de Bateson respecto a la sabiduría de los sistemas, que se autorregulan conforme evolucionan.

El grupo de Milán no sólo se enfoca a los sistemas de conducta, también a los sistemas de significado. Tiene la idea de que las familias llegan con “mapas”, “premisas” o “mitos” que encuadran lo que les sucede, por lo que el terapeuta intenta modificarlos o cuestionarlos. Aunque se impartan prescripciones para modificar directamente una conducta, se suelen encuadrar haciendo referencia a una hipótesis acerca de una premisa que los miembros de la familia parecen sostener. Puede decirse que el grupo considera primario el marco de sentido, aunque éste no se encuentre separado del marco de las conductas (Boscolo et al., 1987).

Posteriormente, Boscolo y Cecchin desarrollaron el concepto de sistema significante, que no sólo incluye a la familia, sino a todas aquellas personas que intentan resolver los problemas cuya solución se solicita al terapeuta. De esta manera, el problema se define como una ecología de ideas acerca del problema, en lugar de entenderlo en función de conductas localizadas en individuos o familias supuestamente disfuncionales o enfermas (Boscolo et al., 1987).

## **Principios Básicos de los Modelos de Milán**

### **Hipotetizar**

Este es un principio que el modelo utiliza para dirigir la terapia y conducir las entrevistas. Implica que el terapeuta realice hipótesis sistémicas (que incluyan a todos los componentes de la familia y una suposición sobre cómo funcionan sus relaciones) basadas en la información que tiene acerca de la familia. Al contrastar las hipótesis se obtendrá mayor información sobre los patrones relacionales de la familia y se generarán nuevas hipótesis, que son útiles en cuanto producen nueva información, no en cuanto si son más “verdaderas” que otras. Al mismo tiempo, el realizar hipótesis permite al terapeuta asumir un rol activo, ordenar el curso de la entrevista y favorecer que la familia perciba diferencias en su comportamiento (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

## **Circularidad**

La circularidad se refiere a la capacidad del terapeuta de conducir su investigación basado en la retroalimentación de la familia en respuesta a la información que solicita acerca de las relaciones, las diferencias y el cambio. Existen algunos aspectos prácticos para pedir información en forma circular, o sea, cuando un tercero habla sobre cómo percibe la relación entre otros dos miembros de la familia (Selvini-Palazzoli et al., 1980):

- 1) Solicitarla en términos de conductas interaccionales específicas en circunstancias específicas (en lugar de buscar sentimientos o interpretaciones).
- 2) En términos de diferencias en conductas, y no en términos de aspectos internos de las personas.
- 3) En términos de ordenar a los miembros de la familia según una conducta o interacción específica.
- 4) En términos de cambio en la relación antes o después de un evento preciso.
- 5) En términos de diferencias respecto a circunstancias hipotéticas.

## **Neutralidad**

El principio de neutralidad implica que el terapeuta se mantenga en un nivel diferente al de la familia, de forma que pueda aliarse con todos los miembros (como cuando realiza una pregunta circular), pero al final termine sin estar aliado con alguien (ya que buscará realizar estas preguntas a todos los miembros de la familia). El terapeuta requiere evitar cualquier tipo de juicio moral, ya que la aprobación o desaprobación lo terminará aliando con individuos o grupos dentro de la familia (Selvini-Palazzoli et al., 1980).

## **Curiosidad**

Este principio favorece que el terapeuta provoque la experimentación de puntos de vista alternativos, los cuales, a su vez, generan curiosidad. La curiosidad y la neutralidad actúan recurrentemente entre sí: una para producir diferencias y la otra para no apearse a algún tipo de posición en forma exclusiva. Esta postura de curiosidad deriva de una perspectiva estética, basada en la hipótesis de que cada sistema tiene su lógica, que no es buena ni mala, sino operativa (Cecchin, 1987, citado en Andolfi, 2003).

## **Investigación de Juegos Familiares del Modelo de Milán I**

Los juegos representan organizaciones interactivas que evolucionan con el tiempo, conformadas por las reglas de interacción de la familia y las estrategias individuales utilizadas por sus miembros. Dichas estrategias están limitadas por el poder o la libertad que tienen los individuos en las familias, donde existen diferencias por diversos factores, como las características individuales, la posición que ocupan dentro del juego familiar, la cultura a la que pertenecen y la forma en que se adaptan a dicha cultura (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

## Juego psicótico

Este tipo de juego está formado por seis estadios (Selvini-Palazzoli et al., 1990):

1. *El impasse en la pareja conyugal.*  
La pareja se encuentra en un callejón sin salida donde no se favorecen las condiciones para resolver los conflictos ni para promover una separación. Un cónyuge asume el rol de provocador activo y el otro el rol menos visible de provocador pasivo, enfrascándose en secuencias de ataques y defensas.
2. *La intromisión del hijo en el juego de la pareja.*  
Uno de los hijos empieza a tomar partido secretamente por uno de sus padres, quien lo seduce para formar un vínculo, aunque su interés siga siendo el otro cónyuge. Inicia el proceso de *embrollo*.
3. *La conducta inusitada del hijo.*  
El hijo empieza a asumir la defensa abierta, mediante conductas que no había realizado antes y son percibidas como amenazantes. Aparece la *instigación*, proceso donde uno de los padres persuade al hijo para que realice conductas en contra del padre excluido de la coalición secreta.
4. *El viraje del presunto aliado.*  
El padre “vencedor” no sólo continúa sus provocaciones y el supuesto aliado las resiste, sino que se unen contra el hijo, ya sea desaprobándolo o castigándolo.
5. *La aparición de la psicosis.*  
Al fracasar en su objetivo de someter al padre vencedor y traicionado por su cómplice, aparecen sentimientos de abandono, depresión, impotencia y deseos de venganza, lo cual favorece la alteración de la forma en que percibe y da significado a su mundo. El síntoma psicótico será una nueva forma de continuar en el juego, para vengarse de la humillación y la traición, y de vencer al padre que lo derrotó.
6. *Las estrategias basadas en el síntoma.*  
El síntoma puede favorecer un cambio en el juego familiar o puede hacerlo crónico, si alrededor del hijo, cada miembro de la familia organiza una estrategia personal que mantenga el juego.

## Juego anoréxico

El juego anoréxico tiene una estructura similar al juego psicótico. Comienza con el impasse en la pareja conyugal, pero tiene recorridos diferentes dependiendo de la forma en que la hija se haya inmiscuido en el juego de la pareja. Puede entrar cuando la madre le confía las penas inflingidas por el marido (y la hija se compadece de ella, la apoya y se obliga a ser intachable) o por el favoritismo del padre (la hija lo empieza a considerar superior a su madre, a quien percibe como restrictiva con su padre).

Al llegar a la adolescencia, ocurren sucesos que cambian la percepción que tenía la hija de su padre. En el primer caso, la hija puede sentirse abandonada por su madre al percibir que quiere más a otra persona que a ella y se empieza a inclinar hacia su padre

en una relación seductora y secreta. En el segundo caso, el vínculo seductor entre padre e hija se acrecienta y se intensifica la instigación.

Tras un periodo de malestar relacional intenso, ocurre la dieta. En el primer caso, la hija instigada por el padre, desea diferenciarse de la madre, por lo que decide ajustarse al modelo de moda mientras trata de independizarse y sentirse mejor socialmente. En el segundo caso, la hija realiza la dieta como desafío y protesta ante la madre, y esta decisión va precedida frecuentemente por conductas de la madre que han molestado al padre o a la hija. En ambos casos, la madre repite su conducta intrusiva en la dieta y el padre no se opone firmemente a ella por temor a comprometer su relación. En la hija crece el malestar y la voluntad de oponerse, conforme ve que el padre teme compartir el poder con ella, para controlar a la madre.

Al sentirse traicionada por el padre, la hija siente rencor, desesperación y desprecio, y disminuye aún más su alimentación. Intentará humillar a su madre y demostrarle al padre lo que puede hacer. La hija puede utilizar el poder que le da el síntoma, para retomar una posición privilegiada que gozaba en etapas anteriores. Sin embargo, otros miembros pueden desarrollar estrategias para adaptarse al síntoma, que lo mantienen al mismo tiempo (Selvini-Palazzoli et al., 1990)

## **Metas Terapéuticas de los Modelos de Milán**

En el Modelo de Milán I que ha desarrollado Selvini-Palazzoli junto con su equipo, se busca obtener información sobre el juego familiar, tanto de sus procesos sincrónicos como diacrónicos, para interrumpirlo y modificarlo, de manera que la familia se reorganice de forma diferente donde el síntoma sea una estrategia innecesaria.

Para Boscolo y Cecchin, el sistema no crea el problema, sino que el problema crea a un sistema donde existen diferentes sistemas observantes que recíproca y colectivamente definen el problema. Basados en ideas posmodernas, consideran que los terapeutas no pueden cambiar a las familias mediante intervenciones, pero junto con ellas pueden co-construir nuevas formas de mirar al sistema y ampliar la posibilidad de nuevas narrativas que estén menos saturadas por problemas (Goldenberg et al., 2000).

## **Estrategias de los Modelos de Milán**

### **Cuestionamiento Circular**

Este tipo de entrevista consiste en hacer preguntas a cada miembro de la familia, que permitan identificar diferencias o definir relaciones entre otros dos miembros de la familia. Estas diferencias reflejan diferentes perspectivas sobre las relaciones familiares. Por lo tanto, el cuestionamiento circular busca identificar y clarificar ideas confusas sobre las relaciones e introducir nueva información en la familia sobre estas diferencias en forma de nuevas preguntas.

Esta forma de entrevistar frecuentemente produce cambios en la familia y en sus miembros, ya que aprenden en el proceso a pensar en forma circular en vez de lineal, y se convierten en observadores más cercanos de los procesos familiares. Además, la

perspectiva de un miembro puede profundizar la de otro al compararse las perspectivas. Estas son algunas categorías de preguntas circulares (Goldenberg et al., 2000):

- a) *Definición del problema.* Estas preguntas buscan las percepciones de cada miembro de la familia acerca del problema en la actualidad o la descripción de las conductas específicas que son percibidas como problemáticas. También se buscan las explicaciones de cada uno sobre la situación.
- b) *Secuencias de Interacción.* Se pregunta a cada miembro acerca de quién hace qué y cuándo (en relación al síntoma, el problema o las hipótesis).
- c) *Preguntas de comparación y clasificación.* Son preguntas sobre diversos aspectos de los otros miembros: sus conductas, creencias, valores, pensamientos, tradiciones, hábitos, sentimientos, y relaciones. Se busca que los miembros comparen, contrasten y ordenen similitudes y diferencias, investigando patrones relacionales, como alianzas y coaliciones.

Cabe señalar que los distintos tipos de preguntas circulares se pueden plantear en diferentes dimensiones temporales: presente, pasado, futuro o situaciones hipotéticas. Además se pueden investigar diferentes aspectos en cada categoría: diferencias, acuerdos y desacuerdos, explicaciones o significados.

Existen *preguntas reflexivas*, que contienen algunos tipos de preguntas circulares. Estas preguntas representan un intento por parte del terapeuta de influir a la familia en forma indirecta, capacitándola para que genere por sí misma nuevas percepciones y conductas que faciliten la solución de sus problemas, alterando la organización y la estructura del sistema de significados de la familia. Las preguntas reflexivas se clasifican en diversos tipos (Tomm, como se cita en Ochoa, 1995):

1. *Preguntas orientadas al futuro.*  
Pueden servir para desarrollar metas, explorar el resultado deseado; resaltar consecuencias posibles si persisten los patrones de conducta; exponer temas ocultos al explorar expectativas catastróficas; explorar posibilidades hipotéticas, y generar esperanza y optimismo en los clientes.
2. *Preguntas que convierten al interrogado en observador.*  
Parten del supuesto de que observar un fenómeno es un primer paso para actuar en relación a él. Sirven para que los miembros de la familia distingan patrones de conducta, percepciones y eventos que no habían percibido antes y vean su importancia con respecto al mantenimiento del problema.
3. *Preguntas de cambio inesperado de contexto.*  
Debido a que frecuentemente los miembros de la familia ven los eventos desde una perspectiva y sus opiniones están limitadas por ello, este tipo de preguntas permiten que consideren otras perspectivas.
4. *Preguntas con una sugerencia implícita.*  
Incluyen deliberadamente un contenido concreto que indica una dirección que el terapeuta considera útil o beneficiosa para resolver el problema.

5. *Preguntas de comparación normativa.*  
Como los pacientes y las familias con problemas tienden a experimentarse como personas “desviadas”, deseando acercarse a la normalidad, el terapeuta puede aprovechar ese deseo y orientarlos hacia patrones más “normales” o “sanos”.
6. *Preguntas que clarifican distinciones.*  
Clarifican determinadas atribuciones causales que mantienen las personas y que son inconscientes o poco claras. Funcionan separando los distintos componentes de una atribución confusa, eliminando la vaguedad.
7. *Preguntas que interrumpen la secuencia sintomática en sesión.*  
Estas preguntas crean un cambio súbito en la sesión terapéutica.

## **Intervenciones del Modelo de Milán I**

### **Método Paradójico**

El método paradójico está constituido por un conjunto de técnicas que se aplican a los casos de manera distinta. Una de las técnicas es la *connotación positiva* del comportamiento de cada miembro de la familia, que ayuda a poner a todos los miembros en un mismo nivel, evitando las distinciones entre buenos y malos, sanos y enfermos. Mediante esta técnica se aprueba en forma explícita la tendencia de la familia a permanecer igual, tanto para tranquilizarla respecto a las intenciones de cambio por parte de los terapeutas (permitiendo que el terapeuta controle la relación y evite enfrentamientos con la familia), como para estimular en forma paradójica su capacidad de cambio (Selvini-Palazzoli et al., 1999).

Otra técnica es la *reformulación paradójica*, que consiste en realizar interpretaciones de por qué el paciente ha desarrollado los síntomas, que sirvan como redefiniciones relacionales donde el síntoma se convierte en una conducta de protección y sacrificio del paciente a favor de la familia. A la vez se prescribe a cada miembro de la familia que persista en su comportamiento por el bien ajeno, provocando a la familia al cuestionarla sobre cómo una unión familiar se obtiene a expensas del paciente (Selvini-Palazzoli et al., 1990).

La eficacia de la intervención se relaciona con la especificidad de la paradoja, es decir, si toma en cuenta las posiciones de los diferentes miembros de la familia y relaciona sus conductas de una forma verosímil para la familia. Otro aspecto relacionado con la eficacia es la forma de emitir el mensaje, que debe ser sintético, breve y requiere que el terapeuta se retire de la interacción con la familia para evitar que se diluya el mensaje. Sin embargo, esta intervención parece ser adecuada sólo para terapias de pocas sesiones, porque si no funciona, no tiene caso insistir.

También se recurre a *rituales familiares*, donde se prescribe a toda la familia una serie de acciones, definidas con precisión (donde se establece qué ha de hacer cada miembro de la familia, dónde y en qué momento), que implícitamente sustituyan las reglas habituales de relación por otras nuevas, sin recurrir a explicaciones ni a críticas.

Se emplean cuando la situación es confusa o ambigua para introducir orden y secuencialidad.

Un último aspecto del método, y que es parte de la terapia realizada bajo este modelo, es la *regla del intervalo mensual entre las sesiones*, ya que se considera que las intervenciones requieren cierto tiempo para que sus efectos sean visibles en la familia.

### **Prescripción Invariable**

Esta intervención permite obtener información sobre el juego familiar y tener un efecto terapéutico que pueda modificarlo. A continuación aparecen los diferentes aspectos de la prescripción (Selvini-Palazzoli et al., 1990):

1. Tras haber hecho una indicación de terapia familiar, los terapeutas piden que para la próxima sesión acudan los padres y que los hijos se queden en casa.
2. En la primera sesión con los padres solos, se les pregunta por turno acerca de las reacciones de los hijos hacia la cita de la pareja, sobre las reacciones y explicaciones personales acerca de esta cita, y si hablaron del tema entre ambos.
3. Los terapeutas anuncian que han llegado a la conclusión de que es necesario darles una prescripción, que es difícil de cumplir, pero que se requiere de su compromiso porque será importante para la terapia. Se les dice que es compleja y que consiste en cuatro puntos.
4. La primera parte de la prescripción consiste en que los padres tendrán que contestar en tono tranquilo (y si están juntos contestará quien esté más dispuesto a hacerlo) a los hijos u otras personas que pregunten acerca de la sesión, que el terapeuta ha prescrito que se debe mantener en reserva todo lo que se ha dicho en la sesión.
5. La siguiente parte de la prescripción, consiste en que tras ocho días después de la sesión, los padres empezarán a salir algunas noches la cantidad de veces que fije el terapeuta. Al ponerse de acuerdo respecto en la noche adecuada, tendrán una cita afuera, antes de la hora que acostumbran cenar. No regresarán a casa antes de una hora fijada y no prepararán la cena, sólo dejarán una nota (que se alternarán para escribir) donde solamente diga “esta noche no estaremos”. Las salidas se organizarán como quieran, pero no deberán ir a lugares ni con personas que permitan deducir dónde han estado, y no estarán obligados a decirlo, ni siquiera al terapeuta.
6. Ante una pregunta de los hijos sobre lo que hicieron, tendrán que responder: “estas son cosas que sólo nos conciernen a nosotros dos”.
7. Al final se les pide que cada uno consiga una libreta, que esconderán de sus hijos, donde anotarán en forma detallada, las conductas verbales y no verbales de los hijos u otras personas que les parezcan provocadas por el cumplimiento de la prescripción. La próxima sesión vendrán solos, con las libretas, a contar lo sucedido.

Entre los elementos que inducen el cambio cuando la prescripción tiene éxito, se encuentran (Selvini-Palazzoli et al., 1999):

- a) El rompimiento de la escalada de hiperprotección y desconfianza hacia el paciente, que a la vez es una escalada de control recíproco.
- b) La generación de un movimiento estructural de separación entre las generaciones que favorece la solidaridad en el subsistema fraternal.
- c) La fuerte unión solidaria de los padres para ayudar a que su hijo mejore.

## **Revelación del Juego Familiar**

Este método se empieza a desarrollar por algunas limitantes de la prescripción invariable, como su poca eficacia en las familias donde hay una actitud hostil hacia el paciente, porque en algunas familias no se puede prescribir debido a su composición y debido a que se despachaba a las parejas que no cumplían con la prescripción.

Se parte de la idea de que la revelación del juego familiar, tanto de los procesos sincrónicos (la forma en que se realiza el juego en el presente), como de los procesos diacrónicos (la historia en la que se ha desarrollado el juego a través del tiempo en la familia, incluyendo a tres generaciones), tiene un efecto terapéutico. Esto permite conectar el sufrimiento individual de los miembros de la familia con la implicación en los problemas no resueltos de otros miembros, a la vez que se favorece el asumir la responsabilidad por el daño inflingido a los demás. El método es flexible en el sentido de que permite tener sesiones con los diferentes subsistemas y con los individuos, dependiendo de las necesidades y limitaciones de cada caso (Selvini-Palazzoli et al., 1999).

## **Alcances y limitaciones**

El modelo de Milán ha favorecido el desarrollo de la investigación de la familia y de las intervenciones terapéuticas. El primer grupo realizó contribuciones excepcionales al estudio de los juegos en las familias donde sus miembros presentan trastornos psicóticos o alimentarios, y continuó la investigación en otras problemáticas de las familias, como lo son el maltrato infantil y las toxicodependencias.

Por otro lado, el modelo ha dado su sello característico a las intervenciones estratégicas y paradójicas de los Modelos de Terapia Breve y Estratégico, además de que ha interpretado a Bateson para crear una herramienta muy útil para los terapeutas familiares: el cuestionamiento circular.

El grupo de Milán es un ejemplo singular de la forma en que evoluciona un modelo teórico. Inició con una orientación psicoanalítica, e introdujo la perspectiva sistémica, particularmente la del MRI en sus inicios. Posteriormente dan un nuevo significado a la teoría de Bateson y desarrollan principios para la entrevista familiar. En ese momento el grupo se divide, y Selvini-Palazzoli encabeza a una sección que investigará los juegos familiares mediante la prescripción invariable, y posteriormente regresará a la tradición psicodinámica estudiando los procesos diacrónicos en las familias y los patrones de apego, recuperando a los individuos que conforman el sistema familiar. Por su parte, Boscolo y Cecchin comparten las ideas de la segunda cibernética

y el constructivismo, para después evolucionar al construccionismo social, introduciendo la noción de sistemas significantes.

Considero que la limitación del modelo encabezado por Selvini-Palazzoli radica en la dificultad para replicar los métodos de investigación que a la vez sirven como intervenciones terapéuticas, dado que fueron desarrollados e implementados por un sistema de expertos, lo cual tiene implicaciones éticas en la aplicación por parte de terapeutas familiares en entrenamiento. Respecto al modelo encabezado por Boscolo y Cecchin, considero que es presentado en una forma menos práctica que los modelos desarrollados en Estados Unidos, pero permite que el terapeuta en formación desarrolle intervenciones más ecológicas y evite caer en la ilusión de poder y control que generan otro tipo de estrategias.

### **1.3. Análisis de los principios teórico-metodológicos de las intervenciones en las Prácticas y Terapias Posmodernas.**

#### **1.3.1. Práctica del Equipo Reflexivo**

##### **Principios básicos**

##### **Búsqueda de múltiples perspectivas**

Cualquier descripción o explicación acerca de una situación depende del observador, por lo que existen diferentes versiones, igualmente válidas, sobre una misma situación. Esto implica que en la terapia se busquen y acepten todas las descripciones y explicaciones de una situación que existan y se promueva la búsqueda de las que todavía no se hayan encontrado (Andersen, 1994).

##### **Sistemas de significados**

El problema crea un sistema, donde cada uno de los miembros preocupados por un problema tiene una descripción, una explicación y un significado sobre cómo resolver dicho problema. Cuando estos significados, que son en parte diferentes, son intercambiados en conversaciones, pueden emerger nuevos significados. Si no existe la conversación, los significados tienden a no modificarse. Las conversaciones suelen detenerse cuando los significados de las diferentes personas son demasiado distintos entre sí y en tales situaciones, las personas tienden a escuchar sus propios significados en lugar de escuchar los de los demás.

Por esta razón el terapeuta requiere evitar expresar sus significados sobre la situación, pues estaría en riesgo de convertirse en aliado de aquellos que tienen significados similares y oponerse a quienes tienen opiniones diferentes.

También es frecuente que no se puede conversar con un grupo de personas que no pueden intercambiar ideas en un momento específico. Debido a esto es importante

discutir con los involucrados en el problema, acerca de quiénes deberían participar en las sesiones, en qué momento y sobre qué tema (Andersen, 1994).

### **Determinismo estructural**

Las personas están determinadas por sus sistemas de significados y conductas, y cuando las intervenciones del terapeuta son demasiado inusuales para ellas, tenderán a protegerse de la intervención para conservar la integridad de su sistema de significados. Por lo tanto, una intervención demasiado usual deja intacto al sistema de significados, mientras que una intervención lo suficientemente inusual puede modificar a dicho sistema, ya que los significados de la intervención pueden tener algunas similitudes con el sistema de significados de la persona y al no tener que protegerse de la desintegración, la persona puede incluir un significado diferente a su sistema (Andersen, 1994).

### **Múltiples conversaciones**

El establecimiento de una conversación comprende el sentir, el conocer y el actuar de una persona, los cuales se influyen mutuamente en un proceso interno. Dicho proceso sirve para conservar la integridad de la persona y a la vez para expandir los actos de sentir, conocer y actuar, cuando se conectan con el proceso externo de intercambios continuos generados durante una conversación.

Entre dos personas que se encuentran en una terapia, se generan tres conversaciones paralelas y simultáneas: dos conversaciones internas y una externa. Las conversaciones internas sirven a dos propósitos: tratar de las ideas que se intercambiaron y tratar de la participación de la persona en la conversación externa. En el caso del terapeuta, éste habla consigo mismo constantemente sobre cómo puede conectarse a través de una conversación para conseguir nuevas y mejores perspectivas sin que la integridad del cliente se vea amenazada.

Al haber diversos diálogos, es importante que la conversación sea lo suficientemente lenta para que ambos participantes tengan tiempo suficiente para sus conversaciones internas. Esto implica que existan pausas suficientes antes de hablar o actuar para preguntarse qué es lo que el otro quiso decir, y antes de escuchar o sentir para preguntarse si lo que se dijo fue poco o demasiado inusual para el otro (Andersen, 1994).

### **Metas Terapéuticas**

La práctica del equipo reflexivo favorece el cambio como evolución, ampliando las premisas del actuar, el conocer y el sentir de los miembros del sistema. Para esto establece un contexto de libertad para el intercambio de ideas, asegurando la integridad individual de los involucrados. En tales circunstancias surgirán nuevas ideas para conocer, sentir o actuar, o nuevas ideas para utilizar las posibilidades ya existentes en el repertorio de significados y conductas de la persona. Por esta razón es importante que la terapia se organice de manera que los clientes tengan la oportunidad de decir no a la forma, al contenido o al contexto de la conversación (Andersen, 1994).

## **Intervenciones**

### **Organización del equipo reflexivo**

No existe una sola manera de organizar un equipo reflexivo, sino que hay diversas formas, dependiendo de las circunstancias prácticas, y de las preferencias de los participantes. El equipo busca que el cliente (los terapeutas, la familia o ambos) se sienta cómodo con la situación de entrevista y la forma en que participará el equipo reflexivo durante la sesión (Andersen, 1994).

El equipo reflexivo puede utilizarse para una consultoría o también puede participar a lo largo de un proceso terapéutico, de forma intermitente o continua, dependiendo de las expectativas del sistema terapéutico. El número de miembros del equipo reflexivo puede variar, y puede estar ubicado detrás de la cámara de Gesell o mantenerse todo el tiempo dentro del espacio donde se realiza la entrevista con la familia.

### **Aperturas para la conversación en la fase de entrevista**

Quien realiza la entrevista mientras el equipo escucha, requiere considerar, a partir de las respuestas del sistema, las aperturas o temas que utilizará para continuar la conversación. La apertura elegida puede ser una que provoque curiosidad y es importante no seguir aperturas que el propio entrevistador considere desagradables.

Las preguntas demasiado usuales no crean ninguna tensión en los clientes y no producen muchas aperturas para el diálogo. Las preguntas que son apropiadamente inusuales generan una mayor cantidad de aperturas y se detecta un cambio en la actividad de la persona (como ponerse a pensar en serio, cambiar la posición del cuerpo, pasar de una aparente tranquilidad a una leve intranquilidad, etc.), sin que se reduzca el flujo de los intercambios en el diálogo. Algunos ejemplos de este tipo de preguntas son las circulares y las reflexivas, que favorecen el desarrollo de dobles descripciones sobre una situación, nuevas explicaciones sobre dicha situación y reflexiones sobre lo que podría ocurrir si hubiera un cambio en dicha situación.

Las preguntas que son demasiado inusuales también provocan un cambio en la actividad de la persona, pero estos cambios limitan la apertura de la persona debido a que la perturban, y pueden empezar a escuchar con menos atención, desinteresarse, sus respuestas se hacen más breves y espaciadas, se tensan, etc. Incluso el terapeuta puede entrar en un estado de tensión tal que mientras el cliente recibe menos sus preguntas más le obliga a que se las conteste (Andersen, 1994).

### **Posición de escucha del equipo reflexivo**

El entrevistador facilita la conversación de manera totalmente independiente del equipo reflexivo, por lo que éste nunca interrumpe para proponer preguntas o dar consejo. Cada miembro del equipo reflexivo escucha en silencio la conversación y participa en un diálogo interno para buscar nuevas descripciones y explicaciones sobre la situación definida como problemática.

Mientras los miembros del equipo escuchan, reúnen mentalmente las diversas aperturas a medida que éstas surgen, ya sea a través de palabras o expresiones análogas. Suelen seleccionar la apertura que les parece de mayor significación. Si surgiera otra apertura que parece ser aún más importante, uno podría dejar de lado la primera y comenzar a elaborar sobre la nueva. No hay reglas sobre la manera en que cada miembro del equipo debería trabajar una apertura durante la posición de escucha.

Si el equipo reflexivo se encuentra en otra sala, los miembros no discuten acerca de la conversación del sistema porque esto puede limitar la atención del equipo a unas pocas ideas o a una idea central. Si los miembros del equipo no se hablan entre sí mientras escuchan probablemente se les ocurrirán más ideas y éstas podrán ser diferentes (Andersen, 1994).

