

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



**UN RECORRIDO RECURSIVO DESDE LA TERAPIA  
SISTÉMICA HASTA LA TERAPIA CONVERSACIONAL**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA PRESENTA:**

**MARÍA DE LOURDES SOTO HERNÁNDEZ**

**DIRECTORA:**

Mtra. Silvia Vite San Pedro

**REVISORA:**

Mtra. Blanca Barcelata Eguiarte

**COMITÉ TUTORIAL:**

Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo

Mtro. Jorge Molina Avilés

Dra. María Elena Rivera Heredia

Mtra. Piedad Aladro Luvel

Mtra. Jacqueline Besprosvany

**México, D. F. Noviembre 2007**



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.

*He aprendido que el paradigma en el que vivo  
no es la única opción que tengo.*



*He aprendido que lo más importante no es lo que me sucede  
sino lo que hago con ello.*



*He aprendido que dos personas pueden mirar la misma cosa  
y ver algo totalmente diferente.*



*He aprendido también, que la verdadera amistad  
continúa creciendo a pesar de la distancia.*



*He aprendido que puedo llegar mucho más lejos  
de lo que pensé posible.*



*Pero sin duda alguna he aprendido... que seguiré aprendiendo.*



(ANÓNIMOS)

**Gracias a CONACYT por brindarme la oportunidad de llevar a cabo esta meta,  
pero sobre todo a los mexicanos que con su esfuerzo y trabajo me permitieron finalizarlo.**

**Gracias a mis profesores por su dedicación a esta profesión,  
por el apoyo y respeto que me brindaron.**

**Gracias a todos y cada uno de mis compañeros de generación,  
quienes me acompañaron en mi crecimiento profesional pero sobre todo personal  
a lo largo de dos años.**

**A mi familia por ser parte importante de mi vida  
por su apoyo y paciencia.**

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

<b>1.</b>	<b>ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA.....</b>	<b>1</b>
1.1.	CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL.....	1
1.2.	PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS.....	2
1.3.	LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA EN EL TRABAJO CON FAMILIAS.....	7
<b>2.</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO.....</b>	<b>9</b>
2.1	DESCRIPCIÓN DE LOS ESCENARIOS.....	9
2.2	ANÁLISIS SISTÉMICO DE LOS ESCENARIOS.....	14
2.3	PARTICIPACIÓN EN LOS ESCENARIOS CLÍNICO.....	14

## MARCO TEÓRICO

<b>1.</b>	<b>ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL, EPISTEMOLÓGICO, QUE SUSTENTA EL TRABAJO CON FAMILIAS.....</b>	<b>16</b>
1.1.	ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DE LOS FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA.....	16
1.2.	ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA.....	30
1.2.1.	<i>MODELO ESTRUCTURAL.....</i>	<i>30</i>
1.2.2.	<i>MODELO ESTRATÉGICO.....</i>	<i>34</i>

1.2.3.	<i>MODELO DE TERAPIA BREVE</i> .....	44
1.2.4.	<i>ESCUELA DE MILÁN</i> .....	51
1.2.5.	<i>MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN SOLUCIONES</i> .....	58
1.2.6.	<i>MODELOS DERIVADOS DEL POSMODERNISMO: EQUIPO REFLEXIVO</i> .....	69
1.2.7.	<i>MODELO NARRATIVO</i> .....	77
1.2.8.	<i>MODELO COLABORATIVO</i> .....	85

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

<b>1.</b>	<b>HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS</b> .....	92
1.1.	INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES DEL TRABAJO CLÍNICO CON FAMILIAS.....	97
	CASO 1: ROJAS TERRAZAS.....	97
	CASO 2: GUTIÉRREZ ZAMORA.....	101
	CASO 3: RIVERO RÍOS.....	105
	CASO 4: SALAS RIOJAS.....	111
1.2.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICO DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA CON FAMILIAS.....	116
1.2.1.	<i>EL DIVORCIO</i> .....	116
1.2.2.	<i>EL DUELO</i> .....	119
1.2.3.	<i>ETAPAS DEL DUELO</i> .....	120
1.2.4.	<i>IMPLICACIONES E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS</i> .....	123
1.3.	ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL.....	126

<b>2.</b>	<b>HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>131</b>
2.1.	REPORTE DE UNA INVESTIGACIÓN CON METODOLOGÍA CUANTITATIVA .....	131
2.2.	REPORTE DE UNA INVESTIGACIÓN CON METODOLOGÍA CUALITATIVA.....	138
<b>3.</b>	<b>HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO. ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA.....</b>	<b>144</b>
3.1.	PRODUCTOS TECNOLÓGICOS.....	144
3.2.	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA.....	148
3.3.	PARTICIPACIÓN EN FOROS ACADÉMICOS.....	154
<b>4.</b>	<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS QUE EMERGEN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL.....</b>	<b>157</b>

### **CONSIDERACIONES FINALES**

<b>1.</b>	<b>HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS.....</b>	<b>163</b>
<b>2.</b>	<b>INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL.....</b>	<b>168</b>
<b>3.</b>	<b>ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL.....</b>	<b>171</b>
<b>4.</b>	<b>IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA Y COMO PROFESIONISTA.....</b>	<b>173</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>176</b>
	<b>APÉNDICE.....</b>	<b>183</b>

# INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

## 1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL EN EL QUE INCIDE LA TERAPIA FAMILIAR

### 1.1. CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL.

En este apartado se expondrán los factores psicosociales que han afectado y siguen afectando a la mayor parte de la población de nuestro país, los cuales hacen necesaria y urgente la participación conjunta de diferentes disciplinas, instituciones e instancias gubernamentales; ya incidiendo en su propio campo, o trabajando conjuntamente para la solución de dichos problemas, generados principalmente por la pobreza, las enfermedades y el analfabetismo.

La marginación, la ignorancia y la dificultad para acceder a los servicios de educación y salud, colocan a la población de este país en una situación que redundará en el deterioro de sus condiciones de vida. A este respecto, el gobierno federal ha creado diferentes asociaciones encargadas de combatir la pobreza de manera integral, continua y a largo plazo. Algunas de ellas como SEDESOL (2006), da seguimiento y apoyo a proyectos como el de “Oportunidades”, que a su vez desarrolla una variedad de programas encaminados al desarrollo social, entre ellos se encuentra el proyecto “Oportunidades para mujeres de bajos recursos”; Oportunidades – INEA, el cual aprovecha la infraestructura y modelo de operación de “Oportunidades” para incorporar a sus beneficiarios a los círculos de estudio del Instituto, y darle seguimiento a su permanencia, hasta que terminen la educación básica. Otras instituciones no gubernamentales como la Fundación Vamos México A.C. (2007), desarrolla, apoya y promueve proyectos que contribuyan en forma significativa, a la consolidación de una amplia red social en contra de la pobreza extrema, mediante acciones de conectividad, enlace y profesionalización; teniendo como base el trabajo compartido entre los sectores social, público y privado.

Desgraciadamente los resultados que estas instituciones y fundaciones han obtenido hasta este momento, son muy desalentadores, puesto que el 60% de la población sigue viviendo en la pobreza (Robles, 2000). Aunado a esta situación, nuestro país debe hacer frente a otro tipo de

dificultades como son: el alcoholismo, el desempleo, la discriminación, la delincuencia, y la violencia intrafamiliar, entre otros; cuyas principales víctimas son las mujeres, los ancianos y niños.

Por otro lado, a la par del incremento de la necesidad de los servicios de salud, también aumenta la necesidad de fondos económicos, recursos humanos y materiales para hacerles frente, siendo una minoría los profesionales de la salud, en este caso los psicólogos clínicos, que trabajan para apoyar a las clases necesitadas. Todo ello hace prioritaria la formación de personal altamente capacitado para coadyuvar y resolver conflictos psicológicos específicos y proponer alternativas de solución efectivas.

Una de las variables importantes de atención, es el ámbito familiar, ya que representa uno de los objetos de estudio más importantes para la observación y comprensión de los fenómenos sociales, demográficos, culturales y económicos (INEGI, 1998), a través de sus pautas de interacción, solidaridad, apoyo y comprensión. Es la familia también, un modelo en donde se puede observar pautas de producción y reproducción, esquemas de autoridad y jerarquía con relación al poder, al género y a las generaciones, mismos que han tenido que modificarse a la par de las transformaciones sufridas en los ámbitos de producción y organización de la sociedad, así como la evolución demográfica. Así mismo, el avance tecnológico, la urbanización y el desarrollo del sector industrial, se han encargado de institucionalizar una diversidad de actividades que se desempeñan al interior de la familia, lo que ha obligado a ésta a desarrollar diferentes roles y absorber distintos costos políticos y sociales.