### **Diálogo externo del equipo reflexivo**

Cuando el entrevistador les solicita sus ideas, los miembros del equipo reflexivo hablan entre sí acerca de sus ideas y preguntas sobre los temas presentados, mientras que los participantes de la entrevista los escuchan. Cada miembro del equipo da su versión sobre los temas en forma especulativa para enfatizar que cada miembro del equipo sólo puede tener su propia versión subjetiva de la situación y que no existe ninguna versión objetiva o final.

En el equipo se omite hablar de todo aquello que haya quedado demostrado en la entrevista que las personas prefieren que no se mencione. Otras reglas consisten en no hacer reflexiones sobre algo que pertenece a un contexto distinto al de la conversación durante la entrevista y no se dan connotaciones negativas.

Las reflexiones a menudo toman la forma de un diálogo, y se hacen preguntas que se responden con más preguntas que quedan sin responder, porque buscan que las personas reflexionen y se planteen nuevas preguntas, en lugar de que la terapia intente imponer sus puntos de vista. Sin embargo, si se considera que el sistema quiere consejo y que sería demasiado inusual no dárselo, se puede discutir de qué manera otro sistema en una situación similar trató de resolver el problema.

Los sentimientos que surgen en el equipo al escuchar la historia se pueden presentar en forma reflexiva, tanto aquellos que surgen del diálogo escuchado como los que resuenan con aspectos de la vida personal.

El equipo reflexivo abre la posibilidad para que los involucrados en la entrevista tengan un diálogo interno a medida que escuchan las versiones que les presenta el equipo, de modo que se puedan hacer nuevas preguntas y generen nuevas distinciones y explicaciones sobre la situación.

Para permitirles a los miembros del sistema que tengan la oportunidad de estar en posición de escucha, los miembros del equipo se miran a los ojos mientras hacen sus reflexiones, pues si los miraran y los incluyeran en su conversación, les quitarían la posibilidad de ver la discusión de los temas desde afuera.

A menudo el equipo reflexivo habla entre cinco o diez minutos, e incluso por un mayor lapso de tiempo. El entrevistador no los interrumpe a menos que las reflexiones se vuelvan tan duras que quienes las escuchan no puedan soportarlas (Andersen, 1994).

### **Diálogo acerca de las reflexiones del equipo**

Cuando el equipo reflexivo terminó de hablar, se cambian las posiciones y el sistema de entrevista habla mientras que el equipo escucha. El entrevistador comienza la discusión con una pregunta abierta: ¿hay algo de lo que han escuchado sobre lo que les gustaría hacer algún comentario, hablar, etc.? Una vez que todos los que quieren hacer comentarios han dado sus ideas, el entrevistador puede favorecer que continúen reflexionando fuera de la sesión (Andersen, 1994).

### **Alcances y limitaciones**

Los Equipos Reflexivos se han utilizado exitosamente con familias que presentan violencia y abuso de menores, en el tratamiento de la psicosis mediante los diálogos abiertos, en casos de pacientes psicósomáticos, en contextos escolares, en el tratamiento de adolescentes delincuentes, en el tratamiento de adolescentes con trastornos alimentarios, y se han aplicado en contextos de consultoría y supervisión (Friedman, 2005). La flexibilidad de esta práctica ha permitido que se utilice en los principales enfoques posmodernos, como la Terapia Narrativa y la Terapia Colaborativa.

Los principios teóricos de esta práctica permiten conectar las ideas de Bateson, del grupo de Milán formado por Boscolo y Cecchin, de Maturana y Varela, así como de Anderson y Goolishian. Pero además de esta integración teórica, el equipo reflexivo favorece el establecimiento de un contexto donde se favorezcan múltiples puntos de vista sin tener que imponer una versión para entender y resolver (o disolver) un problema. Me parece que es una de las prácticas terapéuticas menos iatrogénicas del campo, aunque una limitación posible es que ocurra una situación donde el sistema del cliente solicite un mensaje explícito al terapeuta sobre qué hacer en una situación determinada, desee centrarse en las conductas en lugar de los significados o busque la resolución inmediata de un síntoma. Incluso cuando el terapeuta tiene un rol de agente de control social, tendrá que tomar medidas sin buscar que el sistema determinado por el problema llegue por sí mismo a la disolución del problema.

Sin embargo, me parece que en situaciones complejas que no se limitan a síntomas o patrones interaccionales específicos, puede resultar útil este enfoque que sugiere perspectivas al cliente y le brinda la oportunidad de que tome las decisiones más convenientes para él, evitando caer en la frustrante trampa de obligar a un cliente a que realice lo que se considera que solucionará su problema, pues en ocasiones las intervenciones pueden intensificar el problema o volverlo crónico si no consideran contextos más amplios y tiempos más extensos.

## 1.3.2. Terapia Narrativa

### Antecedentes

El *construccionismo social* genera varias premisas epistemológicas para las Terapias Posmodernas: la realidad no es singular, objetiva o externa, sino que es algo que se construye y puede cambiarse; la experiencia humana y la acción están mediadas por el lenguaje, el medio primario para construir significados; los problemas están identificados dentro de contextos socioculturales y relacionales en vez de existir dentro de los individuos; y la identidad es desarrollada, mantenida y transformada a través de relaciones inmediatas, dentro de una sociedad (Monk y Gehart, 2003).

Entre las premisas principales de la Terapia Narrativa se encuentran (Monk et al., 2003):

- *Registrar eventos a través del tiempo es necesario para percibir la diferencia y el cambio.* Se retoma el concepto de Bateson de la diferencia, que sugiere que para detectar y adquirir nueva información, la gente realiza un proceso de comparación.
- *Las historias determinan el significado otorgado a la experiencia.* Se considera la idea de Bruner, de que las narrativas organizan la experiencia y generan significado.
- *Reconstruir prácticas subyugantes permite el desarrollo de nuevas formas de vida.* Se recurre a Foucault, quien enfatizaba cómo las narrativas personales están subyugadas por el discurso dominante que mantiene el status quo en las relaciones, familias y comunidades. El status quo en las comunidades produce prácticas normalizadas que detienen y disminuyen los esfuerzos de la gente para crear una vida según su diseño. Esto implica que en la Terapia Narrativa se puedan revisar los problemas desde una perspectiva sociopolítica para explorar las prácticas culturales que producen narrativas oprimidas por el discurso dominante.

### Principios Básicos

#### Estructura de las narrativas

Para dar sentido a sus vidas, las personas organizan su experiencia de los acontecimientos en secuencias temporales y crean relatos coherentes de sí mismas y del mundo que las rodea. Los relatos tienen un comienzo, un medio y un fin, y la interpretación de los eventos actuales está determinada tanto por el pasado como moldeada por el futuro.

Las historias están compuestas de panoramas duales: un panorama de la acción y un panorama de la conciencia. El panorama de la acción está constituido por hechos eslabonados en secuencias particulares a través de la dimensión temporal (pasado, presente y futuro) y conformados por tramas específicas. El panorama de la acción

brinda al lector una perspectiva de la temática de los hechos que se desarrollan en el tiempo.

El panorama de la conciencia está principalmente constituido por las interpretaciones de los personajes que aparecen en la narración y también por las interpretaciones del lector cuando penetra, por invitación del autor, en la conciencia de esos personajes. Este panorama comprende los significados dados a los personajes y los lectores al reflexionar en los sucesos y tramas que se desenvuelven en el panorama de la acción.

Dentro del panorama de la conciencia se determinan los deseos y las preferencias de los personajes, se identifican sus cualidades personales, se clarifican sus intenciones y se descubren sus creencias. Al elaborarse en el texto estos deseos, cualidades, intenciones y creencias, se unen para formar compromisos que determinan estilos de vida, fundamentados en las decisiones que se han tomado en el curso de la historia (White, 1994).

### **Narrativas dominantes**

Los relatos o narraciones que viven las personas determinan su interacción y su organización, y la evolución de las vidas y de las relaciones se produce a partir de la representación de tales relatos o narraciones. Al modelar las vidas y las relaciones, las narraciones se vuelven constitutivas. Cabe señalar que la estructuración de una narración requiere de un proceso de selección por medio del cual se deja de lado, aquellos relatos que no encajan con los relatos dominantes que las personas y los demás desarrollan acerca de sí mismas. De este modo, una gran parte de las experiencias vividas queda sin relatar (White y Epston, 1992).

Cuando las personas experimentan un problema, las narraciones dentro de las que relatan su experiencia y/o dentro de las que su experiencia es relatada por otros, no representan suficientemente sus vivencias, sino las narraciones dominantes de sus vidas. En la terapia se pueden generar relatos alternativos a partir de acontecimientos extraordinarios, al margen de la descripción saturada del problema y las historias dominantes, que le permitan crear nuevos significados, más útiles y satisfactorios.

El poder es un elemento constitutivo o determinante de las narraciones de las personas. Por medio del poder se construyen ideas acerca de la naturaleza de las personas y de las relaciones, que se convierten en verdades normalizadoras, en el sentido de que crean normas alrededor de las cuales se incita a las personas a moldear sus vidas. En ocasiones, las personas desarrollan narraciones influidas por estos discursos dominantes o de poder, aunque dichas narraciones no representen suficientemente a su experiencia o estén en contradicción con ella. Entonces las personas son incitadas a realizar acciones que afectan sus vidas y sus relaciones, a fin de someterse y someter a otros a estos discursos dominantes o de verdad (White et al., 1992).

### **Proceso de Entrevista**

En los relatos de las personas, se pueden distinguir saltos entre los tres tiempos (pasado, presente y futuro), ya sean inmediatos o distantes. El terapeuta realiza preguntas que

hagan juego con esta secuencia recursiva y contribuye a la creación de subargumentos al hacer preguntas acerca de desenlaces inesperados en el pasado, presente y futuro posible que van de los pensamientos y sentimientos (panorama de la conciencia o la identidad) a las acciones y los eventos (panorama de la acción), y viceversa. Esto puede caracterizarse como “interrogatorio en zigzag”, un proceso que repite y perfecciona lo que sucede en la vida, a medida que la gente brinda un sentido a su experiencia encajando sus recuerdos en un contexto. Se trata de un proceso dialéctico entre los acontecimientos y un tema o estructura argumental que se comparan para buscar un mejor ajuste, el cual revela un significado integrado en un relato (Payne, 2002).

Se han utilizado dos metáforas para describir el proceso de interrogación en la Terapia Narrativa, tomándolas de la literatura y de la antropología. La metáfora literaria es la de componer, recomponer e historiar. Respondiendo a las preguntas del terapeuta, la persona cuenta y vuelve a contar su relato del yo, incorporando nuevos subargumentos. Así revisa y “re-compone” el relato de sus relaciones con los demás, con su historia y consigo misma.

La metáfora antropológica es la del rito de paso. Respondiendo a las preguntas del terapeuta, la persona atraviesa un rito de tres etapas. La primera es la “separación”: la persona se disocia de las percepciones dominantes de su historia, situación e identidad. La segunda es “límitrofe” o transicional: la confusión inducida por la primera etapa se junta con la conciencia de nuevas posibilidades para el cambio. La tercera etapa es la “reincorporación”: los redescubrimientos y nuevos saberes de la persona son refrendados y reforzados al ser compartidos con personas para ella significativas y al escuchar sus opiniones (Payne, 2002).

## **Metas Terapéuticas**

El objetivo de la Terapia Narrativa es facilitar un proceso de deconstrucción de la identidad de las personas, afectada por las historias dominantes de la cultura que contribuyen a una descripción de sus vidas, saturada por el problema. En un primer momento, la persona se empieza a separar del problema, identificando los efectos que ha tenido sobre su vida. Después logra identificar desenlaces inesperados que contradicen la dominación del problema en su vida y que lo hacen tomar conciencia de elementos que no había percibido de sí mismo y de nuevas posibilidades para su vida. Finalmente estos descubrimientos permiten que la persona genere una nueva narración de sí mismo, lo cual permite crear una identidad diferente, con un sentido de agencia personal, y que favorezca la toma de decisiones más útiles para su vida en el futuro.

## **Intervenciones**

### **Externalización**

Las personas acuden a la terapia con descripciones saturadas del problema, que representan el relato dominante de sus vidas. Mediante la externalización, el terapeuta emplea un lenguaje que transmite implícitamente, que el problema tiene efectos sobre la vida de la persona, en lugar de ser parte de ella. Este lenguaje se utiliza a lo largo de todo el proceso terapéutico, y su objetivo es ayudar a la persona a distanciarse de sus

problemas y a considerarlos como producto de las circunstancias y los procesos interpersonales, no de su personalidad o carácter. Cabe señalar que no se utiliza la técnica para referirse a acciones perjudiciales o abusivas, aunque se pueden externalizar las creencias que justificaban tales acciones (Payne, 2002).

Para favorecer el proceso de externalización, se bautiza el problema, invitando al cliente a que le ponga un nombre específico, por medio de una palabra o una frase corta. El bautizo del problema lo enfatiza y concretiza, además de permitir a la persona sentir que lo controla. Este nombre es elegido en conjunto de manera provisional, y se utiliza hasta que posteriores descripciones permitan escoger un nombre más apropiado y preciso.

### **Preguntas para la deconstrucción**

Se utilizan preguntas para la deconstrucción, que implica explorar los conocimientos implícitos y las formas de pensar inyectadas por la cultura para valorar sus implicaciones y descartarlas si se considera beneficioso. A través de este proceso se puede ser más consciente del grado en el que ciertas “formas de ser y de pensar” moldean la existencia y se alcanza la posibilidad de elegir otras “formas de ser y de pensar”. Estos son algunos tipos de preguntas de deconstrucción (Freedman y Combs, 1996):

- Preguntas sobre la historia de la relación entre la persona y la creencia, la práctica, el sentimiento o la actitud problemática.
- Preguntas acerca de las influencias contextuales en el aspecto problemático.
- Preguntas sobre los efectos o resultados del aspecto problemático.
- Preguntas sobre la interrelación con otras creencias, prácticas, sentimientos o actitudes.
- Preguntas acerca de las tácticas o estrategias del aspecto problemático.

También existen preguntas para deconstruir prácticas de poder, que permiten al terapeuta externalizar los discursos internalizantes. Se basan en la idea de Foucault de que quienes detentan el poder mantienen a los demás en posiciones subordinadas mediante la autovigilancia, que estriba en la adecuación entre las creencias y las acciones, y lo que la sociedad espera de las personas a partir de normas implícitas.

Otro tipo de preguntas sirven para deconstruir las prácticas discursivas, basándose en la idea de que los terapeutas tienen la responsabilidad de ayudar a las personas a adoptar posturas críticas ante los conocimientos expertos de las figuras de autoridad, y la forma en que el lenguaje de las diversas disciplinas reflejan y perpetúan su status de expertos. Asimismo, el terapeuta debe contribuir al examen crítico del proceso de terapia a medida que ocurre preguntando cómo está siendo vivido (Payne, 2002).

### **Preguntas de influencia relativa**

Estas preguntas buscan dos tipos de descripción: la influencia o el efecto que el problema ha tenido y tiene en la vida de la persona; así como la influencia que la persona ha tenido y tiene en la vida del problema. La primera descripción incita a la

elaboración de una nueva descripción externalizada del problema, mientras que la segunda descripción incita a la persona a atender sus logros aislados o desenlaces inesperados, esos eventos que contradicen aspectos de la descripción saturada del problema de la persona (White, 1994).

Esta segunda descripción se favorece por medio de las siguientes preguntas (White, 1994):

- *Preguntas sobre logros aislados.* Incitan a las personas a diferenciar aquellas intenciones y acciones que contradicen su descripción saturada del problema. Las preguntas pueden usarse para que se manifiesten logros aislados situados en la narración histórica de los sucesos, así como logros aislados situados en la interacción de los miembros de la familia y del terapeuta durante la sesión.
- *Preguntas relativas a la explicación única.* Buscan que los miembros de la familia den un sentido al logro aislado, localizándolo dentro de una pauta o clase de sucesos que estén relacionados en el tiempo y el espacio, de manera que se estructuren en un panorama de la acción. Estas preguntas permiten conocer la historia del logro aislado, enfatizarlo como un cambio decisivo y un progreso, e incitan al relato de la historia personal y de las relaciones.
- *Preguntas relativas a la redescrición única.* Estimulan a los miembros de la familia a dar significado a los logros aislados y a las explicaciones únicas mediante la redescrición de sí mismos, de los demás y de sus relaciones. Incitan a los miembros de la familia a operar en el panorama de la conciencia y a hacer que se manifiesten otros conocimientos acerca de sí mismos y de sus relaciones.
- *Preguntas sobre posibilidades únicas.* Buscan que los miembros de la familia especulen sobre el futuro personal y de sus relaciones a partir de sus explicaciones y redescriciones únicas. Alienta la investigación de otras versiones posibles del yo y de sus relaciones, a descubrir qué nuevas metas podrían acompañar estas nuevas descripciones de sí mismo, qué posibilidades futuras brindan estas versiones alternativas y qué pasos específicos se requieren dar para desarrollarlas.

## **Documentos Terapéuticos**

El terapeuta puede utilizar documentos escritos, de su propia autoría o creados por la persona que consulta, para resumir los descubrimientos de la persona y describir su propio progreso, y puede conservarlos para usarlos de nuevo en el futuro o cuando tenga necesidad de ellos. Pueden ser memorándums, cartas, declaraciones, listas, ensayos, contratos o certificados. En ocasiones pueden ser sólo para el uso privado de la persona, a veces los puede compartir con el terapeuta o incluso con otra gente. Sirven para consolidar el progreso porque la palabra escrita es más permanente que la hablada y porque en la sociedad occidental goza de mayor autoridad (Payne, 2002).

## **Testigos Externos**

Esta práctica implica que las personas identifiquen a las personas con quienes les gustaría compartir las narrativas que han deconstruido acerca de sus vidas, en especial sus éxitos recién descubiertos en la lucha con el problema. Este público de testigos externos que reconoce los logros de la persona, puede estar formado por amigos, parientes, compañeros, e incluso por otros terapeutas, y pueden compartir sus propios recuerdos con la persona, no para cuestionar o restar importancia a su relato, sino para reforzarlos con las resonancias que les provoca en sus experiencias personales (Payne, 2002).

## **Reconfirmar membresías**

Las personas pueden apoyarse en los recuerdos de individuos importantes que han perdido: familiares y amigos con los que han dejado de tener contacto o que han fallecido, desconocidos que contribuyeron significativamente a la vida de la persona en alguna ocasión especial, gente famosa cuyos ejemplos de integridad y valor enriquecieron indirectamente a la persona. Con ayuda del terapeuta, la persona invita metafóricamente a esta gente a unirse una vez más a su “club de vida”, a volver a ser miembro de su grupo. También se puede excluir del club de vida a quienes se han comportado en forma violenta o nociva para la persona (Payne, 2002).

## **Alcances y limitaciones**

La Terapia Narrativa permite trabajar con individuos, parejas y familias, y su eficacia ha sido probada en diversos tipos de problemas que corresponden a los diagnósticos del DSM-IV, tales como los problemas de la conducta infantil y del adolescente, los problemas de ansiedad y del estado de ánimo, los problemas psicóticos, los problemas alimentarios, e incluso con problemas de violencia y abuso sexual.

Este enfoque tiene similitudes con el Modelo de Soluciones, en el sentido de que orienta a la persona a que encuentre excepciones o desenlaces inesperados al problema. Sin embargo, va más allá de los patrones de “ver y hacer” del problema, puesto que invita a las personas a externalizar sus problemas, identificar en el panorama de la acción sus logros inesperados e imaginar los efectos de dichos logros en el panorama de la conciencia. El proceso está más centrado en la deconstrucción de las historias dominantes que limitan la identidad, y a generar una nueva narrativa que permita a las personas convertirse en agentes personales de su vida.

Puede promover que el terapeuta asuma el papel de activista sociopolítico al deconstruir sistemas de creencias tales como el género, el poder o la normalidad, en un nivel local. Las posibles limitaciones del enfoque, aunque la postura del terapeuta suele ser muy respetuosa, tienen que ver con el cuidado de la agenda de la persona, quien probablemente no considere necesario conocer la influencia de la cultura en su vida, o quien quizá desee concentrarse más en la desaparición breve de un síntoma que a un proceso terapéutico que emprenda un viaje hacia la búsqueda de un nuevo sentido de identidad. En el nivel ético, resulta importante cuidar que no se externalicen conductas abusivas, y en un nivel práctico, es útil adaptar las preguntas del enfoque al lenguaje de

las personas, así como desarrollar habilidades en el proceso de entrevista en distintos panoramas y tiempos, pues aunque el enfoque tenga una guía de preguntas, el proceso de la entrevista es más complejo que en los Modelos Modernos.

### 1.3.3. Terapia Colaborativa

#### Antecedentes

Este enfoque ha sido influido por la *crítica posmoderna*, que cuestiona las metanarrativas fijas, los discursos privilegiados, las verdades universales, la realidad objetiva y el uso del lenguaje para su representación, y que el conocimiento tenga que ser algo objetivo y fijo para que sea científico. En cambio, el posmodernismo observa al conocimiento como una práctica discursiva; busca una pluralidad de narrativas más locales y contextuales; e invita al análisis de temas como el conocimiento, la verdad, el lenguaje, la historia, la persona y el poder, desde una multiplicidad de enfoques (Anderson, 1999).

Desde esta perspectiva, el conocimiento se vuelve relacional, puesto que se construye socialmente, a través de nuestras experiencias dentro de un contexto. Nos relacionamos con el mundo a través del lenguaje y continuamente interpretamos nuestras experiencias y las interpretaciones de éstas por medio del lenguaje, un elemento generativo que permite la continua evolución y amplificación del conocimiento.

Otra influencia importante ha sido la *hermenéutica*, un enfoque filosófico que se ocupa de la comprensión del significado de los textos o discursos, dentro de un proceso donde influyen los supuestos y las intenciones sobre los intérpretes. La hermenéutica sostiene que no hay un punto de vista único para la comprensión, por lo que siempre es interpretativa, en lugar de verdadera. Cada interpretación es una versión de la verdad, la cual es contextual y se construye a través de la interacción de los participantes (Anderson, 1999).

Interpretando la conversación desde la perspectiva de la hermenéutica, los participantes traen consigo las prácticas lingüísticas en donde están inmersos y los preconocimientos de su pasado, los cuales constituyen su horizonte de comprensión. Dicho horizonte influye y limita sus comprensiones, sus significados y sus interpretaciones. En una conversación, comprender significa que los participantes se sumerjan en el horizonte del otro, en un diálogo activo, un proceso recíproco donde uno se abre al otro. Esto se conoce como fusión de horizontes, y de ella surge una comprensión singular del encuentro que no puede atribuirse a uno u otro participante, sino a la construcción que realizan entre ambos (Anderson, 1999).

Para el *construccionismo social*, el conocimiento también es el producto del intercambio social y su construcción comunal se realiza mediante procesos de *suplementación o acción conjunta*. Estos son procesos recíprocos donde una persona se coordina o responde a las vocalizaciones o acciones de otra, y a través de estos procesos se desarrolla el significado que existe potencialmente. De manera similar a un horizonte de comprensión, cada persona está inmersa en una variedad de otras relaciones, pasadas, presentes o futuras; y los múltiples contextos de dichas relaciones influyen en las

suplementaciones y los significados que se generan en la conversación. En un proceso circular, los significados desarrollados dentro de esta conversación local, tienen la posibilidad de transportarse hacia las relaciones que los participantes tienen en otros contextos (Anderson, 1999).

## **Principios Básicos**

### **Sistemas determinados por problemas**

El enfoque considera que los sistemas humanos son sistemas relacionales donde se generan significados a través del lenguaje. Los problemas y sus significados son realidades construidas socialmente y se sostienen por conductas mutuamente coordinadas en el lenguaje. Un problema tiene diversas definiciones, puesto que cada uno de los miembros del sistema envuelto en ese problema tiene una forma distinta de definirlo, de asumir una postura, o de darle significado. Frecuentemente, la discrepancia entre los múltiples puntos de vista de los miembros del sistema, puede crear realidades enfrentadas (Anderson, 1999).

Cuando se enfrentan realidades, la atención y la energía de los miembros del sistema se centra en proteger sus puntos de vista y en convencer a los demás que sus puntos de vista son equivocados. Con el paso del tiempo, esta competencia puede crear tal divergencia que se dificulta el intercambio de ideas, los puntos de vista se vuelven rígidos y las conversaciones repetitivas. En tales circunstancias, el espacio para el diálogo se reduce y las personas entran en monólogos donde se hablan a sí mismos y se repiten la misma conversación, lo cual provoca que nadie se sienta respetado o escuchado. El intercambio entre los miembros se convierte en una conversación a la que nadie pertenece y con la que nadie está conectado.

El comunicarse acerca de un problema, forma un sistema determinado por un problema, que incluye a cualquier combinación de personas que tengan opiniones acerca del problema y traten de resolverlo, incluyendo al terapeuta. La exploración del problema en el curso de la terapia lleva a su disolución en el lenguaje y favorece que los sistemas que se generaron alrededor del problema, se disipen y surja un nuevo sistema, cuyos miembros pueden o no, ser los mismos. A diferencia de otros enfoques, donde los problemas se resuelven y se hacen cosas para solucionarlos, en la Terapia Colaborativa se considera que la diferencia entre lo que se define como situación problemática o no problemática es una diferencia en la manera de ser o de situarse frente a una situación, y por medio del lenguaje, las personas pueden desplazarse a nuevas posiciones o construir nuevas narrativas (Anderson, 1999).

### **Conversación dialógica**

Este proceso inicia y es guiado por una conversación donde el terapeuta aprende, de manera genuina, atenta, respetuosa y abierta; la experiencia narrada por el cliente. La curiosidad del terapeuta comienza a despertar la del propio cliente, y el terapeuta le invita a unirse a él en una indagación compartida sobre los temas que le preocupan al cliente y transformar la secuencia de preguntar-contar-escuchar. La terapia se hace colaborativa cuando el cliente pertenece a la conversación y participa en ella esforzándose por entender e interpretar junto con el terapeuta. En este contexto, se puede explorar lo no dicho y lo todavía no dicho por el cliente, que incluye tanto a sus

pensamientos aún no hablados como a los aún no formados, y que puede permitir el desarrollo de nuevas descripciones que lo capaciten para afrontar sus situaciones vitales (Anderson, 1999).

La indagación colaborativa sugiere una *intencionalidad* compartida. El terapeuta que participa en el diálogo requiere descubrir la intención de las acciones, pensamientos o enunciados del cliente; interpretándolos junto con él durante la conversación, en lugar de suponer la intención del cliente sin corroborarla. La intención del terapeuta requiere ser compatible con el propósito de la conversación, el cual no está determinado, sino que surge de una continua negociación.

El *proceso dialógico* incluye seis componentes interrelacionados, simultáneos, superpuestos y secuenciales (Anderson, 1999):

1. El terapeuta participa y mantiene un espacio dialógico interno consigo mismo.
2. El terapeuta inicia y mantiene un diálogo externo con el cliente.
3. El cliente participa en un diálogo interno consigo mismo.
4. Los clientes participan en diálogos externos entre sí.
5. El cliente participa en diálogos internos y externos fuera de la terapia.
6. El terapeuta participa en diálogos internos y externos fuera de la terapia.

## **Facilitación del Diálogo**

En este enfoque, el terapeuta participa como un facilitador de un proceso de diálogo de narrativa en primera persona, y promueve que todas las voces sean escuchadas y contribuyan a la conversación. Se asume que los clientes son los expertos en el área del contenido, en las experiencias de vida que los han llevado a la terapia, y se busca que al narrarlas puedan sentir y reconocer sus propias voces, su poder y su agencia personal (Anderson, 1999, 2007).

El terapeuta interviene facilitando el diálogo, para crear la oportunidad de que emerjan nuevos significados, narrativas, conductas y emociones. Busca estimular el diálogo interno (conversaciones silenciosas con uno mismo o con otro imaginario) y el externo (conversaciones en voz alta con otro). El terapeuta es activo pero no directivo, influye constantemente en el cliente y es influido por él en el proceso de la conversación (Anderson, 1999).

## **Metas Terapéuticas**

En el sistema terapéutico, el terapeuta y el cliente deciden conjuntamente cómo participar, definen límites y seleccionan las metas del tratamiento. El terapeuta respeta las ideas de los miembros del sistema acerca de qué es importante hablar para la conversación terapéutica y quién debe ser incluido en ella.