## **1.2. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS.**

Los problemas que actualmente enfrenta la familia en el mundo, difieren en complejidad a los que presentaba hace 50 años, ya que están delimitados por las políticas sociales, económicas, religiosas, etc., de cada país; y que van sufriendo modificaciones con el tiempo. Por ejemplo, el tema relacionado con el género y que desde hace varias décadas se ha convertido en un factor de interés mundial, ha tenido un efecto importante al interior de los hogares, producto de la diferencia de oportunidades entre hombres y mujeres y que actualmente influyen en la estructura familiar. Lo anterior, requiere una reflexión profunda, ya que estos esquemas son

transmitidos por toda una estructura ideológica de los países, pero también por las familias, como instituciones de preservación de cultura y tradición. La modificación de los patrones en cuanto al género es una tarea apremiante que compete a todos los seres humanos, pero es en la familia donde se origina y donde debe combatirse, como sistema primario de formación de los individuos, y por tanto, también es una de sus principales responsabilidades.

Existe un consenso general sobre la creciente heterogeneidad de las familias en cuanto a su composición o número de integrantes, dado los grandes cambios a los que se han visto enfrentadas por la modernidad: transformaciones demográficas, aumento de los hogares con jefatura femenina y creciente participación de las mujeres en el mercado laboral. Entre los principales cambios demográficos se observa que el tamaño medio de la familia se ha reducido por la disminución de los hogares multigeneracionales y el aumento de las unipersonales, así como por el efecto de las migraciones y al hecho de que los países se encuentran en distintas etapas de transición demográfica.

Minuchin (1974) opina que las funciones de la familia tienen dos objetivos diferentes: uno interno que tiene que ver con la protección psicosocial de sus miembros, el otro es un objetivo externo y está relacionado con la acomodación y transmisión de la cultura. Este autor comenta también que la sociedad industrial se ha hecho cargo de ciertos roles que antes eran considerados como deberes familiares, lo que ha ocasionado, por ejemplo, que la educación de los menores quede a cargo del gobierno; el trabajo de las mujeres en casa se ha reducido al incorporar las máquinas, que agilizan y facilitan las labores del hogar pero también ha facilitado el ausentismo de las madres de casa, lo que implica, ceder el cuidado de los hijos a extraños o a instituciones que terminan realizando actividades que antes eran exclusivas de los padres y principalmente de las madres; pero eso no es todo, ni lo más alarmante, sino el impacto que generan al interior de la familia estas modificaciones, las cuales se ven reflejadas en los principales fenómenos que aquejan a las familias del mundo como lo son los divorcios, la violencia, el consumo de alcohol y sustancias tóxicas, el desempleo, la marginación, el hacinamiento y aislamiento que sufren los miembros de la familia tanto al exterior como al interior de ella.

En ese mismo sentido, la situación económica que aqueja a nuestro país ha provocado la participación laboral de diferentes miembros del hogar, modificando el esquema del padre como jefe proveedor y evidenciando con más frecuencia el rol de la madre e incluso el de los hijos

menores de edad, quienes también contribuyen a la obtención de ingresos para el sostenimiento del hogar. Lo anterior, ha repercutido en la estructura y el ciclo vital de las familias, lo que pone a prueba su composición, parentesco y los tipos de hogares; ello permite observar la flexibilidad de la familia y su capacidad para actuar como un dispositivo regulador de los procesos sociales, pero también la vulnerabilidad y tensiones que esto le produce, provocando en miles de casos, la desintegración familiar. La consecuencia será entonces la ruptura de los vínculos familiares y de hijos abandonados a sus propios medios, quienes incurren en conductas riesgosas como la drogadicción, embarazos no deseados, enfermedades sexuales y la explotación (Moctezuma y Desatnik, 2001).

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

En ciertos países subdesarrollados, entre el 40 y 60 por ciento de las mujeres adultas señalaron que su primer matrimonio se había disuelto (República Dominicana, Ghana, Indonesia y Senegal) y en otros países del centro y sur de América el 25 por ciento de las mujeres de 40 años, se encontraban en la misma situación. Por otra parte, los datos demuestran que la tasa de divorcio en los países desarrollados se ha incrementado notablemente y varía de país en país. Por ejemplo, en Italia se registran ocho divorcios por cada 100 matrimonios, mientras que en Estados Unidos hay 55 divorcios por cada 100 matrimonios (Lloyd y Duffy, 1995). La disolución del matrimonio, ya sea por abandono, separación, divorcio, o la muerte de algunos de los cónyuges, es común en todo el mundo. Detrás de estos fenómenos figuran los aspectos culturales de la vida de la pareja como por ejemplo, el debilitamiento de vínculos que unen a los cónyuges y las dificultades para establecer lazos conyugales nuevos de carácter más durable.

En nuestro país, el índice de divorcios sólo en el Distrito Federal, aumentó en un 2.3% de 1990 al 2000 (INEGI, 2000). El número de madres solteras de entre 15 y 19 años de edad alcanzó el porcentaje más alto (28%) en relación con otros rangos de edad, incluso comparado con el índice de mujeres divorciadas, separadas o viudas (INEGI, 2000). Por otro lado, en 1992 el 23.4 % de los padres (hombres y mujeres) trabajaban fuera de casa. En 1998 aumentó a 34.6%, lo que demuestra que la necesidad económica se incrementó y con ello la necesidad

también de salir a buscar trabajo. Lo anterior dejó sin atención, cuidado o vigilancia a los menores de edad.

La violencia es otro de los grandes conflictos que debe enfrentar un porcentaje mayoritario de las familias mexicanas, ya que son las mujeres, los niños y los ancianos quienes más lo sufren, sin distinción de grupo socioeconómico, edad, regiones demográficas o nivel educativo y puede observarse en las escuelas, en las calles en los lugares de trabajo, pero principalmente en el hogar (Moctezuma y Desatnik, 2001). Los resultados obtenidos en la encuesta realizada por la Asociación Mexicana contra la violencia hacia la mujer A.C. (Sauceda, Castillejos y Maldonado, 1995), mostró que los niños (61.2%) seguido de las madres (20.9%) y otras mujeres de la familia, como las hijas (9.7%), han sufrido maltrato físico y mental. En 1998, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática reportó que 1741 de los divorcios que se presentaron, estuvieron relacionados con el maltrato de los hombres hacia sus parejas y el 77.3% de los divorcios lo solicitaron las mujeres.

En el 2004, el INEGI reportó que el 46% de las mujeres vivieron un incidente de violencia en el transcurso de un año y los porcentajes de las formas de maltrato fueron: el 38% emocional, 9% física, el 7% sexual y el 29% económica. Así mismo se reportó que el grupo de mujeres que viven más episodios de violencias son las económicamente activas, los otros grupos, se refieren a las mujeres que llevan a cabo sólo actividades domésticas y quienes realizan ambas actividades. En resumen, las mujeres que reportan violencia familiar son aquellas que llevan un doble rol, es decir, el de amas de casa y el de proveedoras.

La violencia intrafamiliar es un fenómeno sociocultural que repercute fuertemente en la formación de valores familiares, fomenta la desunión, la falta de respeto y baja autoestima entre los miembros. En el ámbito escolar y laboral incide en el bajo rendimiento, deserción escolar y pérdida de tiempo laboral o del mismo empleo. Todo ello influye fuertemente en el desarrollo de nuestro país y en la libertad del disfrute de los derechos humanos.

Pero no sólo las mujeres sufren violencia dentro de casa, los niños pequeños también son víctimas de ella en sus diferentes formas. De acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1998), se reportaron 28,498 niños maltratados con diferentes casos de severidad, en el periodo de 1996 y 1997. En el año 2004 la violencia física (27.5%), la omisión de cuidados (26.6%) y la violencia emocional (20.7%) fueron los tipos de

violencia a los que más estuvieron expuestos los pequeños, seguidas éstas por la negligencia (10%), el abandono (6.4%) y el abuso sexual (4.1%).