Esta terapia busca encontrar nuevas formas de dialogar acerca de las partes de las historias de los clientes que les preocupan, y crear nuevos significados y comprensiones. Este proceso conjunto permite que el cliente se transforme como narrador y desarrolle un sentido de agencia personal: la habilidad para actuar, sentir y

pensar en una forma que es liberadora, que abre nuevas posibilidades o permite ver que dichas posibilidades existen (Anderson, 1998, 1999).

## **Intervenciones**

### **Escuchar y dar voz al individuo**

Se enfatiza al lenguaje particular de cada miembro de un sistema, ya que cada uno tiene su propia descripción del problema y de su solución, así como su propia descripción del sistema y de la terapia. Se busca mantener la riqueza de las diferencias, en lugar de negociar o lograr un consenso en las definiciones de los problemas o las posibles soluciones. En este sentido, se escucha a un individuo por vez para concentrarse en cada conversación específica, lo cual permite que quien hable no tenga que esforzarse tanto en que el terapeuta entienda o se convenza de su versión, y que quien escuche no requiera interrumpir o corregir lo que el otro diga (Anderson, 1999).

### **Postura de “No Saber”**

El no saber es una actitud y creencia del terapeuta de que no tiene acceso a una información privilegiada, que nunca puede comprender plenamente a otra persona, que necesita mantenerse en un estado constante de ser informado por el otro y de aprender más sobre lo que se ha dicho o puede no haberse dicho (Anderson y Goolishian, 1992).

Al escuchar y responder a la historia de un cliente desde una postura de saber, se busca, con o sin intención, confirmar las propias creencias, prejuicios, expectativas y verdades aprendidas. Una actitud de escucha y respuesta selectiva puede obstaculizar el intercambio dialógico, restringir la amplitud del discurso, provocar un cierre prematuro del relato del cliente y limitar las opciones tanto del cliente como el terapeuta. El terapeuta desde una postura de no saber, está más interesado en lo que el cliente tiene que decir, en lugar de exponer, validar o promover su propio conocimiento o intereses (Anderson, 1999, 2007).

El terapeuta debe ser un experto en no basar sus comprensiones, explicaciones e interpretaciones en experiencias y conocimientos previos. Para esto atiende al desarrollo natural de la historia de su cliente dialogando, aprendiendo el sentido que tienen las cosas para el cliente, no tratando de determinar su causa (Anderson, 1998).

### **Hacer público**

Esto significa estar más dispuesto a revelar, a compartir los diálogos y monólogos internos, los pensamientos, prejuicios, dudas, opiniones y temores; y a aceptar retroalimentación, evaluación y crítica. Implica una mayor exposición como persona ante los clientes.

También implica reflexionar sobre sí mismo para estimular el desarrollo de múltiples voces y perspectivas como terapeuta. Este proceso, junto con mostrarse al otro, permiten al terapeuta y al cliente, tener una mayor flexibilidad para lidiar con múltiples opiniones, a veces conflictivas, sobre las situaciones complejas de los clientes.

Al mismo tiempo, permite expresar las opiniones y participar en situaciones controversiales, sin adoptar posiciones polarizadas (Anderson, 1999, 2007).

### **Preguntas conversacionales**

Las preguntas conversacionales se formulan desde la posición de no saber y surgen de la conversación local. Ayudan a que el cliente cuente, clarifique y amplifique su historia; abren nuevos caminos para explorar lo que se sabe y lo que no se sabe; ayudan a que el terapeuta aprenda sobre lo dicho y lo todavía no dicho, y lo protegen de malentendidos. La tarea del terapeuta es encontrar la pregunta o la herramienta que le permite aprender más sobre el acontecimiento inmediato en el diálogo, y lo que acaba de decir el cliente, es la respuesta para la cual se debe encontrar la pregunta siguiente. Cada pregunta lleva a una elaboración de las descripciones y explicaciones, invitando al cliente a hablar con el terapeuta en un proceso dialógico de indagación compartida (Anderson, 1998, 1999).

Este tipo de preguntas se alejan de la práctica tradicional de hacer preguntas basadas en una metodología, o generadas por técnicas preestablecidas para recoger datos o validar hipótesis, las cuales se conocen como preguntas condicionales, y se caracterizan porque se cree tener una respuesta para ellas antes de formularlas. Se basan en el saber previo, en la búsqueda de ciertas respuestas o en la verificación de los supuestos del terapeuta, y puede favorecer que el terapeuta pierda contacto con las experiencias del cliente y con las suyas (Anderson et al., 1992).

En este enfoque, no hay una guía de preguntas, cada pregunta resulta de un intento de entender lo que acaba de ser dicho y lo no dicho, cada una es un elemento del proceso dialógico y su utilidad depende del grado en que permiten sumergirse en el mundo del cliente e invitarlo a participar en un proceso de indagación compartida. Sin embargo, se sugiere que las preguntas sean formuladas en forma tentativa, en un lenguaje de sentido común y en sincronía con el tiempo del cliente (Anderson, 1999).

### **Alcances y limitaciones**

La Terapia Colaborativa ofrece un marco conceptual, desde la hermenéutica y el construccionismo social, que permite comprender desde una lente posmoderna cómo se genera la transformación de las personas mediante la conversación, al mismo tiempo que rescata elementos fundamentales en todas las terapias: la relación que el terapeuta establece con la persona y la postura filosófica que asume tanto para relacionarse y facilitar el proceso de la conversación, dejando al otro que se convierta en el experto de los contenidos.

El enfoque se centra más en la manera de ser frente al problema que en lo que se hace con el problema, ya que considera que los problemas se crean y se disuelven en el lenguaje, y que la transformación de las personas a través de la terapia tiene que ver con asumir posturas diferentes y promover el diálogo interno y externo que incluye múltiples perspectivas acerca del problema. De manera similar al grupo de Milán II y a los equipos reflexivos, el sistema del problema está integrado por aquellos que hablan acerca del problema y hacen algo para resolverlo, lo cual permite incluir a elementos externos a la familia que influyen en el mantenimiento del problema.

Las prácticas colaborativas han tenido efectos positivos en diversos problemas, como los problemas psiquiátricos, los problemas de la conducta alimentaria, o las numerosas complejidades que se presentan en las relaciones familiares. El ámbito de su aplicación se ha ampliado a la educación, la supervisión y la consultoría, la investigación, el desarrollo de programas comunitarios, la colaboración entre diversos tratamientos o agencias, y además de las instituciones educativas y de salud, se ha llevado a las organizaciones públicas y privadas.

Una crítica constante al enfoque es que parece que el terapeuta no hace nada o la aparente vaguedad de sus técnicas y objetivos terapéuticos. Sin embargo, el enfoque ha sido visto desde la perspectiva de las terapias intervencionistas, cuando es una forma de hacer terapia que se centra en facilitar un proceso conversacional para que la persona tome las decisiones que le permitan salir de sus dilemas de la mejor manera posible para ella, y no busca realizar intervenciones para resolver un problema.

## 1.4. Análisis Comparativo de los Enfoques Terapéuticos

Los diferentes modelos, prácticas y terapias del campo de la Terapia Familiar tienen diversas influencias, tanto convergentes como divergentes (Tabla 7):

Tabla 7. Principales Influencias de los Enfoques de la Terapia Familiar.

<i>Enfoque</i>	<i>Influencias teóricas y prácticas</i>
<i>Modelos Sistémicos</i>	Comparten las influencias de la Teoría de Sistemas y la Teoría de la Comunicación Humana.
Modelo Estructural	Como influencias conceptuales está la Cibernética de Primer Orden, la perspectiva sociológica de la familia e incluye prácticas del Modelo Estratégico.
Modelo Estratégico	Al inicio también es influido por la Cibernética de Primer Orden, pone un mayor énfasis en la comunicación paradójica y retoma prácticas del Modelo Estructural y de la Terapia Ericksoniana.
Modelo de Terapia Breve (MRI)	Teóricamente es influido por la cibernética de segundo orden y el constructivismo radical (principalmente de Glaserfeld y Foerster), y en la práctica por la Terapia Ericksoniana y el Modelo Estratégico.
Milán I (Grupo de Selvini-Palazzoli)	Al inicio fue influido por el Modelo Estratégico y Breve, así como por la cibernética de primer orden. Antes de la ruptura reinterpretan la noción de diferencia de Bateson para desarrollar el cuestionamiento circular, y en el trabajo con juegos evolucionan para incluir elementos del psicoanálisis y de la teoría del apego.
<i>Modelos en Transición</i>	Incluyen elementos de los Modelos Sistémicos y de las Terapias Posmodernas.
Milán II (Grupo de Boscolo y Cecchin)	Fue influido por la cibernética del segundo orden, conceptos del constructivismo radical como el determinismo estructural y la interacción no instructiva (de Maturana y Varela), los sistemas en co-evolución y la noción de sistemas de significados.
Soluciones	Fue influido por el Modelo de Terapia Breve y por ideas del construccionismo social, como la construcción de realidades terapéuticas orientadas a las soluciones y los recursos.

<i>Prácticas Posmodernas</i>	Son influenciadas por la crítica posmoderna, pero no son terapias, sino prácticas a las que se puede recurrir en los procesos terapéuticos.
Equipos Reflexivos	Retoman la cibernética del segundo orden, las ideas de Maturana y Varela, así como la noción de sistemas de significados, que tiene similitudes con los sistemas determinados por problemas.
<i>Terapias Posmodernas</i>	Mantienen la perspectiva de la cibernética de segundo orden e incluyen elementos de la crítica posmoderna al conocimiento y al lenguaje, entre los que destacan el construccionismo social, la hermenéutica y la metáfora narrativa.
Terapia Narrativa	Pone mayor énfasis en las ideas de Bruner sobre la narrativa y los discursos de poder de Foucault. En la práctica retoma a los equipos reflexivos.
Terapia Colaborativa	Pone mayor énfasis en las ideas de Gergen sobre el construccionismo social y en la hermenéutica. En la práctica retoma a los equipos reflexivos.

En la práctica, la aplicación de los diversos enfoques requiere que el terapeuta establezca un encuadre terapéutico; reflexione constantemente sobre su sentir, su pensar y su actuar; que desarrolle una escucha activa; que sea empático y pueda establecer una alianza terapéutica con el cliente; que se centre principalmente en el proceso; que respete los tiempos del cliente y pueda apoyarlo cuando requiera contención emocional; y que desarrolle su propio estilo, entre otras muchas cosas. Sin embargo, el terapeuta requiere desarrollar las habilidades propias de cada enfoque, los cuales difieren en aspectos como lo que se va a evaluar, el tiempo del tratamiento, el tipo de objetivos, la definición del cliente y la forma en que participará, el tipo de intervenciones. En la Tabla 8 aparece un cuadro comparativo de los enfoques, respecto a lo que el terapeuta trata de observar, la forma en que busca participar en el proceso y el tipo de intervenciones que puede realizar.

Tabla 8. Comparación de los diferentes Enfoques de Terapia Familiar.

MODELOS SISTEMICOS			
<i>Modelo, Práctica o Terapia</i>	<i>¿Qué trata de observar principalmente?</i>	<i>¿Qué intenta el terapeuta en el proceso?</i>	<i>¿Cuáles son sus formas de intervenir más importantes?</i>
Estructural	Estructura Familiar	Coparticipar con la familia para modificar su estructura	Técnicas para reencuadrar y reestructurar
Estratégico	Patrones interaccionales disfuncionales	Controlar la terapia y resolver un problema definido en términos concretos	Directivas, paradojas y técnicas ericksonianas
Breve (MRI)	Soluciones intentadas	Mantener la capacidad de maniobra y persuadir al cliente para que cumpla con las directivas	Prescripciones, paradojas y reencuadres

Milán I	Juegos Familiares	Interrumpir el juego familiar para que surjan nuevos patrones relacionales	Preguntas circulares, método paradójico, prescripción invariable y revelación del juego familiar
<b>MODELOS DE TRANSICION</b>			
Milán II	Sistemas de significados	Ser neutral asumiendo una postura de curiosidad y buscar que los miembros de la familia perciban nueva información	Preguntas circulares y reflexivas
Soluciones	Excepciones al problema y patrones de solución	Centrar la conversación en las excepciones al problema y su solución	Preguntas sobre excepciones y preguntas de fórmula
<b>PRACTICAS POSMODERNAS</b>			
Equipos Reflexivos	Sistemas de significados	Favorecer que se produzcan nuevos significados sobre el problema y las personas	Escuchar y brindar perspectivas diferentes sobre las situaciones
<b>TERAPIAS POSMODERNAS</b>			
Narrativa	Narrativas de las personas sobre el problema y los efectos en su vida (en el panorama de la acción y de la conciencia)	Favorecer la deconstrucción de narrativas y el desarrollo de un sentido de agencia personal	Externalización preguntas de influencia relativa, uso de documentos, ceremonias y equipos reflexivos
Colaborativa	Sistemas determinados por problemas	Asumir una postura de no saber y facilitar el proceso de diálogo para que el problema se disuelva	Preguntas conversacionales, uso de equipos reflexivos

### III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

#### 1. Introducción

Durante la Residencia en Terapia Familiar, el Maltrato Infantil se presentó como una problemática recurrente. La perspectiva sistémica fue útil para los casos en los que era necesario detener el maltrato, mientras que la perspectiva posmoderna fue eficaz al enfocarse en sus efectos sobre el niño y su familia. A continuación aparece un panorama general acerca del maltrato, así como algunas aproximaciones al estudio del maltrato psicológico y físico desde el campo de la Terapia Familiar.

#### Maltrato Infantil

El Maltrato Infantil es una de las formas principales de manifestación de la violencia intrafamiliar y en las últimas décadas, diversos organismos internacionales han promovido la implementación de políticas para atender este problema. El maltrato infantil puede definirse como cualquier acción voluntariamente realizada que dañe o pueda dañar física, psíquica o sexualmente a un menor, o cualquier omisión que lo prive de la atención necesaria para su bienestar y desarrollo (Farnós y Sanmartín, 1998).

El Maltrato Infantil se clasifica en las siguientes categorías (Farnós et al., 1998):

a) *Maltrato físico*. Consiste en cualquier acción de un familiar, voluntariamente realizada, que provoque o pueda provocar daño físico al menor. Implica actos tales como dar golpes con las manos o con objetos, producir quemaduras con cigarrillos, agua hirviendo, etc.; dar patadas, morder, provocar dislocaciones o torceduras, estrangular o asfixiar, inflingir heridas con objetos punzantes, etc.

b) *Maltrato psicológico o emocional*. Consiste en cualquier acción de un familiar, voluntariamente realizada, que provoque o pueda provocar daño emocional al menor. Implica actos como ignorar al niño, rechazarlo expresa o sutilmente, aterrorizarlo, degradarlo a través de insultos o humillaciones, ridiculizarlo o avergonzarlo, someterlo a la observación de actos crueles, presenciar violencia de pareja, aislarlo impidiendo que se relacione con otros niños o adultos, etc.

c) *Abuso sexual*. Consiste en cualquier acción de un familiar que involucre o permita involucrar a un menor en actividades de tipo sexual. Estas acciones se pueden dar con o sin contacto físico e incluyen incesto, estimulación sexual (tocamientos, masturbación, etc.), vejaciones, violación, exhibicionismo, explotación sexual, pornografía infantil, etc.

d) *Negligencia*. Consiste en cualquier omisión por la que un familiar prive al niño de la supervisión o atención necesaria para su desarrollo y bienestar, por lo que sus necesidades físicas y cognitivas básicas (alimentación, vestido, higiene, salud, escolarización, supervisión, estimulación, etc.) no se satisfacen. La

negligencia tiende a presentarse junto con el abandono emocional, ya que las necesidades afectivas del menor se desatienden.

Para desarrollar una tipología del maltrato, se pueden distinguir las interacciones y/o conversaciones maltratadoras en activas y pasivas, así como en visibles e invisibles. Las interacciones activas se refieren a los comportamientos y discursos que implican el uso de la fuerza física, sexual y/o psicológica, que por su intensidad y frecuencia provocan daños en los niños. Dichas interacciones pueden agruparse en el maltrato activo, que incluye al maltrato físico, el abuso sexual y el maltrato psicológico, los cuales difieren respecto a su visibilidad. En contraste, el maltrato pasivo se refiere a la omisión de intervenciones y/o de discursos necesarios para asegurar el bienestar de los niños. Incluye a las situaciones de negligencia y abandono (Barudy, 1998).

## **Factores de Riesgo**

Se han identificado diversos tipos de factores de riesgo para el Maltrato Infantil. A nivel individual, se han encontrado factores en la víctima, como la edad, la presencia de enfermedades o discapacidades y problemas de conducta; y factores en el agresor, como la hiperreactividad fisiológica ante situaciones estresantes, problemas de salud física y/o mental; dificultades en el procesamiento de la información, falta de habilidades en la crianza de los hijos y en el afrontamiento de situaciones estresantes; así como afectividad negativa, falta de empatía y baja autoestima (Farnós et al., 1998).

También se han identificado factores familiares, sociales y culturales (Corsi, 2003):

- a) Factores de riesgo con eficacia causal primaria.
  - Pautas culturales que definen a los niños como posesión de sus padres.
  - Aprendizaje de la violencia en la familia de origen por parte de los padres.
  - Uso del castigo como método pedagógico en el sistema educativo.
  - Violencia conyugal y/o historia de disarmonía y rupturas familiares.
  - Aislamiento social.
  - Fallas en el sistema de planificación familiar.
  - Ausencia de modelos positivos para el aprendizaje de la maternidad y la paternidad.
- b) Factores de riesgo asociados que incrementan la probabilidad.
  - Factores estresantes (económicos, laborales, maritales).
  - Falta de soporte familiar y social.
  - Uso de alcohol y/o drogas.
- c) Factores que contribuyen a la perpetuación del problema.
  - Falta de capacitación del personal de salud y educación para la detección de los casos.
  - Ausencia de redes comunitarias de apoyo.

## **Efectos del Maltrato Infantil**

El Maltrato Infantil conlleva un daño real o potencial hacia la integridad física o psicológica del niño. Este daño puede ser de diversa índole y con efectos a corto o a largo plazo, dependiendo de factores tales como la naturaleza del maltrato, su gravedad y frecuencia, la existencia de factores protectores, etc. Los indicadores de que el niño sufre maltrato se manifiestan a través de problemas de conducta y alteraciones emocionales que impiden un funcionamiento adecuado en sus roles básicos, principalmente en la familia, en la escuela y en las relaciones sociales.

La mayoría de los niños maltratados sufren varias formas de abuso en su familia, por lo que es difícil demostrar qué síntoma concreto es el resultado de un tipo particular de maltrato. Sin embargo, los distintos tipos de maltrato pueden tener una serie de efectos comunes sobre el desarrollo. En la infancia y la niñez temprana, pueden generar un vínculo de apego inseguro, así como retrasos en el desarrollo cognitivo y lingüístico. Durante la niñez media y tardía, se presentan problemas de rendimiento escolar, problemas del estado de ánimo (ansiedad, depresión, baja autoestima), problemas de conducta y problemas de relación con los compañeros, así como ira, hostilidad y aislamiento. Este tipo de dificultades pueden continuar hasta la adolescencia y la etapa adulta derivando en problemas de afrontamiento e incluso trastornos de personalidad, aunque el maltrato físico, el abuso sexual y la negligencia tienden a asociarse a conductas adictivas y comportamientos delictivos o de alto riesgo (y en el caso del abuso sexual hay un mayor riesgo de problemas en el área sexual y de conductas autolesivas). Cabe señalar que los diversos tipos de maltrato difieren en sus indicadores, así como en las manifestaciones y las quejas somáticas de las víctimas (Farnós et al., 1998).

## **Situación del Maltrato Infantil en México**

De acuerdo con la Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados (Villatoro et al., 2006), el maltrato emocional es el que más se presenta, tanto en hombres como en mujeres, seguido por el maltrato físico y físico severo. Estos resultados van en contra de la creencia cultural de que a las mujeres se les tiende a maltratar más emocionalmente, mientras que a los hombres, por su constitución física, se les maltrata más físicamente.

Un dato curioso es que en todos los estados donde se realizó la encuesta, las madres fueron las que más maltrataban en comparación con el papá. Esto quizá no sólo se deba a que son quienes pasan más tiempo conviviendo con sus hijos, sino al cambio del rol de la mujer en la sociedad ya que tiene que trabajar y al mismo tiempo cumplir con las responsabilidades dentro del hogar, lo cual puede generar mayores niveles de estrés en la mujer y reducir la tolerancia hacia sus hijos.

En el caso del abuso sexual, la prevalencia es mayor en las mujeres, y se favorece cuando existe poca convivencia con la madre y mucha convivencia con el padre. Esto se relaciona con los discursos de poder de nuestra cultura, como el del control del hombre sobre la mujer en diversas áreas, entre las cuales se encuentra la sexualidad. También cabe señalar que en la familia conformada por madre y padrastro, se presenta mayor abuso sexual.

Respecto a la negligencia y al abandono, un factor de riesgo es una mayor convivencia con el padre y una poca convivencia con la madre, pues aunque el padre esté mayor tiempo con su hijo, le resulta más difícil satisfacer sus necesidades. Esto señala la importancia de que ambos padres se involucren equitativamente en la educación de sus hijos, lo cual es obstaculizado por el sistema de género.

A continuación aparece la perspectiva sistémica sobre el maltrato psicológico y maltrato físico, los tipos de maltrato que se presentaron en los casos atendidos.

### **Dinámicas Familiares en el Maltrato Psicológico**

La Terapia Familiar Sistémica ofrece una perspectiva distinta para comprender las diversas modalidades de maltrato. En el caso del maltrato psicológico, éste puede diferenciarse según la presencia o la ausencia de un contexto relacional triangulado. La *triangulación* implica la incorporación de los hijos o de alguno de ellos, en el juego relacional de los padres mediante una coalición transgeneracional. Los padres, o uno de ellos, pueden incitar al hijo a entrar en el juego mediante la seducción, la amenaza, el premio, el castigo, el soborno, la desorientación, etc. Sin embargo, para que la triangulación se produzca se requieren dos condiciones relacionales básicas: una *conyugalidad disarmónica* (la presencia de un conflicto conyugal activo y operante) y una *parentalidad primariamente conservada* (lo cual supone un interés directo de los padres por los hijos). En esta situación, el conflicto conyugal afecta secundariamente a la parentalidad, ya que la utilización de los hijos en beneficio del padre se vuelve más importante que la atención de las necesidades de los hijos (Linares, 2002).

El *maltrato psicológico con triangulación* se presenta en diversas formas. Se realizan triangulaciones desconfirmadoras como en las familias con juegos psicóticos o triangulaciones manipulatorias, que sean asociado con trastornos obsesivos, fóbicos y del estado de ánimo, donde el hijo asume en forma explícita una relación privilegiada con uno de sus padres y puede establecer una relación hostil o distante con el padre excluido, lo cual afecta su desarrollo individual por estar implicado en el conflicto de la pareja. Otros ejemplos de triangulaciones son las equívocas, asociadas con el trastorno límite de la personalidad, cuando ninguno de los padres trata de satisfacer las necesidades relacionales del hijo; o las complementarias, como en los casos de abuso sexual, donde el padre no intenta coligarse con su hijo en contra de su pareja, sino establecer una relación de explotación donde pueda satisfacer sus necesidades sexuales y afectivas (Linares, 2002).

Otro tipo de maltrato psicológico es el *deprivador*, que se presenta cuando existe una conyugalidad armoniosa y la parentalidad se encuentra deteriorada primariamente, donde los hijos no constituyen la prioridad de los padres, quienes se ocupan preferentemente de satisfacer sus propias necesidades, ya sea individuales o de pareja.

En este contexto donde no hay triangulación, el maltrato va a seguir cursos distintos según lo que ocurra con la sociabilización. Cuando la actitud desinteresada y poco valorativa de los padres genera un patrón exitoso de alta exigencia, es frecuente que el resultado sea una *hipersociabilización*, con una transmisión de normas y responsabilidades que genera sentimientos de culpa, lo cual se asocia con trastornos del estado de ánimo. En el caso contrario, si el desinterés y el rechazo tiene una forma

aparentemente *hiperprotectora*, la sociabilización puede fracasar propiciando desadaptación social (Linares, 2002).

Un tipo distinto de maltrato psicológico no triangulado es el *caótico*, donde se combinan la conyugalidad disarmónica con la parentalidad primariamente deteriorada, y es característico de las familias multiproblemáticas. La triangulación no se presenta por la escasa implicación de los padres con sus hijos, quienes son abandonados mientras los padres persisten en su conflicto.

Como no suele haber casos puros de maltrato, predominan las formas mixtas o múltiples. Linares (2002) considera que el maltrato físico y el maltrato sexual se asocian a situaciones de maltrato psicológico con triangulación; la desprotección o violencia pasiva se relaciona con el maltrato psicológico con privación, mientras que la negligencia coincide el maltrato psicológico con caotización.

### **Dinámicas Familiares en el Maltrato Físico**

Las investigaciones del Grupo de Milán han distinguido entre dos tipos de juegos en las familias que maltratan (Cirillo y Di Blasio, 1991):

a) *La incapacidad de los padres como mensaje.*

En este juego, el papel del niño es mucho más pasivo. El padre que maltrata o descuida se presenta como incapaz de hacer frente al deber de criar y atender a los hijos. Se puede asignar al maltrato un significado de reclamo frente a un pariente (que puede ser la pareja o el progenitor), quien se muestra desinteresado hacia el padre que maltrata.

b) *El maltrato del chivo expiatorio.*

Aquí los hijos son utilizados activamente para mantener el juego. Generalmente un hijo específico es objeto de maltrato físico y psicológico (más que de negligencia) y refuerza con su comportamiento los mecanismos que desencadenan la violencia.

Cirillo y Di Blasio (1991) han desarrollado una secuencia de etapas que caracteriza principalmente al maltrato físico, que parece ocurrir en los juegos de chivo expiatorio:

1. *El conflicto de pareja.*

Existe un conflicto conyugal explícito, donde un miembro de la pareja se opone en forma constante al otro. Están dominados por la imposibilidad de estar juntos o de separarse.

2. *La inclinación de los hijos.*

Los hijos empiezan a aliarse con el padre que consideran como víctima.

3. *La coalición activa del hijo.*

El hijo empieza a actuar en defensa de uno de los padres contra el otro, dirigiendo su propia hostilidad. Empieza a desarrollar una serie de reacciones emotivas y de comportamientos en forma selectiva, instigado por la víctima contra el padre aparentemente dominante.

4. *La instrumentalización de las respuestas del niño.*

Como los padres no relacionan las respuestas del niño con el conflicto de pareja, perciben la rabia y la agresividad como signos de rebelión y desobediencia que deben castigar. Al mismo tiempo, se acusan recíprocamente de incompetentes. Por lo tanto, el conflicto de pareja se convierte en un problema educativo donde cada uno asume un rol estereotipado que descalifica al otro. En este momento, el niño se siente traicionado por sentirse instrumento de la lucha entre sus padres y reacciona con hostilidad hacia ambos padres indistintamente, con lo que se convierte en víctima e instigador de la violencia.

Otra manera de conceptualizar la violencia entre adultos y entre padres e hijos es mediante las categorías de (Perrone y Nannini, 1997):

- a) *Violencia agresión.* Se da en relaciones simétricas y de igualdad. Se manifiesta como una agresión mutua entre dos miembros que tienen un mismo status de fuerza y de poder. Cuando se presenta entre niños y adultos, suele ocurrir que el niño reciba una paliza pero no se somete, sino que mantiene su oposición y desafío, y pese a su edad hace frente como un adulto. A la inversa, también puede ocurrir que el adulto baje a la posición de niño e intercambie en un nivel igualitario. En ambos casos, la agresión se detiene mediante una pausa complementaria, donde aparecen los sentimientos de culpa, que derivan en actos reparatorios que los desresponsabilizan de la violencia y permiten reanudarla. Sin embargo, en este tipo de violencia se preservan la identidad y la autoestima porque el otro es reconocido.
- b) *Violencia castigo.* Se presenta en relaciones complementarias y desiguales. La violencia se da en forma unidireccional y el que la actúa se define como superior al otro, quien por lo general lo acepta. En el caso de un adulto contra un niño, hay castigos que provocan distintos tipos de lesiones, además de que existe una privación de afecto y cuidados. En este tipo de violencia no hay pausa y se mantiene secreta, y principalmente está afectada la identidad y la autoestima de la persona en posición baja, a quien se le niega el derecho a ser otro.