El consumo de alcohol y sustancias tóxicas es otro más de los factores que alteran la dinámica familiar. Este fenómeno se ha acentuado en gran medida en la población adolescente. Las estadísticas nacionales e internacionales reportan un aumento en la cantidad de jóvenes farmacodependientes y una disminución de la edad en la que comienzan el consumo. En el caso específico de México, la evidencia epidemiológica indica, que hay ciertos antecedentes familiares que pudieran estar aumentando el riesgo de consumo de sustancias en este grupo etario, como son la desintegración familiar, la violencia doméstica, la ausencia de uno de los progenitores, el hacinamiento, el uso y abuso de sustancias dentro del grupo familiar, entre otros (Martínez, 2003).

CONADIC (2004) hace una distinción de los menores que viven en su casa y consumen drogas, de aquellos que se encuentran en situación de calle, así como el tipo de sustancias que consume. En los resultados que reportan se muestra que el 13.8% de los niños que viven en casa consumen diferentes tipos de drogas, inhalables y marihuana, comparado con el 90.1% de los niños y niñas en condición de calle. El estado emocional de las personas se ve afectado por estos y otro tipo de conflictos sociales y familiares repercutiendo en el desarrollo de trastornos como el intento de suicidio y el suicidio consumado. La diferencia entre uno y otro radica en que el primero, puede considerarse una llamada de atención, mientras que el segundo, es el resultado de una decisión individual de terminar con la vida pero cualquiera de ellos significa la presencia de un problema de salud mental, en donde influyen factores psicológicos y socioeconómicos que repercuten en el ámbito familiar. En 1998 el número de intentos de suicidio fue de 349, el 42.1% de ellos fueron realizados por hombres y el 57.9 % por mujeres. Desgraciadamente los suicidios consumados alcanzaron una cifra mayor, ya que de los 2,456 episodios, el 83.6% fueron realizados por hombres y el 16% por mujeres. La edad promedio de personas que intentan suicidarse es de entre 15 y 29 años representando éste, el 68% de la población.

Como se puede observar, todos estos datos son más que alarmantes y donde el entorno familiar se vuelve el núcleo fundamental de trabajo y del interés público. Al respecto y desde hace unas décadas, se han llevado a cabo diversas reformas legislativas y la creación de programas sociales que incluyen la participación conjunta de autoridades y profesionales de la salud, especializados en la atención a familias en tres niveles: prevención, intervención y

rehabilitación. En 1989, se crea la Agencia Especializada del Ministerio Público para la Atención de los Delitos Sexuales y Violación y atentados al Pudor. Esta instancia cuenta con mesas especializadas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal como: el Centro de Terapia y Apoyo; el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y la Unidad Especializada de Atención y Orientación Legal a las Víctimas del Delito y sus Familiares (Moctezuma y Desatnik, 2001). No obstante, las funciones que estas instancia desempeñan aún cuando tratan de abarcar todas las áreas de atención a la población, sobre todo de tipo legal y de salud, no logran contener ni la cantidad de problemas de salud mental que estos fenómenos provocan, ni la forma efectiva de llevarlas a cabo. Todos estos problemas requieren de la formación de profesionales para atender las demandas de la población y en este caso las demandas de tipo terapéutico, consejo o apoyo a las familias que lo soliciten. Estos reajustes dentro de las familias generan conflictos que pueden alterar la salud y el funcionamiento de éstas, y es aquí en donde esta el reto para los profesionales.

### **1.3. LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA EN EL TRABAJO CON FAMILIAS.**

Son muchos los enfoques en psicología que se han interesado por estudiar al ser humano y todos ellos se fundamentan en teorías filosóficas que sustentan los principios y conceptos de dichos enfoques y sus modelos. El enfoque sistémico surge como uno más de las posturas que se aboca no sólo al estudio del ser humano sino todo lo que le rodea y que puede influirlo o afectarlo. La terapia sistémica representa un giro conceptual y epistemológico, incluso dentro de la psicología clínica y está asentada en los campos de la ingeniería, la biología y el área social. Dentro de los pioneros de este enfoque se encuentran Frank Freemont Smith, Margaret Mason y Gregory Bateson (Heims, 1991; Wittezaele y García, 1994) quienes estaban a favor de ir más allá de las fronteras que separan las diferentes ciencias.