El niño que ha sido maltratado físicamente generalmente elige entre dos alternativas para adaptarse a la situación (Barudy, 1998):

- a) *Comportamientos de obediencia extrema.* Se vuelve extremadamente pasivo, obediente y poco exigente, casi invisible, para tratar de pasar desapercibido y evitar todo riesgo de confrontación susceptible de provocar un episodio de violencia. Parece presentarse más frecuentemente en situaciones de violencia castigo.
- b) *Identificación con el agresor.* Consiste en adoptar el personaje de niño malo, justificando así los golpes y castigos que recibe, presentando comportamientos extremadamente difíciles, provocadores y coléricos con sus padres. Además se puede mostrar violento fuera de la familia. Cabe señalar que este mecanismo puede ser más representativo de situaciones de violencia agresión y juegos de chivo expiatorio.



Durante su noviazgo, ambos tenían celos y temores de infidelidad, ya que cada uno tenía pretendientes. En el primer trimestre del embarazo, Ileana vio en el celular de Jorge unos mensajes que le hicieron dudar nuevamente de su fidelidad, y posteriormente recibió llamadas telefónicas donde nadie contestaba. Esto tenía un mayor impacto en Irma porque Jorge le había confesado tener relaciones extramaritales al final de su anterior matrimonio. Poco antes de llegar a terapia, Ileana encontró en la computadora archivos donde había contactos con hombres de orientación homosexual, lo que provocó un episodio de violencia verbal y física.

### **Diagnóstico de la violencia en la pareja**

La pareja presenta una pauta de *violencia agresión* o de tipo simétrico. Tienen un consenso implícito rígido sobre la forma en que se presentará el ritual de la violencia. Generalmente se producen las agresiones físicas dentro del hogar, sin la presencia de terceros, cuando regresan a casa o antes de irse a acostar. El tema que genera estas disputas se relaciona con la infidelidad y la supuesta homosexualidad de Jorge, y algunas situaciones que provocan estrés en la pareja tienen que ver con llegar tarde o no contestar el celular.

Se han identificado algunas salidas de evitación de la violencia en la pareja, como la utilización de un síntoma somático por parte de Ileana, abandonar el hogar, o las amenazas de separación de Jorge hacia Ileana. Cabe señalar que la pareja no ha desarrollado estrategias de resolución de la violencia, y que *maltrata psicológicamente* a su hija al exponerla a los episodios de violencia verbal y al *triangularla en forma manipulatoria* cuando cada uno le dice cosas negativas a la hija sobre su padre o madre (Perrone et al., 1997).

### **Proceso de Terapia de Pareja**

La Terapia de Pareja tuvo una duración de siete sesiones. Se plantearon como objetivos detener la violencia en la pareja y dejar de triangular a su hija en el conflicto conyugal. De acuerdo con el protocolo de Perrone et al. (1997) para la violencia agresión, se realizó el diagnóstico del tipo de violencia, se transmitió el significado de la ley y la terapia funcionó como reguladora de la pareja. Sin embargo, el proceso de la terapia se vio afectado por la dificultad para bloquear las descalificaciones constantes en algunas sesiones y los episodios de luna de miel que ocurrían tras las amenazas de separación o las somatizaciones de Ileana. Esta *pausa complementaria* de la pareja llevaba a una reconciliación falsa y desculpabilizante, por lo que dicha pausa debía ser bloqueada prohibiendo las reparaciones inmediatas que anulan la gravedad de la violencia y favorecen el olvido y la repetición. Cabe señalar que otro elemento que afectó el proceso fue la dificultad para establecer una alianza con la pareja, pues cada miembro pensaba que sólo el otro debía cambiar y no había un reconocimiento mutuo del sufrimiento provocado.

### **Proceso de Terapia Individual**

Ileana continuó con la Terapia en forma Individual, ya que se mostraba ambivalente acerca de mantenerse en el matrimonio. Se desarrolló un proceso terapéutico de doce sesiones, principalmente bajo el marco del *Modelo de Soluciones* y se incluyeron elementos de las *Terapias Posmodernas*.

Para *detener la violencia*, se sugirió a Ileana que utilizara mecanismos de evitación como el *tiempo fuera*. También se utilizaron *preguntas sobre sus propios recursos*, para identificar lo que Ileana ha hecho para no pelear con Jorge, como ir a tomar un café con una amiga o salir a fumar. Ileana logró utilizar estos mecanismos y reportó que habían disminuido los conflictos con Jorge y que habían dejado de discutir frente a su hija y de involucrarla en sus conflictos.

Otro tipo de preguntas para identificar recursos exploraban lo que Ileana hacía en otros contextos, como el trabajo, para poner límites a sus compañeros sin tener que agredir, de manera que pudiera utilizar esta habilidad en su relación de pareja. También se realizaron *preguntas para prevenir la recaída* (ej. ¿qué tendrías que hacer para empeorar el problema?), donde Ileana identificaba las cosas que hacía para agravar el conflicto con su esposo, como insultarlo o decir cosas que sabía que lo herían, golpearlo, hacerle creer que sus acusaciones de tener un amante eran ciertas, burlarse de él cuando se mostraba celoso, etc.

Conforme continuaban los logros de Ileana en la interrupción de la violencia, se realizaron *preguntas hipotéticas* acerca de lo que diría en una conferencia para mujeres que se encuentran en una relación violenta, para que Ileana pudiera internalizar las herramientas que había utilizado, como tomarse un tiempo fuera, bajar el tono de voz, no contestar la agresión, metacomunicarse y esperar a expresar su malestar en forma asertiva en un momento de mayor calma. Para reforzar estos logros se hicieron preguntas sobre lo que dirían personas significativas para ella, como sus padres y amigos al ver que era capaz de hacerse responsable de sus conductas violentas, lo cual favoreció que Ileana pudiera reconocer sus logros y modificar la imagen que tenía de sí misma.

Ileana consideraba que había realizado estos cambios como un compromiso con su hija y consigo misma, ya que había buscado establecer una buena relación parental con Jorge, aunque no consideraba estar lista para la relación conyugal, por lo que evitaba tener relaciones sexuales con su esposo. Esto tuvo consecuencias en la relación de pareja y se invirtieron los roles, ya que Jorge se empezó a comprometer menos en la relación parental, desconfiaba de la fidelidad de Ileana y volvió a triangular a su hija contra ella, además de que empezó a llegar tarde a casa. Ocurrió un nuevo episodio de violencia física y verbal, e Ileana planteó la posibilidad de una separación.

En este momento de la terapia se brindó una mayor *contención emocional* a Ileana y se *exploraron las posibilidades de acción* ante la situación. Se realizó un *equipo reflexivo* donde se dialogó sobre el dolor de la separación y la necesidad de protegerse a sí mismo y a los hijos.

Ileana decidió hablar con algunos miembros de su familia para solicitar apoyo en caso de separarse, pero eligió continuar con su esposo. Se realizaron *preguntas sobre los acuerdos* que serían necesarios para la relación en el aspecto parental, así como los acuerdos que se requerían para evitar malentendidos y conflictos en el aspecto conyugal. Un nuevo equipo reflexivo dialogó sobre la dificultad de tomar decisiones ante la ambivalencia, la posibilidad de realizar acciones concretas en la vida cotidiana para protegerse y la posibilidad de decidir lo que se puede aceptar en una pareja y lo que no se desea permitir.

Posteriormente se realizaron *preguntas acerca del futuro*, sobre cómo se vería cuando se sintiera mejor y no requiriera acudir a terapia, además de cómo se darían cuenta los demás de esto. Habló principalmente de logros como graduarse de la universidad y conseguir un trabajo, y se identificaron junto con Ileana, las cosas que está realizando para lograrlas, como el aprovechamiento de sus redes sociales. Acerca de la relación con su esposo, señaló que aún estaba ambivalente y prefería dejar en claro que sólo deseaba una relación parental.

En la primera sesión de seguimiento, Ileana comentó que había continuado con los objetivos que se había propuesto para realizar sus metas profesionales, había mejorado en la cuestión de los límites con su hija, había podido trabajar bien en el equipo parental con su esposo, y aunque él se encontraba molesto porque no se reestablecía la conyugalidad, habían mejorado en la forma de manejar los conflictos y habían tenido más interacciones positivas que abrían la posibilidad de regresar como pareja.

En la segunda sesión de seguimiento se realizó el cierre del proceso. Se hicieron preguntas para que Ileana *comparara entre el momento que llegó a terapia y el momento actual*, preguntas para que *identificara sus logros* durante la terapia, acerca de *cómo se percibía a sí misma y qué se imaginaba que sucedería en el futuro si se mantenían estos cambios*. Se realizó un equipo reflexivo donde se habló acerca de los logros de Ileana durante el proceso y de los retos a futuro. Los terapeutas se despidieron de la paciente y le agradecieron por lo que aprendieron de ella en la terapia.

## **Cambios del cliente**

Al final del proceso terapéutico se observaron los siguientes cambios:

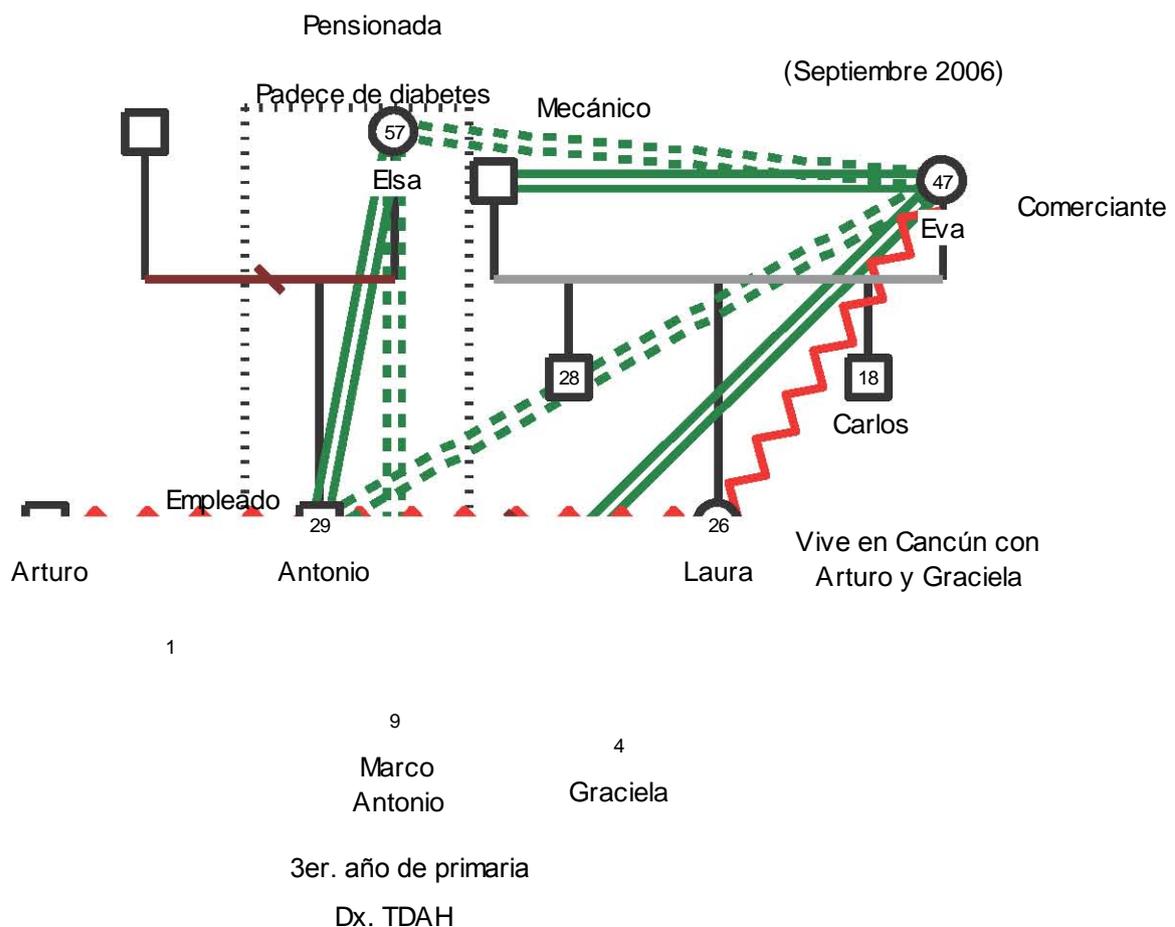
- Ileana se *responsabilizó de su propia violencia* y comenzó a emplear estrategias como tomarse un tiempo fuera, metacomunicarse para impedir la violencia y hablar de los asuntos pendientes que provocan conflictos en un momento diferente, expresando sus emociones de manera asertiva.
- Renunció a perdonar inmediatamente a su pareja tras un episodio de violencia, *bloqueando la pausa complementaria* para buscar que se establezcan compromisos en la pareja para que no se repitan estos episodios.
- *Dejó de triangular a su hija en el conflicto de pareja* y logró establecer límites en su relación con ella. Esto tuvo efectos en la niña, pues Ileana la percibía más alegre y menos angustiada.
- Abrió el tema de la violencia con su familia y amigas, con lo que consiguió *ampliar sus redes de apoyo*.
- *Estableció un diálogo con su esposo* para tener un mejor funcionamiento como equipo de padres, lo cual ha abierto posibilidades para la relación conyugal, aunque continúe latente en ambos el tema del miedo a la infidelidad. Sin embargo, cabe señalar que Ileana dejó de registrar sus cosas, de pensar constantemente en un engaño, de hablarle al celular para controlarlo, y pudo estar tranquila aunque trabajara con una ex novia.

- Desarrolló una imagen de sí misma como una persona más fuerte y segura, confiada en que cumplirá sus metas profesionales, se sintió más capaz en su rol de madre, consideró que ha desarrollado la capacidad de protegerse a sí misma de la violencia, y aunque aún no ha tomado una decisión respecto a su relación de pareja, ha decidido esperar un poco más de tiempo para decidir y recurrir a sus redes sociales cuando sea necesario. Ha generado un sentido de *agencia personal*.

## Caso 2. “Familia Iñiguez Hinojosa”

Este proceso terapéutico se trabajó en coterapia y tuvo una duración de nueve sesiones con la familia. Las intervenciones se desarrollaron en el marco de la Terapia Colaborativa, una de las Terapias Posmodernas. Al finalizar el proceso la familia fue dada de alta.

### Genograma



## **Motivo de Consulta**

Marco Antonio había sido diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y recibía tratamiento farmacológico y terapia individual en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Acudió al Departamento de Terapia Infantil debido a problemas de conducta, principalmente en la escuela, y su abuela Eva es canalizada al Departamento de Terapia Familiar para ingresar a un grupo para padres.

## **Antecedentes del Problema**

Los padres de Marco Antonio se separaron por infidelidad por parte de la madre, quien se llevó a sus hijos a vivir con su amante a Cancún, donde se desarrolla un contexto de adicciones y maltrato infantil, caracterizado por *negligencia, abuso físico y emocional*, donde la madre trataba de triangular a los niños en contra de su padre, dentro de un juego de maltrato donde la madre trataba de enviar a su madre y a su ex pareja el mensaje de su incapacidad para ejercer su rol materno.

Tanto la abuela Eva como Antonio deseaban recuperar a los niños, y aunque lo lograron en un primer momento, Laura los “secuestra” con la ayuda de la familia de Arturo. Posteriormente, Marco Antonio convenció a su madre de que le permita visitar a sus abuelos maternos, pero cuando llegó a la Ciudad de México, decidió irse a vivir con su padre. En el momento de llegar a la terapia, se desarrolló un proceso legal para recuperar a Graciela y se temía que Marco Antonio fuera “secuestrado” de nuevo por su madre.

## **Proceso terapéutico basado en las Terapias Posmodernas**

En la *primera sesión*, tras la entrevista con la abuela materna y Marco Antonio, se decidió trabajar desde el marco de las *prácticas colaborativas* y se invitó a la terapia a otros miembros significativos del *sistema determinado por el problema*. Debido a que la abuela paterna y el padre de Marco Antonio también se encontraban preocupados por su comportamiento y su estado de ánimo, fueron citados para que en las sesiones se pudieran escuchar puntos de vista distintos acerca del problema.

A la *segunda sesión* acudieron las abuelas y Marco Antonio. De acuerdo con la práctica de los *diálogos abiertos* (Seikkula, Arnkil y Ericsson, 2003), no se determinaron objetivos concretos en relación al comportamiento de Marco Antonio, sino que se enfocó a *promover el diálogo* entre las abuelas acerca de los diferentes estilos de crianza de los cuidadores de Marco Antonio y la adherencia al tratamiento farmacológico. Se manejó la hipótesis de que los diferentes cuidadores tenían estilos de crianza distintos y esto influía en el comportamiento del niño. Por otro lado, la existencia de significados distintos sobre el uso del medicamento podía afectar la adherencia del niño al tratamiento farmacológico.

En esta sesión se tuvo como objetivo la *movilización de la red familiar* del paciente, para formar un equipo de apoyo a Marco Antonio integrado por los tres cuidadores principales. Esta intervención tuvo un efecto importante para la terapia ya que existía el riesgo de que las dificultades relacionales existentes entre las dos familias debido a la historia de conflictos entre el padre y la madre de Marco Antonio, pudieran

impedir que se dialogara acerca de la situación de Marco Antonio y que se tomaran decisiones unilaterales respecto al problema sin tomar en cuenta los puntos de vista de los demás miembros del sistema y arriesgando la posibilidad de obtener su apoyo para crear un ambiente estructurado para el niño. Cabe señalar que se pidió como tarea a las abuelas que conversaran con el padre acerca de lo que se había dialogado en la terapia, para que comunicaran a los terapeutas su punto de vista en caso de que no pudiera asistir por motivos laborales.

Para la *tercera sesión*, las abuelas señalaron que llegaron a un acuerdo con el padre sobre la necesidad de continuar con el tratamiento farmacológico, aunque hablarían con el psiquiatra para ver la posibilidad de reducir la dosis conforme se observaran mejorías. Otro acuerdo al que llegaron con el padre es que las abuelas serían fuentes de apoyo para él, pero en el padre recaerían las funciones principales de cuidado y disciplina, y que aunque tenían diferentes estilos de crianza, seguirían líneas similares respecto a cuestiones como los hábitos personales, los berrinches y la desobediencia.

Después de *dialogar sobre los acuerdos del equipo parental*, las abuelas mostraron su preocupación por conductas que calificaron como de aislamiento y agresión. El objetivo de la sesión fue conocer los significados de las abuelas y Marco Antonio en relación a estas conductas. El significado que surgió es que dichas conductas de Marco Antonio se debían a la tristeza que sentía por la ausencia de su hermana y por la impotencia de no poder “rescatarla de su madre”. Se promovió la reflexión sobre cómo actuamos cuando nos sentimos tristes y qué podían hacer las abuelas para apoyar a su nieto cuando se presente esta situación. Las abuelas identificaron que Marco Antonio puede tranquilizarse cuando le dan un tiempo para estar solo y después se le acercan para ser cariñosas con él.

En la *cuarta sesión* acudió el padre por primera ocasión. La familia habló sobre los *logros académicos y de conducta de Marco Antonio tanto en la escuela como en la casa*, y acerca de la forma en que ha estado cooperando el equipo parental. Desde la *Terapia Narrativa*, se dialogó con el padre acerca de la relación que ha establecido con Marco Antonio y se hicieron *preguntas de deconstrucción* que resaltan la forma en que ha desafiado los discursos dominantes de nuestra cultura acerca de las relaciones entre padre-hijo y los padres solteros, además de los efectos que ha tenido esta decisión de no dejarse influir por su historia parental y establecer una relación íntima con su hijo. Al final de la sesión, debido a que la familia decidió realizar un cambio de residencia donde haya menos riesgo de un “secuestro” y de hostigamiento por parte de los vecinos, se planteó que la terapia serviría para favorecer la adaptación ante este cambio ambiental.

Para la *quinta sesión*, la familia reporta que la situación se ha mantenido estable, y como se ha aplazado el cambio de residencia, desean hablar de un tema importante para ellos en ese momento, el proceso legal para recuperar a Graciela. En la sesión se favorece la anticipación de diversos cursos de acción, para identificar las consecuencias negativas y positivas de diferentes acciones durante el proceso legal.

En la *sexta sesión* sólo acudieron la abuela materna y Marco Antonio, pues ocurrieron dificultades en el equipo parental y se presentó una “recaída” en la conducta del niño. En la sesión se exploraron los desacuerdos entre la abuela materna con el

padre y la abuela paterna, y se decidió dialogar acerca de este tema en la próxima sesión, junto con los miembros ausentes.

En la *séptima sesión* se conversó acerca de lo que había afectado al equipo parental, el cual pudo haber sufrido el estrés de que la abuela Eva dejó de ser tan central en la crianza de Marco Antonio, la abuela Elsa tuvo dificultades en el cuidado de su nieto debido a los efectos de la diabetes y Antonio ha descuidado sus funciones. En la sesión *se hicieron públicas estas nuevas posiciones e inconformidades* y se estableció un mayor compromiso del padre en la crianza de Marco Antonio, ya que la abuela Eva ha decidido separarse poco a poco de su rol por el cambio de residencia y ha buscado que la abuela Elsa pueda desempeñar su rol de cuidadora sin su constante apoyo, de manera que se facilite la adaptación de Marco Antonio al cambio de residencia y a la separación de su abuela Eva. Por su parte, la abuela Elsa solicita a su hijo un mayor apoyo y constancia en la disciplina de Marco Antonio, ya que se siente incómoda al tener que establecer límites a su conducta.

Para la *octava sesión*, el equipo parental expresó que *ha vuelto a su nivel de competencia previo a la “recaída”* y que Marco Antonio de nuevo ha mejorado su conducta tanto en la escuela como en la casa. *Se exploraron las expectativas hacia el futuro de la familia tras la continuación de los cambios y se hacen preguntas para que la familia identifique lo que puede hacer para mantenerlos, pero a la vez para “recaer”*. Junto con el equipo parental, se negocia una sesión de seguimiento para un mes.

La *novena sesión* se realiza después de dos meses, ya que la familia faltó a la cita previa. Reportaron que se han mantenido los logros tanto del equipo parental como de Marco Antonio, que se ha desarrollado una adaptación favorable al cambio de casa y que el niño ha dejado el medicamento. En esta sesión se señalaron a la familia los recursos que han mostrado durante el proceso terapéutico y se dejó la puerta abierta para que acudan al servicio de Terapia Familiar cuando lo consideren necesario.

## **Cambios en la familia**

En la terapia se desarrolló un contexto donde los miembros que se encargaban principalmente de la crianza de Marco Antonio pudieran establecer un diálogo, y se tomaran en cuenta los recursos parentales tanto de las abuelas como del padre, para complementar sus funciones y crear un equipo con principios claros y definidos sobre la forma de brindar cuidado, cariño y disciplina al niño. De esta manera, se hicieron públicos los desacuerdos acerca de la crianza de Marco Antonio y se negociaron nuevos acuerdos, sobre el uso del medicamento, la forma de establecer límites, las expectativas sobre su conducta, el modo de apoyarse como figuras parentales, así como la delimitación de los tiempos y las responsabilidades de cada miembro en la crianza.

Al centrarse en la creación de un *equipo colaborativo*, se fueron generando relaciones de mayor cercanía entre las dos familias, ya que el conflicto con Laura y la historia de “secuestros” había distanciado a la abuela materna de la familia paterna de Marco Antonio. El cambio de residencia permitió que el equipo demostrara su capacidad para reorganizarse y de mantener el vínculo entre el niño y su familia materna, a pesar de que existe un proceso legal complicado entre Laura y Antonio, para recuperar a su hermana Graciela.

Aunque en la terapia no se establecieron objetivos en función del comportamiento de Marco Antonio, fueron notables sus cambios, sobre todo considerando que fue dejando la terapia farmacológica. Dichos cambios se realizaron tanto en la escuela, gracias al apoyo de su maestra, como en el hogar, donde sus familiares expresaron que había mejorado en cuestiones como la disciplina y los hábitos personales.

Cabe señalar que en forma simultánea a la terapia familiar se desarrollaron otros tratamientos, como la terapia farmacológica y la terapia individual del niño. Parece que los distintos sistemas terapéuticos pudieron complementarse adecuadamente, y en el caso de la terapia familiar, se trabajó principalmente con una parte de la red social de Marco Antonio para facilitar el diálogo y promover la utilización de los recursos dentro de la red. La conversación se enfocó a *ampliar la imagen de la familia como resiliente*, donde la terapia se convirtiera en un espacio abierto para cuando necesitaran apoyo, en lugar de un espacio del que dependieran para funcionar adecuadamente.

## **2.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con familias**

En la Terapia Individual con Ileana, tuvo buenos resultados la aplicación del Modelo de Soluciones para identificar excepciones a los episodios de la violencia, encontrar recursos que la paciente tenía para establecer límites en forma asertiva y explorar lo que la paciente podía hacer para no empeorar la situación. Esto permitió que la paciente desarrollara estrategias para evitar la violencia e incluso abrir el diálogo con su esposo.

Durante el proceso hubo momentos de gran carga emocional para la paciente, donde fue importante escucharla y validarla, además de respetar su tiempo para que tomara las decisiones que considerara necesarias. El uso de los equipos reflexivos permitió que la paciente escuchara las experiencias de otras mujeres en situaciones similares, que considerara otras perspectivas acerca de su situación, pero también los miembros del equipo se convirtieron en testigos de los cambios de Ileana.

Conforme se iba concluyendo el proceso se realizaron preguntas para que Ileana identificara los logros durante el proceso y los cambios que había realizado desde el momento en que llegó a la terapia. Se exploró junto con ella cómo había cambiado la imagen que tenía de sí misma a partir de estos logros y que podría ocurrir en el futuro si continuaba con el proceso que había iniciado.

Se buscó proteger a Susana del maltrato psicológico bloqueando la instigación por parte de sus padres y promoviendo que Ileana fuera capaz de protegerse a sí misma y al mismo tiempo responsabilizarse de su violencia. Había un objetivo concreto de detener la violencia por parte del equipo terapéutico, mientras se respetaba el objetivo más ambiguo de Ileana de tomar una decisión respecto a su relación de pareja. Durante el proceso se logró que Ileana desarrollara un sentido de agencia personal y se colocara en una posición diferente, como una mujer con recursos para evitar la violencia y protegerse a sí misma, y que fuera capaz de aceptar la responsabilidad por sus decisiones, independientemente de si continuaba o se separaba de su pareja.

En el caso de la “Familia Iñiguez Hinojosa” fue conveniente recurrir a prácticas de la Terapia Colaborativa como trabajar con el sistema determinado por el problema y en lugar de establecer objetivos concretos, facilitar el diálogo entre los miembros del sistema, para conocer los puntos de vista de los demás, ampliar las perspectivas de los miembros acerca del problema, anticipar cursos de acción y favorecer la toma conjunta de decisiones respecto al cuidado de Marco Antonio.

Se retomó de la práctica de diálogos abiertos que se ha utilizado en Finlandia en casos de pacientes psicóticos (Seikkula et al., 2003), buscar el apoyo de la red social del paciente y favorecer el diálogo dentro de dicha red. Pudo haber sido útil tener reuniones que incluyeran a la familia, a miembros de la comunidad como la maestra y a los diversos profesionales que la atendieron en el Hospital Psiquiátrico Infantil, pero debido a la dificultad para establecer este tipo de diálogos más amplios, se intentó respetar el trabajo de los demás miembros del equipo multidisciplinario, como cuando se dialogó acerca del tratamiento farmacológico para favorecer su adherencia y que la familia pudiera conversar con el psiquiatra sobre las preocupaciones generadas por el uso del medicamento.

Resultó significativa la forma en que se realizaron los cambios en la familia a partir de la facilitación del diálogo y la ampliación de las perspectivas, sin tener que establecer objetivos concretos sobre la conducta de Marco Antonio o sobre la estructura de la familia. Por la formación como terapeuta familiar es casi inevitable dejar de ver a la familia en términos sistémicos y formular hipótesis acerca de su funcionamiento, sin embargo, es valiosa la aportación del construccionismo social en el sentido de que permite incluir ideas y prácticas de otros modelos terapéuticos, como una forma posible de intervención que se negocia con la familia, en lugar de imponerla desde una posición de experto.

Por otro lado, el caso demuestra que en ciertas situaciones clínicas puede ser útil definir un problema y buscar una estrategia para solucionarlo, pero en otras puede ser eficaz favorecer que las personas dialoguen sobre sus perspectivas acerca del problema, se escuchen entre sí y puedan encontrar soluciones que no son impuestas por el terapeuta, sino que surgen de la conversación en el sistema determinado por el problema. De esta manera, el problema puede disolverse en el lenguaje, no sólo porque los miembros del sistema dejan de hablar de él de la misma manera, sino porque al tener una perspectiva más amplia acerca de la situación que incluye la de los demás, pueden tener más posibilidades de acción, como ocurrió con este equipo parental que pudo cambiar sus funciones en forma flexible a través del proceso terapéutico.

Un aspecto a mejorar es la inclusión del niño en el proceso terapéutico, ya que participaba en las sesiones escuchando y expresando sus puntos de vista, pero faltaron actividades conjuntas de carácter lúdico acordes a su nivel de desarrollo. Puede ser útil buscar nuevas formas de trabajo con niños desde el marco de la Terapia Colaborativa.

### **2.3. Análisis del Sistema Terapéutico Total**

La cibernética de segundo orden y el pensamiento constructivista, tras haber puesto en primer plano la autorreflexión, han orientado la atención de los terapeutas sistémicos hacia el individuo, sus prejuicios, premisas y emociones, lo cual incluye tanto al paciente como al terapeuta. Este último requiere conocer la forma en que sus acciones y

las del cliente son influidas por premisas individuales, familiares, sociales y culturales, y cómo se relacionan en el contexto terapéutico estos diferentes sistemas de premisas.

Esto permite al terapeuta mantener una perspectiva coevolutiva en el tiempo, evitando objetivar las relaciones, considerándolas en su contexto en constante evolución bajo la presión de los cambios personales y sociales. En dicho proceso evolutivo, el terapeuta requiere coordinar su propio tiempo con el del cliente, abriendo espacios a las diferentes perspectivas y evitando anclarse en una visión particular de su historia, para lo cual es importante el desarrollo de la alianza terapéutica y la empatía del terapeuta (Boscolo et al., 2000).

La función del equipo es brindar al terapeuta la supervisión del caso y un punto de vista externo capaz de favorecer un mayor conocimiento de sus prejuicios, premisas y emociones dentro del sistema terapéutico. El equipo genera hipótesis sobre el cliente y sobre el terapeuta, acerca de sus pensamientos y emociones y sobre la relación entre terapeuta y cliente. Debido a que el periodo de tiempo del que dispone el terapeuta para favorecer el cambio no es infinito, habrá un momento en que terapeuta y cliente intercambiarán las mismas informaciones y ya no crearán más diferencias que introduzcan nuevas perspectivas, por lo que la terapia entrará en un impasse. La intervención del equipo de supervisión, permite introducir diferencias o nuevos puntos de vista que pueden desbloquear el impasse (Boscolo et al., 2000).

La formación sistémica favorece un proceso de internalización e introyección del equipo y de sus voces, ya que con el tiempo cada uno de los miembros del equipo aprende a ubicarse en los diferentes puntos de observación del sistema terapéutico, esto es, en la posición del cliente, en la del terapeuta, en la de miembro del equipo terapéutico, en la del supervisor e incluso en la de miembro de un grupo de observación que observa al equipo terapéutico (Boscolo et al., 2000).

Durante la residencia, se identificaron diversos sistemas terapéuticos, debido a las diferencias contextuales entre las sedes clínicas, las diferencias en las premisas y las prácticas de los supervisores, así como la forma en que participaba el equipo terapéutico en cada contexto.

El caso de “Ileana” fue atendido en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”. El proceso terapéutico fue desarrollado en modalidad de coterapia durante las prácticas supervisadas del Modelo de Terapia Breve (para la terapia de pareja) y de los Modelos de Soluciones y Posmodernos (para la terapia individual). El supervisor del proceso individual de “Ileana” se basaba en las ideas y las prácticas de los modelos posmodernos, dentro de los cuales se encuentran la Terapia orientada a las Soluciones, los Equipos Reflexivos, la Terapia Narrativa y la Terapia Colaborativa. Acorde a esta postura, el supervisor buscó establecer una relación igualitaria con los miembros del equipo terapéutico, promover múltiples perspectivas acerca de la situación terapéutica, sugerir intervenciones en lugar de instruir al terapeuta y hablar en términos de recursos y posibilidades en lugar de los déficits y las etiquetas diagnósticas.

Los miembros del equipo terapéutico aportaron ideas sobre el caso, retroalimentaron a los terapeutas y sugirieron intervenciones, además de que participaron en los equipos reflexivos. Los terapeutas sostuvimos diálogos con el supervisor y los demás miembros del equipo terapéutico que ampliaron nuestra

perspectiva sobre la situación de la paciente, de manera que pudiéramos relacionarnos de forma diferente con ella, para facilitar una conversación terapéutica que le permitiera ver nuevas opciones ante su situación. La paciente estableció una fuerte alianza con el equipo terapéutico, y durante el proceso se favoreció la deconstrucción de premisas acerca del género y de la violencia por parte de los miembros del sistema (Figura 6).

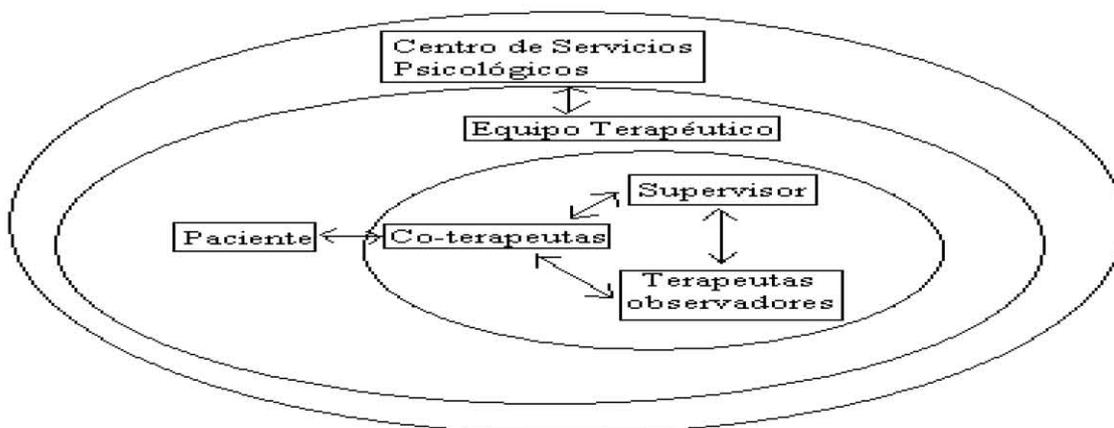


Figura 6. Sistema Terapéutico en el caso de “Ileana”.

El caso de la “Familia Iñiguez Hinojosa” se atendió en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. El sistema terapéutico incluyó a las diversas áreas que brindaban tratamiento al paciente: Paidopsiquiatría, que encargaba del tratamiento farmacológico; la Clínica de las Emociones, donde se realizaba un proceso de terapia individual y el área de Terapia Familiar. Cabe señalar que las perspectivas sobre el caso de los diversos profesionales que atendían al paciente se conocieron a través de un expediente general donde cada área registraba los avances del tratamiento, ya que no se organizaron reuniones entre el equipo multidisciplinario.

En el Área de Terapia Familiar, las sesiones se llevaron a cabo en los jardines del Hospital debido a la falta de espacios y la demanda de atención. No se contó con un equipo terapéutico y una supervisión en vivo, ya que los terapeutas atendíamos a las familias en forma simultánea y el supervisor ingresaba periódicamente a las sesiones para observar nuestro trabajo y apoyarnos cuando solicitábamos su apoyo, especialmente cuando los procesos caían en un impasse. En estas condiciones, la supervisión se realizó en forma narrada y mediante la revisión de los expedientes clínicos, por lo que se requirió un diálogo constante entre los coterapeutas para no quedarse con una sola perspectiva acerca del caso y un diálogo constante con el supervisor para tener diferentes alternativas sobre la situación y discutir las intervenciones. Cabe señalar que el supervisor se basó en un marco psicoanalítico y en los modelos estructural y estratégico, mientras que los terapeutas utilizamos el marco de las terapias posmodernas. Sin embargo, fue posible centrarse en la facilitación del diálogo entre el sistema determinado por el problema, de acuerdo con el marco de los terapeutas, y al mismo tiempo lograr cambios en la estructura familiar, conforme al marco del supervisor.

La familia que fue atendida incluyó al paciente identificado, a su padre y a sus dos abuelas. Se decidió que ambas familias del paciente fueran incluidas en el sistema

terapéutico, ya que era importante trabajar con la red social del niño para conocer sus recursos y los aspectos que dificultaban el trabajo en equipo, puesto que existían antecedentes de conflictos no resueltos entre las familias. También fue significativo buscar una postura igualitaria con la familia, dado que habían estado acostumbrados a traer al niño a otros tratamientos y seguir las instrucciones de los profesionales. En este sentido, se intentó que la familia decidiera si las intervenciones podrían ser benéficas para ella y que tuviera una participación más activa, lo cual se reflejó en la comunicación que estableció con la escuela y en algunas decisiones respecto al proceso legal para recuperar a la hermana de Marco Antonio o al cambio de residencia, para evitar que el niño fuera “secuestrado” de nuevo o que fuera hostigado por los vecinos, quienes le preguntaban por la relación entre sus padres. En la Figura 7 aparece un esquema de las relaciones entre los elementos principales del sistema terapéutico que se formó en el caso de la “Familia Iñiguez Hinojosa”.

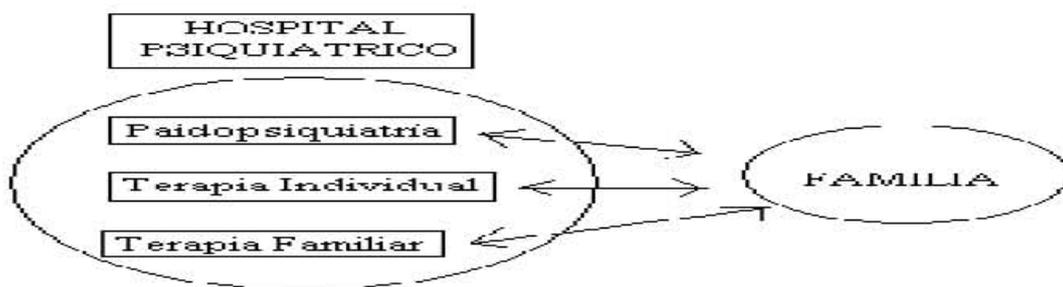


Figura 7. Sistema Terapéutico en el caso de la “Familia Iñiguez Hinojosa”.

Además de ser parte del sistema terapéutico, la familia requirió interactuar con otras instituciones. Al ampliar la perspectiva, se puede considerar la relación de la familia con diversos sistemas sociales en un ecosistema más extenso (Figura 8):

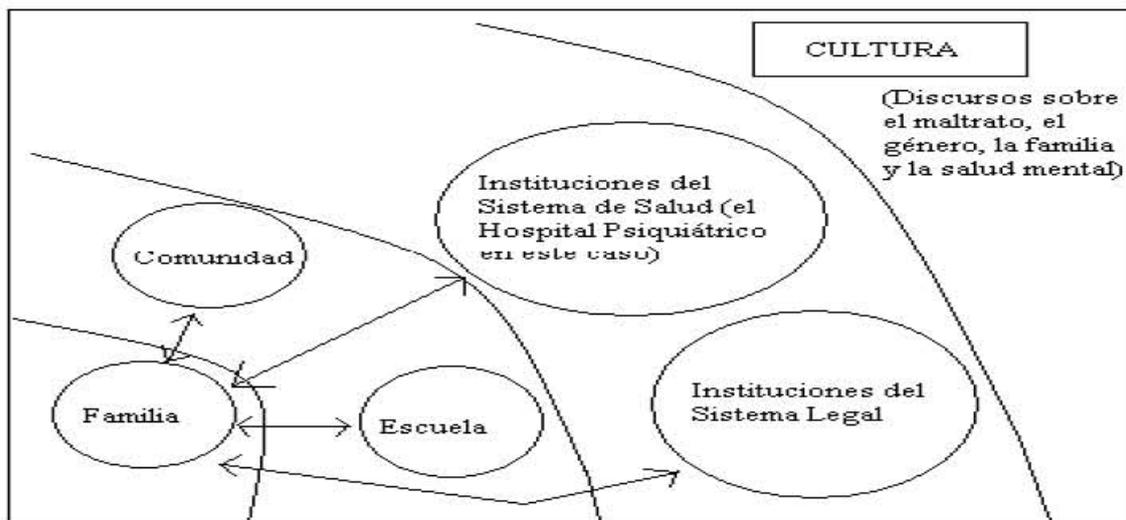


Figura 8. Perspectiva ecosistémica del caso de la “Familia Iñiguez Hinojosa”.

## **3. Habilidades de investigación**

### **3.1. Reporte de Investigación Cuantitativa**

Durante la Residencia, como proyecto de Investigación Cuantitativa, se desarrolló una Escala de Atmósfera Emocional, donde los adolescentes reportaron cómo perciben que en su familia se permite o se restringe la expresión de diversos tipos de emociones. El estudio muestra que la restricción de la expresión emocional se asocia a una mayor presencia de enfermedades psicosomáticas.

#### **Escala de Atmósfera Emocional**

##### **Introducción**

La *atmósfera emocional* es el tono emocional general dentro de la familia (Wilkinson, 1998). Dicho tono puede variar en un continuo hipotético que va desde lo “positivo” a lo “negativo”. Cuando la atmósfera emocional es “negativa”, se considera que es el resultado de un estrés inmediato sobre la familia.

Si no se encuentra que cierto estresante ha provocado el tono emocional “negativo”, la atmósfera también puede ser generada por conflictos crónicos irresueltos y dificultades crónicas en la *expresión emocional*, que se pueden deber a una *regla emocional* compartida en la familia. En los sistemas familiares “funcionales”, las reglas tienden a ser explícitas y flexibles, mientras que en los sistemas “disfuncionales”, las reglas son implícitas, fijas y no negociables (Wilkinson, 1998).

Lazarus (1991) señala que existen dos vías por donde las *emociones pueden generar enfermedades*. En la *vía directa*, las emociones provocan cambios neuroquímicos que afectan los tejidos, cuando las personas tienen una forma de respuesta intensa y prolongada a situaciones que se repiten en su vida diaria. Por otro lado, en la *vía indirecta*, se genera riesgo a la salud por la forma inadecuada y crónica de evaluar situaciones ambientales y afrontarlas por parte del individuo. En otro sentido, la evaluación de las situaciones y las formas de afrontamiento pueden derivar un sentimiento de bienestar personal, dependiendo de sus efectos sobre la relación persona-ambiente.

El valor del factor emocional en condiciones tales como hipertensión, úlceras, colitis, asma y enfermedades de la piel es ampliamente reconocido. Sin embargo, los estudios clínicos del problema general se encuentran sobre las manifestaciones de enfermedad dentro del individuo pero omiten una consideración sistemática de las fuerzas ambientales, como la de la familia (Ackerman, 1974).

##### **Planteamiento del Problema**

En las interacciones familiares se establecen reglas que favorecen o prohíben la expresión de emociones específicas. El permiso para expresar emociones específicas en la familia puede fortalecer las relaciones dentro de la familia y abrir las posibilidades de solucionar conflictos entre sus miembros. Por otro lado, el no permitir la expresión

emocional puede limitar las posibilidades para solucionar los conflictos, pero a la vez puede evitar el aumento de la tensión entre los miembros.

El objetivo de la investigación es elaborar un instrumento confiable y válido que evalúe el grado en que se permite la expresión general de emociones dentro de la familia, según la percepción de uno de sus miembros, que se encuentre en la etapa de la adolescencia. Mediante la utilización del instrumento se tratará de observar si existe una relación entre el grado en que se permite la expresión emocional con la presencia de enfermedades psicosomáticas en esta población. De esta manera se podrá desarrollar una escala que permita detectar adolescentes en riesgo y se podrán evaluar posteriormente otros posibles efectos de la atmósfera emocional de la familia, tal como es percibida por el adolescente, en otro tipo de enfermedades o conductas.

## **Método**

### **Participantes**

La muestra estuvo constituida por 300 estudiantes de bachillerato de turno matutino y vespertino que participaron voluntariamente, con un promedio de edad de 16.13. El 65% de la muestra fueron mujeres, mientras que el 35% eran hombres. El número de personas por hogar tuvo una media de 4.65 personas. La mayoría de los participantes pertenecía a familias biparentales (72.7%); familias monoparentales (11.3%) y a familias extensas o reconstituidas (16%).

### **Instrumentos**

Se elaboró una escala de autorreporte que evalúa la Atmósfera Emocional de una familia, basada en la idea de que las creencias y las reglas que surgen a partir de ellas, regulan la expresión emocional sus miembros. Dicha escala consta de 19 reactivos que estiman el grado en que una familia permite o no permite la expresión de emociones. Los reactivos se califican de acuerdo a una escala que va de 1 (“Nunca”) a 5 (“Siempre”) (ver Anexo I, p. 129).

Para la validación concurrente de la escala de Atmósfera Emocional, se utilizó el *Factor de Expresión de la escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares* (ver Anexo II, p. 130), desarrollada por Rivera (1999). Dicho factor consta de 22 reactivos que se califican de acuerdo a una escala que va de 5 (“Totalmente de acuerdo”) a 1 (“Totalmente en desacuerdo”).

Se elaboró un *Cuestionario de Enfermedades en la Adolescencia* basado en Palmero y Fernández (1998), para obtener la validez del criterio, en el supuesto de que los adolescentes donde sus familias permitieran mayor expresión emocional, presentarían menos enfermedades dermatológicas y digestivas. El cuestionario consta de 11 preguntas con dos opciones de respuesta (“sí” y “no”), donde se inquiriere sobre la presencia de este tipo de enfermedades durante los últimos 2 años (ver Anexo III, p. 131).

## Procedimiento

Al principio se realizó un piloteo, donde se aplicó una primera versión del instrumento con 70 reactivos a adolescentes. Se estableció un criterio de eliminación de los reactivos que tuvieran a partir del 70% de las respuestas distribuidas en una de las opciones, por lo que se eliminaron 28 reactivos.

Para que la escala tuviera *validez de constructo*, se llevó a cabo una fase de jueces. Se realizaron tarjetas para cada reactivo, y los jueces las clasificaron de acuerdo con dos categorías: 1) Se permite la expresión de emociones y 2) No se permite la expresión de emociones. El proceso se realizó con expertos en Terapia Familiar, docentes de la UNAM con niveles de maestría y doctorado. El criterio para la eliminación de los reactivos fue suprimir el reactivo que tuviera menos del 80% de coincidencia entre los jueces respecto a la categoría a la que pertenecía cada reactivo. Para este jueceo se utilizaron 42 reactivos, y se eliminaron cuatro.

La versión de la Escala de Atmósfera Emocional con 38 reactivos se aplicó a 300 adolescentes de bachillerato. Junto con el instrumento se les pidió que contestaran los reactivos pertenecientes al factor de Expresión de la escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (Rivera, 1999), y también se les aplicó el Cuestionario de Enfermedades en la Adolescencia para evaluar la presencia de enfermedades psicosomáticas.

## Resultados

La escala se redujo a 19 reactivos por medio de un análisis de frecuencias que excluyó aquellos reactivos donde las respuestas se habían concentrado en dos de las opciones. Mediante prueba *t* para comparar las respuestas de dos grupos extremos a cada reactivo, se determinó que la escala tenía la *capacidad de discriminar* entre individuos con puntajes altos de aquellos individuos con puntajes bajos.

En el *análisis factorial* se encontraron dos dimensiones que explicaban el 27% de la varianza. Se establecieron dos factores: Permisividad de la Expresión Emocional, con once reactivos; y No Permisividad de la Expresión Emocional, con ocho reactivos.

Los resultados de los *análisis de confiabilidad* mediante Alfa de Cronbach, señalaron que el Factor de Permisividad presentó una  $\alpha=0.8669$ , el Factor de Permisividad obtuvo una  $\alpha=0.5151$ , y la Escala Total obtuvo una  $\alpha=0.8125$ . Esto indica que tanto el Factor de Permisividad como la Escala Total tienen niveles altos de confiabilidad, mientras que el Factor de No Permisividad no tiene un nivel de confiabilidad aceptable.

Posteriormente se realizaron diversas pruebas *t* de muestras independientes para obtener la *validez de criterio* de la escala, mediante la creación de diversos grupos a partir del Cuestionario de Enfermedades en la Adolescencia, con la hipótesis de que aquellos participantes que reportaran mayores puntajes, desarrollarían menos enfermedades psicosomáticas (dermatológicas y gastrointestinales), dado que los puntajes altos en la escala se relacionan con mayores niveles de permisividad para la expresión emocional. En la Tabla 5 aparecen los resultados de las pruebas *t* para la escala Total de Atmósfera Emocional.

Tabla 5. Pruebas *t* para la escala Total de acuerdo al criterio de enfermedades psicosomáticas.

No. de criterio	Grupos	N	X	DS	t	gl	Sig.
1	Sin enfermedades reportadas	61	67.62	8.17	2.315	128.892	.022
	Con más de 2 enfermedades reportadas	76	63.45	12.81			
2	Sin enfermedades reportadas	61	67.62	8.17	2.473	43.512	.017
	Con más de 3 enfermedades reportadas	31	61.52	12.45			

El último análisis realizado fue la Correlación de Pearson entre el Factor de Permisividad y la Escala Total con el Factor de Expresión de la Escala de Evaluación de las Relaciones Familiares (ERI), para determinar la *validez concurrente*, bajo el criterio de convergencia. El Factor de Permisividad obtuvo una correlación de .760 y la Escala Total de .741, lo cual implica que ambos tuvieron una correlación positiva alta con el Factor de Expresión de la Escala de Evaluación de las Relaciones Familiares (Rivera, 1999).

## Discusión

En esta investigación se desarrolló una Escala de Atmósfera Emocional, que consiste en una prueba de autorreporte que mide la percepción de los adolescentes del grado en que se permite la expresión emocional en su familia. Se basó en una teoría que señala que en las familias existen reglas que prohíben o permiten la expresión de emociones específicas (Wilkinson, 1998). Sin embargo, decidimos aproximarnos al problema midiendo el tono emocional general de la familia, en vez de realizar subescalas que midieran la prohibición o permisividad de cada emoción específica. Al principio elaboramos reactivos acerca de las creencias y las reglas de emociones específicas, pero conforme se eliminaron reactivos a través del piloteo y el jueceo, consideramos que era más conveniente considerar reglas y creencias generales, respecto a la expresión de emociones tales como la tristeza, el enojo, el miedo y la alegría.

Debido a que en un primer proceso de análisis estadístico no se encontró una distribución normal de la respuesta a la escala, se utilizó un criterio donde se eliminaran los reactivos donde hubiera un número mínimo de respuestas en dos opciones, que en su mayoría correspondieron a “nunca” y “casi nunca”. Esto se realizó debido a que la tendencia de la curva se dirigía a puntajes altos, lo cual probablemente se deba al nivel de desarrollo de la población estudiada o a diversos aspectos de la situación en que se aplicó la prueba.

El análisis factorial arrojó dos dimensiones, que concuerdan con nuestra teoría. El primer factor se denominó como Permisividad, mientras que el segundo fue el de No Permisividad, de la expresión emocional en la familia. El factor de No Permisividad

resultó no confiable, y cabe señalar que dos reactivos que pertenecían teóricamente al factor de No Permisividad, permanecieron en el factor de Permisividad, con una correlación negativa. La presencia de estos dos reactivos en el factor que no esperábamos y la baja consistencia interna del factor de No Permisividad pueden deberse a la existencia de reactivos que fueron formulados en términos negativos, lo cual pudo causar confusión y alterar la respuesta de los participantes.

La Escala de Atmósfera Emocional demostró tener validez concurrente debido a las altas correlaciones del factor de Permisividad y la Escala Total con el Factor de Expresión de la escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares.

La escala también demostró tener validez de criterio, ya que pudo predecir mayores niveles de permisividad en la expresión de emociones, tanto en el factor de Permisividad como en la Escala Total, al comparar grupos de participantes sin enfermedades, con diversos grupos que tenían enfermedades gastrointestinales y dermatológicas.

Esto puede indicar que en las familias donde se favorece la expresión de emociones tanto positivas como negativas, se facilita un *proceso de afrontamiento centrado en las emociones*, donde la expresión emocional puede permitir una mayor comprensión entre los miembros de la familia, además de que brinda la oportunidad de revisar lo ocurrido, saber por qué ocurrió, conocer el conflicto y las alternativas de solución. Por el contrario, la supresión emocional mantendría la aflicción, mientras que el verbalizarlo parecer ser una buena manera de afrontarlo (Lazarus, 1991). De esta manera, las fuerzas familiares pueden influir de manera indirecta en los individuos y favorecer la presencia de enfermedades psicosomáticas (Ackerman, 1974).

Cabe señalar que no se encontraron diferencias en la atmósfera emocional, respecto al sexo, edad, tipo y tamaño de la familia. Esto parece contradecir el hecho de que las mujeres son más expresivas que los hombres y que en las familias monoparentales existe una menor expresión emocional, lo cual puede deberse a un patrón general de respuesta a la prueba, a que la expresividad puede ser similar en la adolescencia en este tipo de población, o que la expresión emocional no depende de cómo está conformada la familia, sino de las relaciones entre sus individuos.

Entre las recomendaciones para la Escala de Atmósfera Emocional se encuentran la necesidad de utilizarla con otro tipo de población, mejorar la redacción de los reactivos, determinar si los reactivos se mantendrán en el nivel de las creencias o de las acciones, modificar las categorías en las opciones de respuesta, analizar si es conveniente reducir las opciones de respuesta, y utilizar otra medida más confiable para la determinación de las enfermedades psicosomáticas, como puede ser el trabajar con poblaciones clínicas.

Un último aspecto a señalar es que la escala tiene una tendencia a evaluar las emociones que pueden ser consideradas como positivas en una familia, por lo que también sería conveniente desarrollar más reactivos que se enfoquen en las emociones negativas. Además, se requiere un debate metodológico acerca de la validez de una escala de autorreporte para evaluar el comportamiento de una familia, por lo que se sugiere utilizarla como forma de diagnóstico de una familia, comparando las diferencias percibidas por sus miembros y observando cuáles miembros de la familia comparten la

percepción de la familia, lo cual puede brindar información acerca de alianzas y coaliciones dentro del sistema familiar.

## 3.2. Reporte de Investigación Cualitativa

El proyecto de Investigación Cualitativa consistió en un estudio de caso de una adolescente de La Merced, quien presentaba diversos factores de riesgo de prostitución infantil. A través de su historia de vida, se identificaron procesos en múltiples niveles que previenen su captación por parte de las redes de prostitución.

### Modelo de Prevención de Prostitución Infantil: Un estudio de caso

#### Introducción

La *prostitución infantil* es la utilización de niños y niñas para relaciones sexuales a cambio de dinero, o bienes, normalmente organizada por intermediarios (Organización Internacional del Trabajo, 2003).

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (2004), existen diversos tipos de *factores de riesgo* de prostitución infantil. Entre los *factores culturales* se encuentran:

- La concepción “minorista” de la infancia como objeto, como propiedad privada de los adultos, o como sinónimo de pureza.
- La mercantilización de la sexualidad dentro de una sociedad de consumo.
- La violencia como forma de relación social.
- La historia de la discriminación y autoritarismo que determina un tipo de relación de subordinación de un grupo sobre otro, de un sexo hacia otro y de una edad hacia otra.

Existen *factores relacionados con el contexto social y comunitario*:

- Los niveles de pobreza y desigualdad que favorecen la necesidad de obtener ingresos.
- La carencia de instituciones y servicios apropiados dentro de una comunidad que pudieran servir como instancias para advertir y actuar ante situaciones de riesgo.
- La dependencia económica a actividades laborales ligadas al turismo, a la recreación o al comercio.
- Altos niveles de inseguridad y violencia, especialmente hacia la infancia.
- Existencia de delincuencia organizada, incluso operando en otros ámbitos (drogas, armas, etc.).

Se han determinado *factores relacionados con la familia*:

- Dificultades para criar y educar.
- Presencia de maltrato y abuso sexual en el interior de la familia, ya sea hacia la madre o hacia los hijos.
- Conflictos de roles y comunicación que generan patrones de relación difusos.
- Falta de redes de apoyo familiar.

- Inestabilidad económica y laboral.
- Desintegración o desmembramiento del grupo familiar.

A nivel individual, Espacios de Desarrollo Integral A. C. (2005) establece una serie de *factores de vulnerabilidad*:

- Bajo rendimiento escolar.
- Problemas académicos y de aprendizaje.
- Poca motivación para continuar los estudios.
- Influencia de amistades que se prostituyen y tienen contacto con redes de prostitución.
- Carencia de acceso a espacios de recreación y cultura.
- Carencia de servicios de salud.

## **Planteamiento del Problema**

A partir de la década de los noventa, se ha generado a nivel internacional una mayor preocupación por detener el problema de la prostitución infantil, y se han desarrollado instrumentos jurídicos, redes de organizaciones (End Child Prostitution, Child Pornography and the Trafficking of Children for Sexual Purposes, 2001) y protocolos operativos (Organización Internacional del Trabajo, 2004) para prevenir y reducir la incidencia del problema.

México se ha unido a esta corriente mundial adoptando los instrumentos jurídicos, participando en las redes de organizaciones no gubernamentales y prestando atención a las recomendaciones de organismos internacionales para combatir a la prostitución infantil. Sin embargo, como se ha observado en la Ciudad de México, de manera específica en la zona de La Merced, la prostitución infantil sigue siendo una actividad ilícita que se genera en un contexto donde diversos actores sociales juegan papeles determinados para mantener una situación que presenta ventajas y desventajas tanto para la comunidad como para la sociedad a la que pertenece.

En un nivel jurídico, se establecen leyes para erradicar la prostitución infantil, pero en la práctica no se hacen cumplir por las instancias judiciales, probablemente por las circunstancias sociales y económicas que imperan en esta comunidad y que favorecen el desarrollo de organizaciones ilícitas como aquellas que operan en la prostitución infantil.

Debido a la dificultad de abordar esta problemática en un contexto donde se pone en riesgo la integridad personal, las organizaciones no gubernamentales que intentan disminuir esta problemática han desarrollado intervenciones de prevención primaria, donde identifican a niños en riesgo de prostitución infantil y favorecen su acercamiento a programas integrales que fomenten su desarrollo individual y brinden redes sociales a sus familias, además de implementar campañas de prevención en la comunidad.

Dentro de este marco de prevención primaria, en la investigación se contactó a una adolescente en riesgo de prostitución infantil de la zona de La Merced, para conocer

su historia de vida, los actos que realiza en la vida cotidiana y el significado que tienen para ella sus interacciones en este contexto.

Antes de planear cualquier intervención es importante conocer la población a la que va dirigida. El conocer la historia de vida de una adolescente que se encuentra en riesgo de prostitución, nos permite comprender con sus propios significados su actuar cotidiano, e identificar los aspectos que funcionan como atenuantes del riesgo o como factores preventivos ante la situación vulnerable en la que se encuentra. El pasado, el presente y el futuro son esferas con las que se pretende armar un cuadro que explique cómo se entretujan diversos factores de riesgo y vulnerabilidad en la vida de una de tantas adolescentes que habita en una de las zonas con mayor número de niñas y adolescentes prostituidas en México.

## **Método**

### **Participantes**

Tras la participación de uno de los investigadores en un programa de prevención de prostitución infantil en La Merced, se contactó a una adolescente de 14 años, que junto con sus hermanas habían sido detectadas como niñas en riesgo de prostitución infantil, en base a factores de riesgo y vulnerabilidad.

Otro motivo por el que se eligió a Karla <sup>2</sup>, es que de acuerdo con el ciclo básico de la prostitución infantil, ella podría ser una víctima potencial debido a que vive en un contexto donde se ejerce la prostitución (a una cuadra de la Avenida San Pablo), situación que favorece la detección de víctimas por parte de los explotadores sexuales (Organización Internacional del Trabajo, 2004).

### **Instrumentos**

Para este estudio se preparó una *guía de entrevista* que nos permitiera conocer la *historia de vida* de la participante. Esta es una técnica cualitativa de recopilación de información, la cual permite conocer en forma más detallada diversos acontecimientos y situaciones que han ocurrido en la vida de una persona, a partir de lo cual es posible analizar el proceso de vida de la persona en su relación con el proceso social donde se desenvuelve (Rojas, 2006).

La guía de entrevista estaba conformada por diversas áreas principales: 1) Datos Generales; 2) Composición de la Familia; 3) Infancia; 4) Etapa de la Escuela Primaria; 5) Vida Familiar; 6) Historia Laboral; 7) Recreación y Socialización; 8) Etapa de la Escuela Secundaria; 9) Vida cotidiana; 10) Comunidad; y 11) Noviazgos.

Tras haber obtenido el consentimiento de Karla y de su familia, se realizaron cuatro entrevistas, cada una con una duración de dos horas aproximadamente. Una de estas entrevistas se realizó con la madre, para obtener información sobre los primeros años de la vida de Karla.

---

<sup>2</sup> Por cuestiones de confidencialidad, el nombre de la adolescente ha sido modificado.

## Procedimiento

Durante la investigación se desarrollaron los siguientes procesos (Hernández, Fernández y Baptista, 2006):

- Se recolectaron los datos por medio de las *entrevistas a profundidad* y los *diarios de campo* donde se registraban tanto las observaciones que se hacían del contexto como las experiencias de los investigadores durante el trabajo de campo.
- Los datos provenientes de los diarios de campo y las transcripciones de las entrevistas fueron analizados eligiendo como unidad de análisis cada sesión completa de entrevista.
- Las categorías se establecieron a partir del estado de la cuestión. Los datos se diferenciaron según distintos niveles: cultural, social, comunitario, institucional, familiar e individual. Se identificaron los sucesos, patrones relacionales, acciones, significados y aspectos del contexto que constituían factores de riesgo de prostitución infantil, así como aquellos que se habían convertido en factores de prevención. Cabe señalar que en los niveles cultural y social los datos surgen principalmente del estado de la cuestión, mientras que en los niveles comunitario, institucional, familiar e individual, los datos surgen de las sesiones de entrevistas y de los diarios de campo.
- A partir del estudio de un caso de una adolescente de La Merced, se desarrolló un Modelo de Prevención de Prostitución Infantil, el cual permite identificar experiencias comunes para las adolescentes de esta población en los niveles cultural, social, comunitario e institucional que previenen la prostitución infantil, además de que muestra la forma en que las diferencias individuales entre las adolescentes y las diferencias en el funcionamiento de sus familias constituyen un elemento significativo para la prevención de la prostitución infantil.

## Resultados

Tras haber categorizado y analizado los datos provenientes de las entrevistas y la observación del contexto, se desarrolló un *Modelo de Prevención de Prostitución Infantil* a partir del estudio de caso, basado en la interacción de distintos niveles a través del tiempo (ver Anexo IV, p. 132):

### I) Nivel Cultural.

En este nivel aparece un movimiento minoritario de organizaciones internacionales para combatir la ESCN (Explotación Sexual Comercial de Niños), lo cual implicará diversas acciones en el nivel social.

### II) Nivel Social.

Las acciones emprendidas implican legislaciones internacionales para combatir la ESCN (como iniciativas de ley y penalizaciones). Otro tipo son las campañas en medios masivos de comunicación para fomentar la denuncia de la ESCN.

### III) *Nivel Comunitario.*

En este nivel se ha detectado una ausencia de programas gubernamentales y redes comunitarias de protección a la infancia, sin embargo el mercado de comidas funciona como espacio de contención y protección para “miembros de la comunidad”.

### IV) *Nivel Institucional.*

Ante las dificultades en el nivel comunitario, surge un Programa de Prevención de Prostitución Infantil por parte de una organización no gubernamental. Este programa previene la inserción prematura al mercado laboral y promueve mejores expectativas laborales y escolares. Sus actividades consisten en brindar información sobre los derechos de la infancia, talleres de sexualidad y realizar regularización académica. También funciona como un espacio alternativo de recreación y la adherencia del usuario al programa se favorece cuando las actividades se adaptan a su nivel de desarrollo.

### V) *Nivel Familiar.*

Algunos aspectos de la familia que previenen la prostitución infantil serían: un vínculo afectivo positivo con la madre, que se favorece por su presencia constante y también por un vínculo positivo con las hermanas (que se autorregulan, comparten responsabilidades y se protegen entre sí). Otros aspectos preventivos son el rechazo de la madre a la prostitución y el contacto de la familia con el mercado, lo cual favorece que sean percibidos como “miembros” de la comunidad y gocen de su protección.

### VI) *Nivel Individual.*

Vinculado con el rechazo materno a la prostitución, se encuentran algunos aspectos individuales de la adolescente que son preventivos: una concepción no mercantil de su cuerpo y de su sexualidad, la percepción de la prostitución como una actividad dañina a nivel físico y moral, así como una baja percepción de riesgo de caer en la prostitución.

Tras haber percibido que los hombres de su comunidad son drogadictos, acosadores, proxenetas, delincuentes, violentos y que embarazan a las mujeres sin hacerse responsables, ha desarrollado una percepción de la figura masculina como peligrosa (que a la vez puede ser un factor de riesgo), que le permite conocer los riesgos de la comunidad y desarrollar estrategias para protegerse. A esto se añade el hecho de que percibir que los patrones humillan a los empleados la motiva a buscar un trabajo fuera de la comunidad.

## **Discusión**

La prostitución infantil es un problema social donde interactúan factores de distintos niveles a través del tiempo. Las intervenciones en los niveles más amplios, como las campañas contra la explotación sexual infantil o las modificaciones en la legislación, son importantes para afrontar este fenómeno, pero son insuficientes si las redes de prostitución continúan operando en la comunidad.

Dentro de la comunidad existen redes de apoyo que protegen a los niños de ser capturados. Sin embargo, no todas las familias e individuos cuentan con estos lazos, por lo

que la presencia de instituciones que realicen programas de prevención permite la creación de una red de protección para los niños en riesgo (Espacios de Desarrollo Integral A. C., 2005). Estas instituciones pueden incluso realizar una significativa labor en la relación entre el niño y la escuela, para favorecer que los niños continúen estudiando, ya que el fracaso escolar promueve el ocio o la entrada prematura al contexto laboral, en una comunidad donde existen un gran número de riesgos en la cotidianidad.

La familia es fundamental para la prevención y el afrontamiento de estos factores de riesgo (Organización Internacional del Trabajo, 2004; Espacios de Desarrollo Integral A. C., 2005). En este estudio observamos una relación positiva entre madre e hija y entre las hermanas, la ausencia de conductas violentas, el uso frecuente del humor, la capacidad para establecer redes sociales, el trabajo de equipo en el hogar y valores que rechazan la explotación laboral y la mercantilización del cuerpo. A pesar de que estos factores de protección favorecen que Karla no entre la prostitución, existe el riesgo de no concluir la escuela secundaria y entrar al mercado laboral en una etapa donde se está aprendiendo a manejar la sexualidad. Por lo tanto, para favorecer la prevención de otro tipo de problemas sociales, se sugiere realizar intervenciones de educación sexual, apoyo académico y fortalecer a los padres en aspectos concretos como el establecimiento de límites cuando los hijos realizan acciones que los ponen en riesgo, ya sea en la escuela o en la comunidad.

Este caso deja algunas interrogantes para el campo de la Terapia Familiar: ¿cómo apoyar a una familia resiliente que no manifiesta la necesidad de una terapia?; ¿cómo evaluar la situación de la familia para observar el efecto de otros niveles?; ¿cómo intervenir en otros niveles para apoyar a la familia?

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

### **4.1. Productos Tecnológicos**

#### **4.1.1. Preguntas en Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna**

Durante la conversación con las familias, los terapeutas hacemos preguntas. Una dificultad para los terapeutas en formación es saber qué tipo de preguntas hacer en los diversos momentos del proceso terapéutico. La cuestión se torna más compleja porque no basta tener una lista de preguntas posibles, sino que es importante saber de dónde surgen las preguntas, qué es lo que buscan en la terapia y cómo se pueden utilizar en el curso de la conversación.

Por este motivo se ha desarrollado una presentación de Power Point, dirigida a programas de formación de terapeutas, para favorecer el conocimiento de distintos tipos de preguntas que puedan orientar sus prácticas supervisadas, tanto para mantener una perspectiva sistémica durante los procesos como para organizar sus sesiones.

Otro objetivo de esta presentación es brindar una guía para los terapeutas en formación, de modo que puedan identificar el tipo de preguntas que se pueden utilizar

en cada modelo y consideren la importancia que tiene para ciertos modelos el realizar preguntas específicas para dirigir el curso de la terapia en sus diversas etapas.

Al principio de la presentación, se definen algunos objetivos de las preguntas en la terapia familiar. Después se retoma a Karl Tomm (como se cita en Ochoa, 1995), quien clasifica las preguntas en lineales, circulares, estratégicas y reflexivas. Se define cada tipo de pregunta y se dan numerosos ejemplos. Posteriormente se exponen las clasificaciones de Navarro (1992) y de Andolfi (2003).

Tras presentar las diversas clasificaciones, se explican y ejemplifican preguntas del Modelo de Terapia Breve del MRI, del Modelo de soluciones y de la Terapia Narrativa. Se abordaron estos tres modelos porque se consideró que utilizan preguntas específicas o han clasificado las preguntas que realizan durante el proceso terapéutico, a diferencia de otros modelos que retoman diversos tipos de preguntas de la clasificación de Tomm, pero sin caracterizarse por el uso de preguntas de fórmula o diferenciar las preguntas que hacen en función de los objetivos o la etapa del proceso terapéutico.

Al final de la presentación, se propone a los terapeutas en formación una lectura más profunda de los modelos de los que surgen los distintos tipos de preguntas. Además se aclara sobre la importancia de la práctica de los modelos para aprender a utilizar las preguntas en las conversaciones y poder complementar las herramientas de los diferentes modelos en la terapia. También se enfatiza sobre la necesidad de escuchar al cliente y de validarlo, puesto que la persona del terapeuta es un elemento esencial para el éxito terapéutico.

Cabe señalar que no se recomienda el uso de las preguntas en forma mecánica ni recurrir a cualquier tipo de pregunta sin atender al proceso de la conversación y a los tiempos de los pacientes. Sin embargo, el reto de cada terapeuta es aprender a manejar los tiempos de la terapia, reflexionar sobre su posición en el sistema terapéutico, desarrollar un estilo propio y aprender a abordar situaciones complejas donde los casos no se ajustan a las formas en que suele tratar de solucionar o disolver un problema.

#### **4.1.2. Programa: “Enfoques basados en el Modelo de Soluciones y la Terapia Narrativa para el Tratamiento de los Efectos del Abuso Sexual en Adultos”**

El abuso sexual es un problema social que afecta la vida de las familias y puede dejar heridas profundas en los individuos. Como terapeutas familiares, es fundamental aprender a manejar situaciones en que personas adultas llegan al consultorio sufriendo los efectos de un abuso sexual, ya que para los pacientes suele ser difícil abordar este tipo de sucesos y esperan que un terapeuta sepa estar con ellos y acompañarlos en un viaje de supervivencia y liberación.

Se ha desarrollado un taller, que consta de una carta descriptiva (ver Anexo V, p. 133) y una presentación de Power Point, dirigido a terapeutas para abordar los efectos del abuso sexual en pacientes adultos basados en los enfoques del Modelo de Soluciones y la Terapia Narrativa. El taller tiene una duración de trece horas, en las que se imparten los contenidos teóricos mediante la exposición, y favoreciendo la reflexión

acerca de dichos contenidos en los participantes. Las técnicas se practican mediante rol-playings, donde la persona que imparte el taller modela el uso de las técnicas y supervisa los ejercicios entre los participantes.

El Modelo de Soluciones ofrece una perspectiva del abuso sexual en la que los síntomas manifiestan una disociación de los individuos, que provoca la negación de ciertos aspectos de sí mismos. El enfoque terapéutico se centra en la queja del cliente y a la vez en la valoración y aceptación de su experiencia. Se buscan alternativas para cambiar los patrones de acción y la visión del cliente que mantiene el problema; además de que se favorece la búsqueda de un futuro con nuevas alternativas. Para lograr esto se recurre a intervenciones características del modelo, así como a rituales terapéuticos, técnicas rogerianas, el uso de un lenguaje de posibilidades, técnicas específicas para detener conductas autolesivas y flashbacks, además de evaluaciones para observar los cambios en la terapia en casos de abuso sexual.

La Terapia Narrativa retoma algunas ideas y técnicas del Modelo de Soluciones, y promueve una terapia que posicione al cliente como una persona competente en lugar de una víctima. Se encuentra centrado en los efectos del abuso en la vida del cliente, y la decisión de hablar del abuso recae en este último. Se utilizan técnicas como la externalización del problema, preguntas sobre la influencia del problema en la vida del cliente, preguntas sobre excepciones o momentos en que el cliente no ha permitido que el problema afecte su vida, así como preguntas orientadas a recharacterizar al cliente en función de las acciones que ha realizado para combatir los efectos del abuso y que le brindan una identidad de persona competente y valiosa.

La importancia de este taller radica en la presentación de dos enfoques terapéuticos sumamente respetuosos con los clientes y que brindan técnicas específicas para abordar este tipo de casos. Aunque está dirigido a terapeutas, puede ser modificado ampliando las perspectivas teóricas y cambiando los rol-playings por técnicas de sensibilización, a fin de ser impartido en agencias gubernamentales que tratan diariamente con víctimas de abuso sexual. Esto puede generar un nuevo tipo de comprensión del abuso y facilitar una relación de ayuda más humana que impida el proceso de revictimización que suelen sufrir las personas que denuncian este delito.

## **4.2. Programa de intervención comunitaria**

### **4.2.1. Taller de Prevención de Abuso Sexual**

Se desarrolló un Taller de Prevención de Abuso Sexual titulado “¿Quieres saber un secreto?” (ver Anexo VI, p. 137), el cual impartimos a un grupo de segundo grado de una de las escuelas primarias de la Colonia Pedregal de Santo Domingo, ubicada en la Delegación Coyoacán.

El objetivo general del taller fue proporcionar a los niños, niñas y adultos participantes, información y estrategias para prevenir y actuar oportunamente en casos de abuso sexual infantil. Las temáticas fueron las siguientes:

- ¿Que es el abuso sexual infantil?
- ¿Cómo prevenir el abuso sexual infantil?

- ¿Cómo saber cuando un niño o niña ha sido abusado sexualmente?
- ¿Cuáles son las implicaciones del abuso sexual infantil?
- ¿Qué hacer cuando un niño o niña ha sido abusado sexualmente?

La duración total del taller fue de 10 horas, divididas en cuatro sesiones de 2.5 hrs. cada una, de las cuales una fue exclusiva para los padres o adultos responsables, y las tres restantes para los niños y los adultos que los acompañaban.

El grupo estuvo compuesto por 10 niños y 14 niñas, con edades entre 7 y 11 años. Cabe señalar que en este grupo de 24 niños, detectamos a cuatro que habían sido abusados sexualmente o habían sufrido intentos de abuso.

En las sesiones con los niños, se realizaron actividades lúdicas para motivarlos, mantener su atención y establecer un vínculo que facilitara el trabajo. Para hablar del abuso sexual recurrimos a actividades grupales, como la proyección del video “El árbol de Chicoca” y la lectura de un cuento, que posteriormente fueron complementadas con preguntas de comprensión para que reflexionaran acerca de la historia y preguntas para ponerse en el lugar de los personajes y que pudieran identificar lo que harían si se encontraran en la misma situación o de qué otra forma podrían actuar para protegerse de un abuso. Otra actividad fue la lectura grupal del manual del participante, un folleto para colorear con los personajes de la caricatura “Bob Esponja”, donde se explicaba a los niños qué era el abuso sexual, qué efectos puede tener en los niños y cómo pueden prevenirlo. Una de las actividades finales, que buscaba que los niños mostraran lo que habían aprendido durante el taller, consistió en plasmar en cartulinas algunas recomendaciones que el grupo daba a otros niños que no habían recibido el taller.

Realizamos otras actividades donde el papel de los adultos fue muy importante para su desarrollo. En la “Niñografía” organizamos equipos de trabajo donde los niños y los adultos identificaron cómo podían proteger las distintas partes del cuerpo, pero los adultos mostraron cómo proteger sus partes íntimas, ante la renuencia de los niños a hablar de ello. También en un juego donde los niños tenían que moverse hacia diferentes lugares del aula dependiendo de si la frase acerca del abuso sexual era verdadera, falsa o no tenían claro a donde pertenecía, los adultos pudieron orientar a los niños cuando estaban confundidos y explicarles las razones por las que pensaban así.

En las sesiones con los adultos, se recurrió principalmente a la técnica de la exposición, la cual se complementaba con un diálogo entre los participantes para escuchar perspectivas distintas a aquellas de los instructores. Las temáticas que se revisaron fueron los efectos del abuso sexual, la experiencia de la víctima y los signos para detectar un posible abuso, además de lo que se puede hacer para prevenir el abuso o para actuar en caso de que se presente. En estas sesiones fue interesante conocer el punto de vista de las madres acerca del abuso, conocer lo que hacen para proteger a sus hijos, así como los dilemas personales que generan este tipo de problemas sociales.

Un aprendizaje importante adquirido en este taller ha sido el desarrollo de estrategias para mantener la disciplina en un grupo de niños y captar constantemente su atención durante las actividades. En este sentido, fue útil construir conjuntamente un reglamento que regulara la conducta de los niños y que se obligara a cumplir por parte de los instructores y el mismo grupo, además de que se utilizaron reforzadores en algunas actividades que requerían mayor esfuerzo cognitivo para favorecer la

participación del grupo. También aprendimos a manejar el lenguaje de los niños y a diseñar actividades grupales donde se favoreciera la reflexión y los niños mostraran lo que habían aprendido en el taller y en sus casas acerca del abuso sexual. Cabe señalar que para futuros talleres, puede ser muy útil agregar al manual del participante más actividades individuales para los niños, como completar las frases en una historieta, circular al personaje que está diciendo la verdad, ordenar la secuencia de una historia, o incluso recurrir a técnicas como el psicodrama para que los niños puedan representar diferentes roles en una obra.

Respecto al trabajo con adultos, aprendimos que es importante tener conocimientos teóricos sólidos acerca del tema que manejaremos, pero que se requiere traducir dichos conocimientos a un lenguaje que pueda ser comprendido por los participantes, y que también es útil permitir que los participantes expresen el conocimiento previo que tienen acerca del tema. Esto permite, desde la postura del construccionismo social, que instructores y participantes intercambien conocimiento, y que se hagan públicos los valores que sustentan las personas que participan en el diálogo. Otro aspecto importante al presentar información que proviene de la investigación, es mostrar que un problema social como el abuso sexual no siempre tiene los mismos efectos y que existen variables en el individuo y en el ambiente que pueden favorecer su resiliencia.

En cuanto a la planeación del taller, nos parece importante que se dialogue con todos los clientes de este taller, para conocer sus expectativas, evitar que se imponga la agenda de uno de los clientes y favorecer que se negocien junto con los instructores los objetivos del taller y la viabilidad de las actividades. También resulta significativo obtener la retroalimentación constante acerca del taller por parte de la institución donde se realice, para hacer las modificaciones necesarias durante el proceso.

Una última reflexión es que el abuso sexual es uno de los secretos mejores guardados por nuestra sociedad, que se refleja en la falta de campañas publicitarias masivas para su prevención, o en los obstáculos para la educación sexual en las escuelas. Este problema social se haya vinculado estrechamente con los significados de las comunidades relacionados con el sistema de género y el sistema de dominación de los niños por parte de los adultos.

### **4.3. Reporte de Presentaciones de Trabajos en Foros Académicos**

#### **4.3.1. Ponencia en Congreso: “El infierno del celular: un caso de violencia en la pareja”**

Este trabajo fue presentado en el marco del X Congreso Nacional y I Iberoamericano de Terapia Familiar, titulado “Ciencia, Arte y Espiritualidad”, que se llevó a cabo del 23 al 26 de noviembre del 2006 en Acapulco, Guerrero. Fui el único autor de la ponencia, aunque el caso fue atendido en coterapia junto con Linda López Aragón.

Una aportación de esta ponencia a la comunidad de terapeutas familiares, es que favorece la reflexión sobre el modo en que un suceso cotidiano de nuestros tiempos, la comunicación a través de un celular, puede generar un ciclo de interacciones negativas que a través del tiempo vayan transformando la relación de pareja y la forma en que sus

miembros se perciben a sí mismos. Se hace hincapié en la complejidad de la situación, la cual requiere múltiples miradas y lugares a donde mirar a fin de alcanzar una mejor comprensión que nos permita actuar como terapeutas. Una comprensión que vaya más allá de la verdad de los hechos y el desenmascaramiento de las mentiras, sino que busque entrelazar las historias individuales con la historia de la relación, conocer cómo es que el contexto actual ha amenazado la continuidad del proyecto de pareja y ha afectado la identidad de sus miembros, y que explore las posibilidades para crear una relación diferente. En esta postura, el terapeuta no sólo es un antropólogo que se interna a la selva de la pareja, sino alguien que brinda contención emocional en los momentos de crisis y busca facilitar el diálogo entre la pareja para que sus miembros asuman la responsabilidad de sus acciones sobre la relación y que conjuntamente decidan lo que quieren hacer con ella.

Para mi formación como terapeuta familiar, esta ponencia me ha ayudado a observar mi trabajo clínico en forma crítica y ha favorecido que asuma una postura ética donde comunique a la comunidad tanto mis aciertos como mis errores en el proceso terapéutico, de manera que se genere un conocimiento sobre la forma en que el tipo de intervenciones y de relaciones dentro del sistema terapéutico influyen en el desarrollo de la terapia.

#### **4.3.2. Asistencia al Taller: “Prácticas Colaborativas: Conversaciones y Relaciones que generan Posibilidades”**

Este taller, organizado por el Grupo Campos Elíseos, fue impartido el 23 y 24 de febrero del 2007 por Harlene Anderson, y tuvo una duración de 13 horas. El trabajo estuvo destinado a dialogar acerca de la postura filosófica de las prácticas colaborativas y a participar en las conversaciones con personas que han utilizado este tipo de enfoque en contextos como escuelas, hospitales psiquiátricos, centros de atención para trastornos alimentarios y albergues.

El taller no ofreció las técnicas específicas de otros modelos ni el modelamiento por parte del experto de su práctica terapéutica. Sin embargo, me brindó la oportunidad de observar cómo se asume una postura filosófica y aprendí algunas ideas sobre cómo trasladar esta postura al campo de la terapia:

- El ser un buen huésped y un buen visitante ayuda a crear una relación de colaboración.
- Hay que tener claras las preocupaciones del cliente y sus expectativas sobre la terapia, por lo que sirve preguntar al cliente si la conversación le ha sido útil.
- Puede ser benéfico para la relación terapéutica asumir una posición de curiosidad.
- En la conversación, puede ser útil tomarse un tiempo para pensar y hacer públicos algunos de nuestros diálogos internos.
- Cuando se dialoga, la relación no se basa en los monólogos del terapeuta o del cliente.

- La práctica colaborativa no implica dejar de usar nuestros conocimientos teóricos y prácticos previos, sino utilizarlos con una postura filosófica diferente.
- La incertidumbre es inevitable y provoca angustia, pero saber conversar y relacionarse de una forma que favorezca la colaboración del cliente, puede ayudar tanto a lidiar con la incertidumbre como a disolver un problema.
- Este enfoque requiere terapeutas flexibles que sean capaces de adaptarse a cada nuevo contexto clínico y que puedan trabajar en equipo para abordar casos complejos.

Tras haber asistido a este taller, me surgió la idea de que la práctica colaborativa permite al terapeuta integrar otros modelos teóricos y técnicas en su trabajo, pero desde una postura diferente. Ya sea que se decida adoptar un modelo acorde al estilo personal o que se aprovechen tanto las similitudes como las diferencias entre los modelos en un eclecticismo que surge de un constante proceso reflexivo, puede ayudar a nuestro trabajo como terapeutas asumir una postura acorde con el construccionismo social, donde se busque ser experto en relacionarse con los clientes de forma colaborativa y en la facilitación del proceso dialógico.

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

### **5.1. Discusión e integración de las consideraciones éticas que surgen de la práctica profesional**

En base al Código Ético de la Asociación Americana de Terapia Familiar y de Pareja (Goldenberg et al., 2000), considero fundamental asumir algunos principios éticos en mi práctica clínica:

- No discriminar o negar mi servicio profesional basado en la raza, el género, la religión, la nacionalidad o la orientación sexual.
- Evitar relaciones duales con los clientes que afecten mi juicio profesional o incrementen el riesgo de la explotación o el abuso de confianza (ejemplos: negocios, amistad, intimidad sexual). Esto implica evitar el uso de mis relaciones profesionales con los clientes para perseguir mis intereses personales.
- Respetar el derecho de los clientes a tomar decisiones y ayudarlos a comprender las consecuencias de dichas decisiones.
- Continuar la relación terapéutica sólo mientras es suficientemente claro que los clientes se están beneficiando de la relación.
- Asistir a los clientes a obtener otros servicios terapéuticos cuando no pueda o no desee, por razones apropiadas, brindar ayuda profesional.
- No abandonar o ser negligente con los clientes en el tratamiento.
- Obtener consentimiento informado escrito de los clientes antes de grabar en audio o en video, o al permitir la observación de la sesión por parte de terceros.
- Mantener la confidencialidad, excepto en la siguiente situación: para prevenir un claro e inmediato peligro para una persona o grupo de personas.

- Utilizar el material clínico en foros académicos sólo con el permiso escrito del cliente.
- Guardar los expedientes clínicos en formas que mantengan la confidencialidad.
- Buscar asistencia profesional para mis problemas personales o conflictos que puedan afectar mi práctica terapéutica o juicio clínico.
- Evitar el diagnóstico, tratamiento o consejo en problemas fuera de los límites de mi competencia.
- Mantenerme informado de los nuevos desarrollos en el conocimiento y la práctica de la terapia familiar, a través de actividades educativas.

Sin embargo, asumir ciertos principios éticos para mi práctica como terapeuta familiar, no me salvan de los dilemas éticos de la profesión (Goldenberg et al., 2000):

- ¿Se priorizan las necesidades de los individuos o las necesidades de la familia?
- ¿Cómo manejar los secretos?
- ¿Cómo intervenir siendo sensible a las diferencias de género?
- ¿Qué hacer cuando mis valores personales están en conflicto con los de la familia?
- ¿Cómo manejar mi posición de poder? ¿Quién define cómo debe ocurrir el cambio?

Para manejar estos dilemas, considero necesario actualizarme constantemente como terapeuta y manejar herramientas terapéuticas para las cuales haya recibido el entrenamiento y certificación correspondiente. También será importante mantenerme en contacto con un grupo de supervisión o colaborar con un equipo de terapeutas, donde pueda reflexionar constantemente sobre mi práctica clínica y la forma en que mis valores personales influyen en la terapia. Sin embargo, cuando estos recursos no me permitan ayudar al cliente ya sea porque no me considero lo suficientemente competente o porque no puedo encontrar la forma de establecer una relación de trabajo con él, será mejor darle alternativas para una canalización con otro terapeuta.

Considero que los principios éticos tienen una cierta coherencia, pero a la vez pueden evolucionar a través del tiempo, gracias a distintos procesos:

- Las experiencias personales que se van teniendo en cada etapa de los distintos ciclos vitales (individual, de la pareja, de la familia).
- El aprendizaje que se va obteniendo de las situaciones de cada nuevo cliente.
- La reflexión generada en el seno de un equipo de supervisión.
- Los cambios socioculturales que exigen una revaloración constante de los principios éticos previamente aceptados.

Aunque cabe señalar que la formación como Terapeuta Familiar facilita que nos conduzcamos de forma ética, ya que los diversos enfoques del campo, con sus epistemologías y prácticas terapéuticas, lo favorecen de múltiples maneras:

- Siendo más respetuosos de la forma en que los clientes perciben el mundo y narran sus vidas.
- Reflexionando constantemente sobre la manera en que observamos a los clientes y sus situaciones.

- Cuidando la forma en que nos relacionamos y conversamos con los clientes.
- Tratando de no imponer nuestras creencias e intervenciones y cuidando que nuestra práctica no sea iatrogénica.
- Colaborando en la deconstrucción de las prácticas discursivas que limitan la vida de los clientes.
- Haciendo públicas nuestras preocupaciones cuando los clientes realizan acciones perjudiciales para ellos y sus familias; y en caso de que sea necesario, denunciando los actos de violencia que ponen en riesgo la integridad de las personas.
- Escuchando atentamente a los clientes y siendo empático con ellos.
- Buscando posibilidades, recursos y el desarrollo de la agencia personal.
- Abriendo la práctica profesional a la mirada del campo de profesionales de la salud mental y aprendiendo a trabajar en equipo en la atención de las personas.

Para finalizar esta reflexión, puedo decir que la ética se parece a una historia zen (Jodorowsky, 2004):

Llega un padre orgulloso con un maestro a enseñarle lo que han avanzado sus hijos en el arte del samurai. El padre coloca una vasija en la parte superior de la puerta, de manera que cuando entren sus hijos demuestren su talento mientras la vasija cae al suelo. Su primer hijo entra y antes de que caiga al suelo saca su espada y corta la vasija. El padre dice “a éste aún le falta aprender”. Luego entra su segundo hijo, pero éste logra destruir la vasija mucho antes de que se acerque al suelo. El padre comenta “este hijo ha avanzado más”. Después entra el tercer hijo, y sin tener que usar su espada, coge en el aire la vasija y la deposita en el suelo cuidadosamente. El padre expresa “este es mi hijo más avanzado”. Al terminar las demostraciones, el maestro llama a su mejor alumno, quien al darse cuenta de lo que están haciendo, evita entrar a la habitación para que no se caiga la vasija.

De forma análoga a un samurai, un terapeuta que se conduzca de manera ética, requiere mantenerse atento a sus valores y reflexionar sobre ellos constantemente, para no provocar algún daño a sus clientes.

## IV. CONSIDERACIONES FINALES

### 1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

Durante la Residencia logré desarrollar distintos tipos de habilidades y competencias profesionales:

- *Habilidades teórico-conceptuales.*  
Fui capaz de conceptualizar los aspectos teóricos de los modelos terapéuticos, realizar una reflexión crítica sobre ellos e identificar su especificidad y aplicación clínica en diversos contextos.
- *Habilidades clínicas, detección, evaluación y tratamiento.*  
Desarrollé la capacidad de observar el proceso terapéutico; entrevistar y generar una alianza terapéutica; definir motivos de consulta y demandas terapéuticas; evaluar el tipo de problema y opciones de solución; definir junto con los clientes objetivos terapéuticos y el plan de tratamiento; identificar obstáculos y recursos en los individuos y las familias; aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y tratar las demandas de los clientes; formular hipótesis que promuevan diferentes relaciones; evaluar los resultados y terminar el tratamiento; crear procedimientos innovadores para la evaluación de los procesos interaccionales, el proceso de intervención y su seguimiento; diseñar, seleccionar y aplicar los diferentes métodos para incidir eficazmente en la problemática presentada, fundamentando las elecciones clínicas; elaborar reportes del tratamiento; y considerar los diferentes contextos sociales y culturales donde interactúan el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades de los clientes.
- *Habilidades de investigación y enseñanza.*  
Aprendí a diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación mediante metodología cuantitativa y cualitativa sobre problemas o necesidades de las familias; obtener datos sobre las características de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias, así como a formular hipótesis sobre la interacción de los factores involucrados; realizar análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar sobre su conceptualización y procesos internos; y a difundir estos conocimientos.
- *Habilidades de prevención.*  
Aprendí a elaborar proyectos de intervención comunitaria, identificar procesos que ayudan a prevenir problemas familiares, diseñar programas de difusión y educación para la prevención de problemas psicosociales en la familia y la comunidad, además de aplicarlos en colaboración con las instituciones y grupos que intervienen.
- *Ética y compromiso social.*  
Desarrollé valores y actitudes que me permitieron comprometerme con mi papel de terapeuta ante las familias y la sociedad; tener una actitud de respeto,

confidencialidad y compromiso con las necesidades de los clientes, responder a ellos de manera profesional; mostré respeto e inclusión hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales; pude analizar con honestidad mi trabajo terapéutico apegándome a las normas de la ética profesional; me comprometí a actualizar e innovar mis capacidades profesionales constantemente; y asumí la responsabilidad de canalizar los casos cuando me considerara competente o solicitar terapia personal cuando los supervisores lo consideraran necesario.

## 2. Incidencia en el campo psicosocial

El trabajo que realicé durante la Residencia estuvo ligado a la prevención primaria y secundaria de un problema social que ha sido difícil de combatir, el Maltrato Infantil:

- Se desarrolló una investigación cualitativa para crear un Modelo de Prevención de *Prostitución Infantil* a partir de un estudio de caso de una adolescente de La Merced.
- Se creó una Escala de Atmósfera Emocional para conocer la percepción de los adolescentes del grado en que se permite o restringe la expresión emocional en sus familias, lo cual se asoció con el riesgo de desarrollar enfermedades psicosomáticas.
- Se realizó una intervención comunitaria con niños y adultos de una escuela de la Delegación Coyoacán para la prevención del *Abuso Sexual*.
- Se diseñó un taller para la atención de los efectos del abuso sexual en adultos bajo el Modelo de Soluciones y la Terapia Narrativa, dirigido a terapeutas en formación y profesionales que trabajen con víctimas de abuso sexual.
- Se presentó en el X Congreso de Terapia Familiar una ponencia sobre un caso de violencia en la pareja que también ejercía maltrato psicológico en su hija.
- A nivel de Prevención Secundaria, se atendieron casos desde las perspectivas sistémicas y posmodernas, de *Maltrato Psicológico y Físico*, en contextos donde existía violencia, adicciones y prácticas inadecuadas de crianza.

Las intervenciones estuvieron enfocadas principalmente a los individuos (para favorecer nuevas acciones y percepciones) y en sus familias (para influir en sus interacciones y significados), por lo que se focalizaron en el microsistema. Sin embargo, dentro de los procesos terapéuticos y en la intervención comunitaria se favoreció la deconstrucción de discursos de género, poder y normalidad, lo cual permite que en un nivel local se influya sobre los valores culturales y sistemas de creencias del macrosistema. En este sentido, el desarrollo de investigaciones relacionadas con el Maltrato Infantil y el proceso de divulgación del conocimiento también favorece que existan nuevas perspectivas sobre el problema y la práctica terapéutica se oriente hacia nuevas posibilidades de acción.

Una aportación importante a la atención del Maltrato Infantil, que se refleja principalmente en la investigación sobre Prostitución Infantil y los casos de Maltrato Psicológico y Físico atendidos bajo el marco de las Terapias Posmodernas, es que al considerar el contexto social y cultural, el enfoque recae menos en la psicopatología de los individuos, lo cual favorece el énfasis en los recursos y las posibilidades, en la resiliencia individual y familiar, así como la aplicación del construccionismo social para comprender en el problema e intervenir sobre él, asumiendo una postura colaborativa con la familia, favoreciendo su empoderamiento para aprovechar los recursos de su red social y tomar las decisiones que consideren convenientes para su desarrollo, y denunciando ante la familia los actos perjudiciales sin caer en prácticas de maltrato institucional que afectan la relación terapéutica y mantienen el aislamiento de la familia.

### **3. Análisis del sistema terapéutico total**

Los sistemas terapéuticos que formamos durante la Residencia en los diversos contextos, incluyeron a los siguientes elementos en interacción:

- *El cliente (el individuo, la familia u otro tipo de grupos)*. Acude a la terapia solicitando ayuda debido a una situación problemática que no puede afrontar o solucionar. El sistema del cliente trae consigo diferentes percepciones acerca del problema, que a la vez generan distintas acciones respecto al problema. Tiene expectativas sobre la terapia que en ocasiones requieren negociarse, pues los terapeutas pueden caer en una demanda que no es posible cumplir o que es tan amplia que no se puede saber si la terapia fue útil para el cliente. Requiere aliarse, principalmente con los terapeutas, para participar conjuntamente en la solución o disolución del problema, y estar motivado lo suficiente para el cambio o transformación aunque sienta malestar. También es importante que respete el encuadre terapéutico.
- *Los terapeutas*. En términos generales, junto con el cliente negocian los objetivos de la terapia, establecen un encuadre terapéutico, buscan establecer una alianza terapéutica, atienden y reflexionan sobre el proceso terapéutico y la relación que se desarrolla con los clientes, realizan intervenciones de acuerdo a enfoques específicos complementados con sus estilos particulares; reflexionan sobre la forma en que sus premisas, valores y prejuicios influyen en el proceso; evalúan junto con el cliente la eficacia de la terapia; sistematizan su trabajo clínico y lo reportan. Reciben retroalimentación del supervisor y de los demás miembros del equipo terapéutico; contrastan su perspectiva con las múltiples perspectivas del equipo a través del diálogo; y deciden en mayor o menor medida, dependiendo del tipo de supervisión, qué intervenciones o cambios en la relación terapéutica realizarán de acuerdo con las sugerencias del equipo.
- *Los terapeutas observadores*. Observan respetuosamente el proceso terapéutico, atienden a aspectos verbales y no verbales del proceso que consideran relevantes, analizan el efecto de las intervenciones del terapeuta y de la forma en que se relaciona con los clientes, brindan diferentes perspectivas sobre el caso y pueden sugerir intervenciones. Dialogan con los terapeutas, entre sí y con el supervisor; y en las Terapias Posmodernas pueden participar dentro de las sesiones como equipos reflexivos donde brindan al cliente diferentes perspectivas sobre la situación e incluso pueden convertirse en testigos de sus

cambios. En ciertas supervisiones, también elaboran reportes clínicos de las sesiones.

- *El supervisor.* Observa que los terapeutas en acción y los terapeutas observadores conceptualicen los casos según los modelos o mediante una integración de los mismos, que puedan realizar reportes en forma profesional, que desarrollen las habilidades clínicas específicas de cada modelo, así como las habilidades clínicas generales de mantener una perspectiva sistémica, establecer una alianza terapéutica, brindar apoyo emocional y estar atento al proceso. Dependiendo del estilo de la supervisión, puede variar entre asumir una mayor responsabilidad por el caso y ordenar las intervenciones, o facilitar que en el equipo puedan existir diferentes perspectivas sobre el caso, se dialogue sobre ellas y las intervenciones se sugieran y se dejen a consideración de los terapeutas. Generalmente separan el proceso, en pre-sesión (donde se comentan ideas sobre el caso y algunas intervenciones posibles), inter-sesión (donde el terapeuta sale a comentar con el equipo sobre la sesión y se sugieren ideas sobre intervenciones o el cierre de la sesión) y post-sesión (donde se analiza la sesión, se retroalimenta a los terapeutas y se dialoga sobre el proceso, las perspectivas del caso y las posibles intervenciones). Por cuestiones de tiempo, no siempre se realiza la supervisión con la misma estructura, además de que el interfón facilita que el equipo pueda apoyar a los terapeutas en cualquier momento. Otra función del equipo y el supervisor es valorar que se cumplan los principios éticos y no se realicen prácticas iatrogénicas, y realizar acciones para favorecer que el proceso no caiga en un impasse, o buscar que salga de él.

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

La Residencia en Terapia Familiar ha sido una experiencia que me ha permitido desarrollarme a nivel personal y a nivel profesional de múltiples maneras. Generar una epistemología sistémica me ha servido para observar de una forma distinta los procesos sociales, reflexionar sobre cómo me veo a mí y a los demás, y responsabilizarme de la forma en que participo en dichos procesos. La idea de que la realidad de los significados no es objetiva, me ha permitido ser más respetuoso de las perspectivas de los demás y asumir una postura crítica ante las construcciones sociales que influyen los contextos donde me relaciono.

Durante la Maestría he aprendido a mirar a los individuos y las familias atendiendo a sus significados, sus emociones, sus acciones y sus relaciones, para identificar tanto sus obstáculos como sus recursos, y comprender desde sus perspectivas, las decisiones que han tomado ante los dilemas de sus vidas. He formado una concepción de la terapia como una situación social donde el terapeuta y el cliente se alían para afrontar o transformar una situación definida como problemática, donde el cliente tiene la responsabilidad de respetar el encuadre terapéutico y participar activamente en el logro de sus expectativas, mientras que el terapeuta asume la responsabilidad de establecer una relación de ayuda, reflexionar continuamente sobre los procesos generados por la terapia, y facilitar un diálogo que promueva en el cliente nuevas formas de sentir, pensar y actuar frente a su situación.

Al relacionarme con los docentes, los supervisores, mis compañeros y las familias, me di cuenta de que existían múltiples formas de observar las situaciones clínicas, influidas por nuestros discursos culturales, nuestros valores, nuestros prejuicios, nuestras teorías, nuestras experiencias personales, nuestras relaciones como equipo terapéutico, por citar algunas fuentes. Esto me permitió reflexionar sobre lo que sentíamos ante los casos, los significados que generábamos ante las situaciones y las acciones que realizábamos desde nuestros distintos roles como miembros de un equipo terapéutico.

En este sentido, una herencia invaluable de esta experiencia, es que me ha permitido internalizar las diferentes voces de mis docentes, supervisores, compañeros y clientes, para en el futuro poder observar los casos desde distintas perspectivas, tener una amplia gama de recursos terapéuticos a mi disposición, y reflexionar continuamente sobre la eficacia, ética y compromiso de mi práctica profesional.

Otro tipo de aprendizaje que he desarrollado durante la Maestría, han sido las habilidades de intervención comunitaria, de investigación y de difusión del conocimiento. Esto permitirá que en mi práctica profesional pueda trabajar en niveles más amplios, desarrollar proyectos de investigación, divulgar lo que he aprendido en forma creativa y favorecer la reflexión crítica sobre el conocimiento.

Sin embargo, el mejor regalo que me ha brindado la Residencia ha sido el grupo humano de compañeros y maestros con los que he compartido durante estos dos años, donde nos hemos apoyado solidariamente, nos hemos cuestionado mutuamente, nos hemos visto reír y llorar, nos hemos visto crecer y convertirnos en agentes personales de nuestras vidas. Esta hermosa comunidad me ha enseñado que para ser un terapeuta útil a la sociedad es importante ser una persona que se relacione humanamente con los demás y al mismo tiempo diferenciarse de manera que nuestro trabajo implique un sello personal. Aunque estoy seguro que en mi futuro profesional, surgirá cotidianamente el reflejo de mi generación.

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

La Residencia me permite, a nivel personal, desarrollar el compromiso social de reflexionar de manera continua sobre los procesos sociales y su impacto en las familias y los individuos, así como de generar intervenciones eficaces para que puedan afrontar las circunstancias de nuestro contexto sociocultural de una forma más benéfica. Dicho compromiso me lleva a trabajar en equipos multidisciplinarios para la atención de las diversas problemáticas que impactan a las familias, conducir mi práctica en forma ética y denunciar las prácticas iatrogénicas, desarrollar nuevas habilidades y conocimientos para renovar constantemente mi práctica profesional, limitar mi trabajo a las áreas de mi competencia, generar nuevos conocimientos y metodologías que mejoren los servicios de atención a los clientes, así como cuidar en forma integral a mi persona, puesto que es mi principal herramienta de trabajo.

Como profesionista, los conocimientos y habilidades desarrolladas durante la Residencia en Terapia Familiar, me permiten trabajar en consulta privada o brindar

atención a familias e individuos en instituciones del sector público, de salud mental, de atención integral a la familia o rehabilitación psicosocial. También se favorece el trabajo en organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que requieran intervenir en niveles más amplios, como las comunidades y la sociedad. La perspectiva sistémica incluso puede aplicarse en contextos como las escuelas, las empresas, los albergues, los hospitales y en diversos tipos de organizaciones. En el ámbito educativo, la formación me permite participar como docente a nivel de educación superior y desarrollarme como investigador de procesos e intervenciones psicosociales.

La formación de terapeutas familiares permite que la población de nuestro país tenga acceso a este tipo de servicio, tanto en forma pública como privada. Sin embargo, el campo de trabajo no está limitado al consultorio, ya que también podemos trabajar en las instituciones analizando los procesos psicosociales que afectan las vidas de los individuos, las familias y las comunidades, y diseñando intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria. El terapeuta sistémico puede ser un recurso para las organizaciones, debido a su capacidad de analizar los procesos interaccionales y los sistemas de significados, y su habilidad para favorecer cambios sistémicos mediante estrategias que implican acciones concretas o a través de la facilitación del diálogo entre los miembros del sistema a fin de que encuentren nuevas alternativas de acción.

Un área poco explorada ha sido la participación del terapeuta familiar en el análisis de políticas públicas que tienen un impacto significativo en la vida de las familias, de manera que pueda colaborar para generar políticas más eficaces, especialmente a largo plazo y en amplios sectores de la sociedad, en problemas de salud pública como la violencia intrafamiliar. También pueden aprovecharse las habilidades del terapeuta familiar en la negociación de procesos políticos y/o sociales que afectan a diversas comunidades e incluso pueden poner en riesgo la integridad física y psicológica de las familias.

Cabe señalar que un complemento importante para el terapeuta familiar es el campo de la educación, ya que en este ámbito puede ayudar a la formación de terapeutas, la sistematización de la práctica profesional, al desarrollo de nuevo conocimiento por medio de la investigación, así como a su divulgación.

## Referencias

- Ackerman, N. (1974). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1998). Collaborative language systems: toward a postmodern therapy. En R. Mikesell, D. Lusterman, S. McDaniel (Eds.): *Integrating Family Therapy: Handbook of family psychology and systems theory* (pp. 27-44). Washington: APA.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (2007). A postmodern umbrella: language and knowledge as relational and generative, and inherently transforming. En H. Anderson y D. Gehart (Eds.): *Collaborative Therapy. Relationships and conversations that make a difference* (pp. 43-62). Nueva York: Routledge.
- Anderson, H. (2007). The heart and spirit of collaborative therapy: the philosophical stance- “a way of being” in relationship and conversation. En H. Anderson y D. Gehart (Eds.): *Collaborative Therapy. Relationships and conversations that make a difference* (pp. 43-62). Nueva York: Routledge.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen (comps.): *La terapia como construcción social* (pp. 45-59). Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M. (2003). *El coloquio relacional*. Barcelona: Paidós.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Bentovim, A. (2000). *Sistemas organizados por traumas. El abuso físico y sexual en las familias*. México: Paidós.
- Boscolo, L, Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán: diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cade, B. y O’Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1998). *Niños maltratados*. Barcelona: Paidós.

- Corsi, J. (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. Buenos Aires: Paidós.
- DIF (2006). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Familia 2005*. México: DIF.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1988). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.
- Espacios de Desarrollo Integral A.C. (2005). *Prostitución no con nuestros niños. La acción comunitaria como estrategia de prevención de prostitución infantil*. México: Plaza y Valdés, EDIAC, ECPAT y ONLUS NOVA.
- Farnós, T. y Sanmartín, J. (2005). Menores víctimas de la violencia doméstica. En L. Ezpeleta (Ed.): *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 257-288). Barcelona: Masson.
- Freedman, J. y Combs, G. (1996). *Narrative therapy: the social construction of preferred realities*. Nueva York: Norton.
- Fisch, R., Weakland, J., y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Friedman, S. (2005). *Terapia familiar con equipo de reflexión*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Geffner, R., Barrett, M. y Rossman, R. (1998). Domestic violence and sexual abuse: multiple systems perspectives. En R. Mikeseell, D. Lusterman y S. McDaniel (Eds.): *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory* (pp. 501-514). Washington: APA.
- Gergen, K. y Warhus, L. (2000). *La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias*. Recuperado el 13 de Febrero de 2006 desde <http://www.swarthmore.edu/SocSci/kgergen1>.
- Goldenberg, I., y Goldenberg, H. (2000). *Family therapy: an overview*. Los Angeles: Brooks and Cole.
- Gorell, G. (1998). *Family therapy in changing times*. Londres: McMillan.
- Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jodorowsky, A. (2004). *La sabiduría de los chistes*. México: Random House Mondadori.
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford.
- Linares, J. (1996). *Identidad y narrativa: la terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. (2002). *Del abuso y otros desmanes*. Barcelona: Paidós.
- Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1994). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Monk, G. y Gehart, D. (2003). Sociopolitical activist or conversational Partner? Distinguishing the position of the therapist in narrative and collaborative therapies. *Family Process*, 42, 19-30.
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. (2000). Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En M. Mahoney y R. Neimeyer (Eds.), *Constructivismo en psicoterapia* (pp. 29-58). Barcelona: Paidós.
- Nichols, M. y Schwartz, R. (1995). *Family therapy: concepts and methods*. Boston: Allyn and Bacon
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. y Weiner, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Bertolino, B. (1998). *Even from a broken web. Brief, respectful solution-oriented therapy for sexual abuse and trauma*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Organización Internacional del Trabajo. (2003). *Explotación sexual comercial infantil. Paquete básico*. México: PGR, DIF y STPS.
- Organización Internacional del Trabajo. (2004). *Protocolo operativo para la detección, protección y atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial*. México: OIT-IPEC, PGR, DIF y STPS.
- Palmero, F. y Fernández, A. (1998). *Emociones y adaptación*. Barcelona: Ariel.

- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Perrone, R. y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Quick, E. (1996). *Doing what works in brief therapy: a strategic solution focused approach*. San Diego: Academic Press.
- Ravazzola, M. (1998). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Rivera, M. (1999). *Evaluación de las relaciones intrafamiliares: construcción y validación de una escala*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rojas, R. (2006). *Guía para realizar investigaciones sociales*. México: Plaza y Valdés.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Secretaría de Salud (2007). Servicios de Atención Psiquiátrica. Recuperado el 27 de mayo del 2007 desde <http://sap.salud.gob.mx/>
- Seikkula, J., Arnkil, T. y Eriksson, E. (2003). Postmodern society and social networks: open and anticipation dialogues in network meetings. *Family Process*, 42, 2, 185-198.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 1, 3-12.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Simon, F; Stierlin, H. y Wynne, L. (1988). *Vocabulario de terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Villatoro, J., Quiroz, N., Gutiérrez, M., Díaz, M. y Amador, M. (2006). *Encuesta de maltrato Infantil y factores asociados 2006*. México: INMUJERES e INPRFM.
- Von Glasersfeld, E. (2000). El constructivismo radical o la construcción del conocimiento. En P. Watzlawick y G. Nardone (comps.): *Terapia breve estratégica* (pp. 39-50). Barcelona: Paidós.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós.

- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1976). *Cambio. Formación y solución de problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Paidós.
- White, M. y Epston, D. (1992). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wilkinson, I. (1998). *Child and family assessment: clinical guidelines for practitioners*. Londres: Routledge.
- Witzeaele, J. y García, T. (1994). *La Escuela de Palo Alto: historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.

# ANEXO I

## ESCALA DE ATMÓSFERA EMOCIONAL (Versión Final)

### Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada una de las afirmaciones que se muestran a continuación y marque con una X, la opción que mejor represente la forma de pensar o actuar de su familia respecto a la expresión de los sentimientos. Considere como familia al grupo de personas con las que vive actualmente. Si en su familia existen opiniones contradictorias, elija la opción que represente a la mayoría de sus miembros.

### Ejemplo: Decimos “te quiero” a los demás

Contesta:

- Nunca: Si jamás se dicen “te quiero” en tu familia.  
 Casi Nunca: Si en raras ocasiones se dicen “te quiero” en tu familia.  
 Algunas veces: Si se dicen “te quiero” con poca frecuencia en tu familia.  
 Casi Siempre: Si se dicen “te quiero” con moderada frecuencia en tu familia.  
 Siempre: Si decir “te quiero” es algo que ocurre con demasiada frecuencia en tu familia.

<b>EN MI FAMILIA...</b>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Nos aguantamos las ganas de llorar					
2. Decimos frases cariñosas					
3. Se cree que quienes expresan cariño son “empalagosos”					
4. Evitamos contar nuestras cosas personales para cuidarnos de los demás					
5. Expresamos nuestros temores					
6. Escuchamos al que está “deprimido”					
7. No se habla de temor al fracaso					
8. Se piensa que es inadecuado molestarse					
9. Hablamos con los demás cuando algo nos molesta					
10. No hablamos de lo que nos duele					
11. Nos saludamos de beso y abrazo					
12. No nos enojamos					
13. Tenemos actividades para divertirnos juntos					
14. Nos abrazamos sin motivo					
15. Evitamos cualquier conflicto o discusión					
16. No decimos nuestras opiniones por temor a los demás					
17. Evitamos molestarnos a costa de lo que sea					
18. Decimos “te quiero” a los demás					
19. Se cree que el sexo es una expresión de amor					

**ANEXO II**  
**ESCALA DE EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES**  
**INTRAFAMILIARES (RIVERA, 1999)**  
**FACTOR DE EXPRESIÓN**  
**(ADAPTACIÓN)**

**Instrucciones:**

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

- TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO  
A = 4 = DE ACUERDO  
N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO)  
D = 2 = EN DESACUERDO  
TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

	TA	A	N	D	TD
1. En mi familia hablamos con franqueza					
2. Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista					
3. En casa acostumbramos expresar nuestras ideas					
4. En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones					
5. Mi familia me escucha					
6. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño					
7. En mi familia, yo me siento libre de expresar mis opiniones					
8. Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente					
9. Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes					
10. En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión					
11. Nosotros somos francos unos con otros					
12. En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas					
13. En mi familia, yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga					
14. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones					
15. En mi familia nos decimos las cosas abiertamente					
16. Nos contamos nuestros problemas unos a otros					
17. En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas					
18. Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos					
19. En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta					
20. Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y mantener la paz					
21. La disciplina es razonable y justa en nuestra familia					
22. Todo funciona en nuestra familia					

### ANEXO III

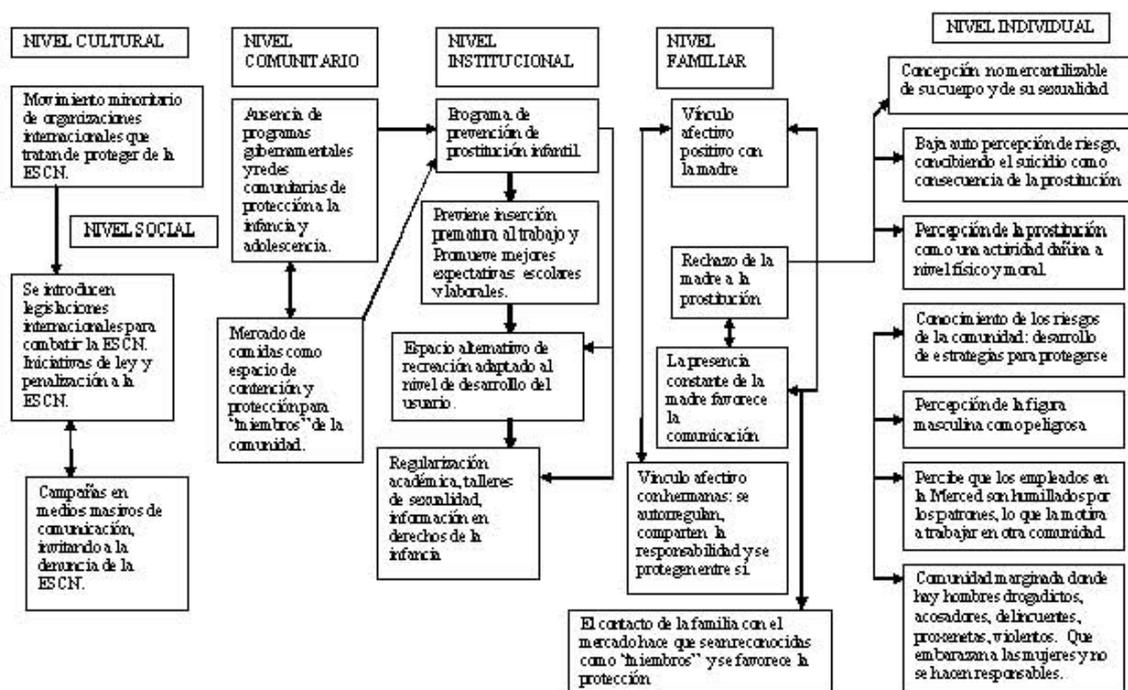
## CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES EN LA ADOLESCENCIA

El presente cuestionario tiene el propósito de evaluar en forma general, cuáles son las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en los adolescentes. Este cuestionario es anónimo, por lo que puedes contestarlo con toda libertad, los datos sólo serán utilizados con fines estadísticos. A continuación encontrarás algunas preguntas sobre si has padecido o no ciertas enfermedades o malestares en los últimos 2 años. Marca con una X la respuesta adecuada, de acuerdo a tu experiencia.

	SI	NO
En los últimos 2 años, ¿has padecido problemas de acné, de tal manera que hayas tenido que acudir al dermatólogo o al menos tuviste la intención de hacerlo?		
¿Aparecieron en tu piel ronchas en todo tu cuerpo o en alguna parte específica, sin razón aparente, desapareciendo más tarde?		
¿Experimentaste la caída parcial o total del cabello? (de tal forma que se notara a simple vista)		
¿Tuviste ronchas acompañadas de enrojecimiento de la piel e hinchazón (urticaria)?		
¿Te diagnosticaron o tuviste herpes en alguna parte del cuerpo (infección en la piel y/o mucosas)?		
¿Tienes Asma?		
¿Eres alérgico o has padecido algún tipo de alergia?		
¿Tienes o has tenido dificultades por tu forma de comer (comes en exceso, casi no comes, comes y luego vomitas)?		
¿Padeces gastritis o colitis?		
¿Tienes problemas de estreñimiento?		
O por el contrario, ¿Obras cuatro o más veces al día?		

# ANEXO IV

## MODELO DE PREVENCIÓN DE PROSTITUCIÓN INFANTIL



**ANEXO V**  
**CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA:**  
**“Enfoques basados en el Modelo de Soluciones y la Terapia**  
**Narrativa para el Tratamiento de los Efectos del Abuso**  
**Sexual en Adultos”**

**Duración:** 13 horas

**Dirigido a:** Terapeutas, psicólogos y terapeutas en proceso de formación.

**Objetivo:** Facilitar a los asistentes el desarrollo de conocimientos teóricos y habilidades clínicas para el tratamiento de los efectos del abuso sexual en personas adultas.

**Número de participantes:** 8 – 10 personas

**PRIMER DÍA**  
**PRIMER ENFOQUE**  
**BASADO EN DOLAN, O’HANLON Y BERTOLINO**  
**Duración: 7 horas**

CONTENIDOS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TIEMPO	REQUERIMIENTOS
Presentación	Favorecer la integración grupal y evaluar tanto expectativas como el nivel de motivación de los asistentes.	Pedir que cada persona se presente (nombre, a qué se dedica, qué espera del curso y qué tan motivado está).	15-20 minutos	Salón amplio con sillas cómodas, que puedan ser movidas con facilidad, ordenadas en círculo. Gafetes. Mesa con refrigerios.
Aspectos teóricos de los efectos del abuso sexual	Desarrollar conocimientos teóricos sobre los efectos del abuso sexual y favorecer la reflexión sobre la forma personal de utilizar la teoría en la terapia.	Exposición de los contenidos. Tiempo de preguntas que favorezcan la reflexión por parte del expositor a los asistentes. Tiempo de preguntas de los asistentes al expositor.	45 minutos	Cañón y lap-top. Carpetas con material didáctico para los asistentes (basado en las diapositivas, con espacio para realizar apuntes). Lápices.
Principios generales del enfoque terapéutico	Conocer los principios generales del enfoque y relacionarlos con la teoría en la que sustenta.	Exposición de los contenidos Tiempo de preguntas que favorezcan la reflexión por parte del expositor a los asistentes. Tiempo de preguntas de los asistentes al expositor.	45 minutos	
Receso	Descanso	De acuerdo a las necesidades de los asistentes.	10 minutos	Mesa con refrigerios. Baño.
Técnicas de reflejo	Favorecer el aprendizaje de las técnicas de	Exposición de las técnicas. Modelamiento de las	1 hora	Cañón y lap-top. Carpetas con material didáctico.

	reflejo.	técnicas por parte del expositor en un rol-playing. Práctica de las técnicas en dos parejas, con retroalimentación del expositor. Tiempo para preguntas por parte de los asistentes.		Lápices.
Receso	Comida	De acuerdo a las necesidades de los asistentes	30 minutos	Asistentes saldrán a comer.
Técnicas para identificar e interrumpir patrones de problema y evocar patrones de solución	Favorecer el aprendizaje del uso de preguntas para identificar patrones de problema y de solución.	Exposición. Realización de dos rol-playings por parte del expositor. Tiempo para preguntas por parte de los asistentes.	1 hora	Cañón y lap-top. Carpeta con material didáctico. Lápices.
Técnicas de orientación hacia el futuro	Favorecer el aprendizaje del uso de preguntas de orientación hacia el futuro.	Exposición. Realización de dos rol-playings por parte de los asistentes con el apoyo del expositor, quien brindará retroalimentación durante el proceso. Tiempo para preguntas por parte de los asistentes.	1 hora	
Receso	Descanso	De acuerdo a las necesidades de los asistentes.	15 minutos	Mesa con refrigerios. Baño.
Técnicas para crear rituales y detener conductas autolesivas o flashbacks	Favorecer el desarrollo de habilidades para crear rituales y detener conductas autolesivas o flashbacks.	Exposición. Realización de dos rol-playings: uno de creación de rituales por parte de los asistentes (con supervisión del expositor) y otro sobre cómo detener conductas autolesivas o flashbacks, por parte del expositor. Tiempo para preguntas por parte de los asistentes.	1 hora	Cañón y lap-top. Carpeta con material didáctico. Lápices.
Evaluación de la terapia	Promover que los asistentes conozcan una escala para evaluar el tratamiento.	Exposición.	15 minutos	Anexo I. Escala de Recuperación enfocada a Soluciones para Sobrevivientes de Abuso Sexual.

**SEGUNDO DIA  
SEGUNDO ENFOQUE  
BASADO EN DURRANT Y WHITE  
Duración: 6 horas**

<b>CONTENIDOS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>REQUERIMIENTOS</b>
Aspectos teóricos de los efectos del abuso sexual	Desarrollar conocimientos teóricos sobre los efectos del abuso sexual y favorecer la reflexión sobre la forma personal de utilizar la teoría en la terapia.	Exposición de los contenidos. Tiempo de preguntas que favorezcan la reflexión por parte del expositor a los asistentes. Tiempo de preguntas de los asistentes al expositor.	30 minutos	Cañón y lap-top. Carpetas con material didáctico para los asistentes (basado en las diapositivas, con espacio para realizar apuntes). Lápices.
Principios generales del enfoque terapéutico	Conocer los principios generales del enfoque y relacionarlos con la teoría en la que sustenta.	Exposición de los contenidos Tiempo de preguntas que favorezcan la reflexión por parte del expositor a los asistentes. Tiempo de preguntas de los asistentes al expositor.	1 hora	
Receso	Descanso	De acuerdo a las necesidades de los asistentes.	10 minutos	Mesa con refrigerios. Baño.
Técnicas para establecer el contexto terapéutico y los objetivos.	Favorecer el aprendizaje de las técnicas para establecer el contexto terapéutico y los objetivos.	Exposición de las técnicas. Modelamiento de las técnicas por parte del expositor en un rol-playing. Práctica de las técnicas en dos parejas, con retroalimentación del expositor. Tiempo para preguntas por parte de los asistentes.	1 hora	Cañón y lap-top. Carpetas con material didáctico. Lápices.
Receso	Comida	De acuerdo a las necesidades de los asistentes	30 minutos	Asistentes saldrán a comer.
Técnicas de externalización y preguntas de influencia relativa	Favorecer el aprendizaje de la técnica de externalización y las preguntas de influencia relativa.	Exposición. Realización de dos rol-playings por parte del expositor. Tiempo para preguntas por parte de los asistentes.	1 hora	Cañón y lap-top. Carpetas con material didáctico. Lápices.
Preguntas sobre excepciones y preguntas de recaracterización única	Favorecer el aprendizaje del uso de las preguntas sobre excepciones y de	Exposición. Realización de dos rol-playings por parte de los asistentes con el	1 hora	

	recaracterización única.	apoyo del expositor, quien brindará retroalimentación durante el proceso. Tiempo para preguntas por parte de los asistentes.		
Receso	Descanso	De acuerdo a las necesidades de los asistentes.	10 minutos	Mesa con refrigerios. Baño.
Cómo abordar el tema del abuso en la terapia	Favorecer el desarrollo de habilidades para abordar el tema del abuso en la terapia.	Exposición. Realización de un rol-playing por parte de los asistentes supervisado por el expositor. Tiempo para preguntas por parte de los asistentes.	25 minutos	Cañón y lap-top. Carpeta con material didáctico. Lápices.
Evaluación del Taller	Evaluar el efecto del taller en los asistentes y el desempeño del expositor; conocer nuevas ideas para mejorar el taller.	Contestar una escala de evaluación del taller.	7 minutos	Lápices. Anexo II. Evaluación Anónima del Taller.
Cierre	Despedida de los asistentes y retroalimentación hacia ellos por parte del expositor.	Enviar un mensaje de despedida del taller. Retroalimentar acerca de los recursos percibidos en los asistentes y brindar sugerencias para profundizar el aprendizaje de los enfoques.	7 minutos	

## ANEXO VI

# CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER DE PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL: “¿Quieres saber un secreto?”

### CARTA DESCRIPTIVA FINAL DE LA SESIÓN 1 (DIRIGIDA A NIÑOS, NIÑAS Y ADULTOS)

**Tema:** ¿Qué es el abuso sexual infantil?

**Objetivo:** que los niños y niñas participantes, así como sus padres o tutores conozcan qué es el abuso sexual infantil y los distingan de otros tipos de maltrato.

**Nota:** Antes de iniciar cada sesión se colocará el orden del día en una hoja de rotafolio a la vista de todos, para que éste pueda ser consultado en cualquier momento por los instructores y participantes.

TEMATICA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
1. Presentación de los participantes e instructores	Que los participantes e instructores se conozcan y se propicie un espacio relajado y de confianza.	La papa caliente: todos los niños y niñas se sentarán en el piso formando un círculo y cantarán “la papa caliente estaba en el sartén tenía mucho aceite ¿quién se quemó? mientras pasan de mano en mano tres pelotas, los niños que se queden con alguna de las pelotas al finalizar la canción tendrán que presentarse y presentar a su padre o madre (quién estará detrás de él o ella), un instructor los anotará en la lista de asistencia, se les entregará a ambos un gafete con su nombre y el juego volverá a comenzar. El juego termina cuando todos se hayan presentado o al tornarse aburrido.	3 Pelotas Calcomanías para hacer gafetes marcadores	20 min.
2. Encuadre de trabajo	Hacer explícito el encuadre de trabajo y construir un reglamento de lo que se vale y lo que no se vale hacer, durante y después del taller.	Los participantes mencionarán las reglas que se les ocurren para sentirse cómodos y en confianza durante y después el taller, éstas son anotadas en una hoja de rotafolio y complementadas por otras reglas básicas propuestas por los instructores.	Hoja de rotafolio Marcadores Plumones Cinta adhesiva	20 min.
3. Proyección de la película “El árbol de chicoca”	Que los participantes conozcan qué es el abuso sexual infantil, a través de la historia narrada en un video diseñado para la prevención de	Ver la película de “El árbol de chicoca”. Al finalizar la película se regresará la cinta para que tanto niños como adultos canten la canción de los genitales.	DVD de “El árbol de chicoca” , televisión, reproductor de DVD y hojas con la letra de la canción de los genitales	40 min.

	éste.			
4. ¿Qué es el abuso sexual infantil?	Que los participantes conozcan qué es el abuso sexual infantil y sean capaces de distinguirlo de otras formas de maltrato y violencia hacia la infancia.	Los instructores haremos preguntas de comprensión a los niños, las cuales abarcarán desde temas “irrelevantes” hasta lo que los niños y las niñas entienden por abuso sexual. A cada niño o niña que participe se le premiará con un dulce. Los adultos formarán un círculo rodeando a los niños y escucharán sus respuestas, podrán complementar las respuestas de los niños y niñas.	Lista de preguntas de comprensión. Manual del instructor: sección sobre elementos básicos para una definición de abuso sexual infantil. Dulces	30 min.
5. Palabras clave sobre abuso sexual infantil	Que los niños y niñas identifiquen algunas palabras clave y señales que les indiquen riesgo o probable abuso sexual	Sopa de letras: todos los participantes resolverán una sopa de letras con palabras clave sobre abuso sexual. La sopa de letras de los adultos será más complicada que la de los niños y niñas.	Hojas con la sopa de letras para cada participante	20 min.
6. Cierre del día	Que niños, niñas y sus padres se relajen y se vayan del taller sin tensiones.	Los cascabeles mágicos: los participantes se reúnen en un solo grupo, el instructor hace sonar los cascabeles y el grupo debe moverse, cuando los cascabeles dejan de sonarse el grupo se para. Un instructor indica como deben moverse (lento, rápido, como pato, como pez, robot, avión, etc.)	Una pulsera de cascabeles o una sonaja	20 min.

## CARTA DESCRIPTIVA FINAL DE LA SESIÓN 2 (DIRIGIDA A NIÑOS, NIÑAS Y ADULTOS)

**Tema:** ¿Cómo prevenir el abuso sexual infantil?

**Objetivo:** Que los participantes adquieran herramientas que les permitan actuar oportunamente en situaciones de riesgo y sepan qué hacer para prevenir el abuso sexual infantil.

TEMATICA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
1. Bienvenida y entrega de gafetes	Dar la bienvenida a los participantes.	Los instructores darán de forma verbal la bienvenida a los participantes. Se les entregará un gafete con el nombre de cada uno de ellos.	Gafetes con nombres de los participantes	10 min.
2. Actividad de desfogue	Que los y las participantes se liberen de tensiones.	Carrera de pelotas: todos los participantes forman un círculo y se numeran, los números pares forman un equipo y los números impares otro. Se entrega una pelota a un integrante de cada equipo, éstos deberán ir dando la pelota al siguiente integrante de su equipo, gana el equipo que complete la ronda más rápido.	Dos pelotas pequeñas de distinto color.	20 min.

3. ¿Cómo puedo cuidar mi cuerpo? (cuidado físico general y cuidado de los genitales)	Que los niños y niñas reflexionen sobre la importancia de conocer y cuidar su cuerpo. Se hará especial énfasis en el cuidado de los genitales y otras partes íntimas del cuerpo.	Niñografía: se divide al grupo en equipos de 4 o 5 integrantes (niños y niñas), todos de un mismo sexo. A cada equipo se le entrega un pedazo de papel Kraf y se les pide que un participante se acueste sobre el papel para que sus compañeros/as dibujen su silueta, en ella escribirán el nombre de cada parte del cuerpo y la forma en que deben cuidarla. Los adultos se integrarán facilitando el trabajo en el equipo de su hijo o hija.	Papel Kraf Gises	40 min.
4. ¿Qué hacer en situaciones de riesgo?	Que los participantes identifiquen situaciones de riesgo y sepan cómo actuar oportunamente, enfatizando que los niños y niñas que han sufrido abuso sexual no son culpables de ello.	Cuento: se contará un cuento sobre un vampiro que aparenta ser un hombre amigable y confiable para abusar sexualmente de los niños y niñas que están a su alrededor. Al contestar las preguntas de comprensión y de reflexión, los niños y las participantes descubrirán la fórmula mágica para evitar caer en la trampa de “los vampiros que abusan de las niñas y los niños”. Cada niño o niña que participe será premiado con un dulce. Los adultos escucharán y posteriormente dirán que es lo que más le llamó la atención de las respuestas de sus hijos y qué desean aportar a las reflexiones de los niños y niñas	Hoja con el cuento escrito. Dulces	60 min.
5. Cierre del día	Que los asistentes se relajen y se vayan del taller sin tensiones.	Los globos: se formarán equipos de tres niños, a cada equipo se le dará un globo que constantemente estará lanzando al aire sin dejar caer, si el globo se cae ese equipo pierde y sale del juego. Los adultos participarán como “policías” que vigilan que cada equipo cumpla con las reglas del juego.	20 globos de colores variados.	20 min.

### **CARTA DESCRIPTIVA FINAL DE LA SESIÓN 3 (DIRIGIDA A NIÑOS, NIÑAS Y ADULTOS)**

**Tema:** ¿Cómo saber y qué hacer cuando un niño o niña ha sido abusado sexualmente?

**Objetivo:** Que los niños, niñas, papás y mamás identifiquen y sepan qué hacer, a dónde y con quién acudir en casos de abuso sexual infantil.

<b>TEMATICA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>DURACIÓN</b>
1. Bienvenida y entrega de gafetes.	Dar la bienvenida a los participantes.	Los instructores darán de forma verbal la bienvenida a los participantes y le entregarán a cada uno un gafete con su nombre.	Gafetes con nombres	10 min.
2. Actividad de desfogue.	Que los y las participantes se liberen de	Pájaros y parvadas: se forman grupos de tres integrantes, dos de ellos se tomarán de las manos para formar el “nido”, el		20 min.

	tensiones.	otro integrante permanecerá dentro de éste y será el pájaro. Al dar la consigna “nidos” los nidos tendrán que moverse en busca de un nuevo pájaro, al dar la consigna “pájaros”, serán estos quienes tendrán que moverse en busca de otro nido, y al dar la consigna “parvada”, se formarán nuevos equipos.		
3. Qué hacer para prevenir y actuar en caso de abuso sexual.	Reforzar el conocimiento que los participantes han adquirido en relación a qué hacer en casos de intento de abuso y abuso sexual	Verdad o mentira: se leerá una serie de frases “clave”, en relación a cómo actuar en casos de intento de abuso y abuso sexual. Los participantes tendrán que determinar si lo que se dice es verdad, mentira o no saben, para lo cual tendrán que moverse a las zonas delimitadas para cada opción. Después, tendrán que argumentar por qué consideran que esa opción es correcta.	Tarjetas con frases clave  Carteles de “verdad”, “mentira” y “no se”, para delimitar las zonas.	35 min.
4. Un mensaje importante para evitar o actuar en caso de abuso sexual.	Que los niños y niñas plasmen su conocimiento en cuanto a la prevención del abuso sexual y lo compartan a través de un consejo con otros niños y niñas que no participaron en el taller.	Lluvia de ideas: se pedirá a los niños y niñas que piensen en qué les gustaría decir o enseñar a niños y niñas que no participaron en el taller y que pudieran estar en riesgo de abuso sexual. En una lluvia de ideas dirán consejos para otros niños sobre qué hacer si están en riesgo o si han sufrido abuso sexual. La idea es que este cartel sea colocado en un lugar estratégico de la escuela para que otros niños y niñas puedan leerlo. A cada niño o niña que participe se le dará un dulce. Los adultos participarán completando el cartel con consejos para niños, niñas y adultos, sobre cómo prevenir el abuso sexual infantil.	Hojas de rotafolio Marcadores Dulces	30 min.
5. Evaluación del taller.	Que los niños y niñas evalúen al taller y a los instructores.	La evaluación se realizará a través del juego de las entrevistas, en el que los niños y niñas contestarán de forma verbal qué aprendieron, qué les gustó, qué no les gustó, qué proponen para mejorar el taller, y qué les pareció la participación de los instructores.	Grabadora de reportero con pilas y Cassette	20 min.
6. Entrega y lectura conjunta del manual del participante (cuadernillo para colorear).	Que los niños y niñas lean de forma divertida y grupal el manual del participante	Lectura del cuadernillo para colorear: uno de los instructores leerá en voz alta el manual del participante, mientras los niños y niñas siguen la lectura con la vista. Los niños y niñas podrán revisar nuevamente este manual al colorearlo.	Manuales del participante para niños y niñas	10 min.
7. Cierre del día y despedida.	Que los participantes se liberen de tensiones y que se sientan satisfechos por haber	Ceremonia de entrega de diplomas de participación: cada niño o niña entregará un diploma al adulto que lo acompañó durante el taller y viceversa. Los niños que no hayan tenido un acompañante recibirán el diploma de manos de alguno de los instructores. La profesora de grupo	Diplomas de participación para niños, niñas y adultos.  Diploma para la profesora de	25 min.

	participado en el taller.	también recibirá su diploma.  Los instructores agradecerán a todos y todas por su participación y se despedirán.	grupo.	
--	---------------------------	--	--------	--

### CARTA DESCRIPTIVA FINAL DE LA SESIÓN 4 (DIRIGIDA A ADULTOS)

#### Temas

¿Cuáles son las implicaciones del abuso sexual infantil?

¿Cómo saber cuando un niño o niña ha sido abusado sexualmente?

#### Objetivos

Que los adultos conozcan y reflexionen sobre las implicaciones, daños y consecuencias del abuso sexual infantil.

Que los adultos puedan identificar situaciones o elementos que les indican un probable abuso sexual infantil.

TEMATICA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES	DURACIÓN
1. Bienvenida, lectura del orden del día y entrega de gafetes.	Dar la bienvenida a los participantes y presentarles las temáticas y actividades que se realizarán en la sesión.	Los instructores darán de forma verbal la bienvenida a los participantes y uno de ellos leerá y explicará brevemente el orden del día. Se entregará un gafete con el nombre de cada participante.	Hoja de rotafolio con el orden del día Cinta adhesiva Gafetes con nombres	10 min.
2. Actividad de relajación.	Que los y las participantes se liberen de tensiones.	Coro de trabalenguas: se divide a los participantes en 4 equipos, cada uno de ellos tendrá que decir un trabalenguas en forma de coro.	Hojas con trabalenguas	10 min.
3. Daños, consecuencias e implicaciones del abuso sexual infantil	Que los padres y madres conozcan y reflexionen sobre las implicaciones del abuso sexual infantil, a nivel individual, familiar y social.	Exposición del tema: los instructores expondrán las principales implicaciones del abuso sexual, los elementos presentes que se conjugan para que sea posible el abuso hacia un niño o niña, los daños y consecuencias del abuso sexual, así como los sentimientos a los que se enfrentan las víctimas de abuso sexual infantil.	Hojas de rotafolio con información básica sobre las implicaciones del abuso sexual infantil (ver manuales del instructor y del participante).	20 min.
4. Análisis y debate sobre las implicaciones del abuso sexual infantil	Que los adultos reflexionen, analicen y discutan las implicaciones del abuso	Cierto o falso: los instructores prepararán tarjetas con afirmaciones relacionadas con las implicaciones del abuso sexual infantil, cada padre o madre deberá leer una tarjeta y el resto de los participantes discutirán si la afirmación es cierta o falsa y por qué.	Tarjetas de cierto o falso con afirmaciones relacionadas con las implicaciones del abuso sexual infantil	20 min.

	sexual infantil.			
5. Signos y síntomas físicos de los niños y niñas que han sido abusados sexualmente	Que los y las participantes conozcan los signos y síntomas físicos que se presentan con frecuencia en sobrevivientes de abuso sexual.	Exposición del tema: se presentarán tablas con la información resumida sobre los signos y síntomas que se presentan en niños y niñas que han sufrido abuso sexual.	Hojas de rotafolio con la información resumida sobre signos y síntomas en el abuso sexual infantil.	10 min.
6. Cambios conductuales y características de un niño o niña que ha sufrido abuso sexual.	Que los y las participantes adquieran conocimiento sobre los cambios a nivel conductual y anímico que presentan los sobrevivientes de abuso sexual.	Exposición del tema: se presentarán tablas con información sobre los cambios conductuales y anímicos, de acuerdo a la edad.	Hojas de rotafolio con la información sintetizada. (Ver manual del instructor)	10 min.
7. ¿Cómo se siente un niño o niña que está siendo abusado sexualmente?	Que los participantes se sensibilicen en cuanto a los sentimientos y emociones que experimentan los niños y niñas que sufren abuso sexual.	Lluvia de ideas: los y las participantes dirán todos los sentimientos, emociones y sensaciones que se imaginan que vive un niño o niña que es abusado sexualmente, explicando por qué se imaginan que el niño o niña siente eso.	Hoja de rotafolio marcadores	20 min.
8. Evaluación del taller	Que los y las participantes evalúen tanto al taller como a los instructores.	Cuestionario de evaluación: los y las participantes evaluarán al taller y a los instructores contestando un cuestionario con las siguientes preguntas: ¿qué aprendiste?, ¿qué te gustó?, ¿qué no te gustó?, ¿qué propones para mejorar el taller? y ¿qué te pareció el desempeño de cada uno de los instructores?	Cuestionarios de evaluación para adultos	10 min.
9. Cierre del día: “no me quiero ir sin decir que...” y entrega de manuales del participante (10 min.)	Que los asistentes terminen su participación y cuenten con información básica sobre el abuso sexual infantil.	No me quiero ir sin decir que... Los asistentes completarán esta frase para liberarse de cualquier sentimiento, emoción o pensamiento generados durante el taller.		10 min.