A partir de los años 50 se comenzaron a desarrollar nociones teórico – conceptuales que dieron pie a un marco conceptual de referencia. La Teoría Cibernética y la Teoría General de los Sistemas se volvieron el soporte más poderoso de lo que se convirtió en la Terapia Familiar y en donde las aportaciones de Gregory Bateson terminaron por darle su impulso básico. Desde entonces la Terapia Familiar sistémica ha sufrido múltiples modificaciones a la par de la modernidad, lo que dio como resultado el desarrollo de diferentes modelos terapéuticos en donde

los objetivos a trabajar, el método a seguir y las técnicas de intervención seguían una epistemología propia; que comenzó desde reestructurar el síntoma (Minuchin, 1974) o conocer la función del mismo (Haley, 1976); hasta enfocarse en el problema para lograr cambios (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989). Es aquí en donde se desarrollo el concepto de cibernética de segundo orden, en donde el ser humano influye pero también es influido por su entorno, lo que da pie al cuestionamiento del hombre como un ser individual que conoce y construye sólo su experiencia. Estas ideas tienen igual efecto en la terapia familiar, lo que permite reconocer que el terapeuta también es influido e influye en la percepción que las personas tienen de la realidad. Más tarde los modelos se enfocaron a trabajar con los recursos y fortalezas de los pacientes para encontrar soluciones más que problemas y confiar en la percepción que las personas tiene de su realidad (O'Hanlon y Weiner, 1989).

Finalmente y bajo la influencia del construccionismo social se desarrolla la corriente post-moderna en donde el discurso como el lenguaje que se utiliza, sólo tienen significado en la interacción con el otro, es decir, la realidad se crea a partir de la conversación y hacia esa dirección se conducen los modelos narrativos y colaborativos, cuya finalidad es co-construir nuevas historias y el uso de la reflexión, la interpretación y la hermenéutica, en el trabajo con las personas (Gergen, 1996; Gergen, Hoffman y Anderson, 1996; Goolishian y Anderson, 1992; Hoffman, 1991; McNamee y Gergen, 1995; Shotter, 1996).

Éste es tan sólo una breve descripción de los modelos que surgen a partir de conceptos que emergen de la Teoría General de los sistemas, sin embargo en estos últimos, la fuerza de esta teoría se desvanece para dar paso a modelos más humanos, y menos sistémicos. Sin embargo, se hace cada vez más difícil precisar cuáles modelos o escuelas se han desarrollado por la influencia de las tendencias constructivistas y socioconstructivistas, debido a que sus representantes se mencionan con la misma fuerza en ambas corrientes. Más adelante se describirán con más detalle los modelos y técnicas que surgen de estas corrientes y la epistemología que subyace a ellas.

## **2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO**

La Universidad Nacional Autónoma de México, cuenta con un programa de residencia en Terapia Familiar Sistémica que se comenzó a impartir en el año 2001 y al igual que otros programas que pertenecen al campo de la Psicología aplicada a la Salud, certifican la adquisición de competencias de alta calidad, en algunas de las áreas de aplicación en esta disciplina. Este programa se imparte tanto en la Facultad de Psicología de la UNAM (2005) como en la Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza y la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Iztacala.

El plan de estudio para la Maestría está conformado de cursos escolarizados y un programa de residencia, con actividades de enseñanza y práctica supervisada en escenarios clínicos, que favorecen el desarrollo de las competencias en los alumnos. En este sentido, tanto la Facultad de Psicología de la UNAM como los campos adscritos, rebasan tres veces más el número de horas de supervisión que marca la Asociación Mexicana de Terapia Familiar.

### **2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS ESCENARIOS.**

La Facultad de Psicología de la UNAM cuenta con Centros Comunitarios que proporcionan atención psicológica de calidad a la población universitaria y a la comunidad en general. Uno de ellos, el centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” se encuentra ubicado dentro de la misma Facultad, el otro, es el Centro Comunitario Julián Mac Gregor que se localiza en la colonia Ruiz Cortines, en la delegación Coyoacán. Uno de los objetivos de estos centros es la profesionalización de estudiantes de las distintas áreas de la carrera de psicología, a través de la creación, desarrollo y evaluación de programas, proyectos y actividades, principalmente de carácter preventivo, de acuerdo con los fenómenos sociales que presenta la comunidad en donde estos centros funcionan. No obstante, dichos centros incluyen la atención directa al público, a través de su servicio de psicoterapia bajo diferentes enfoques de la psicología, como son: la psicología social, laboral, experimental, etc.; y dentro de la psicología clínica: los enfoques psicodinámicos y sistémicos, entre otros. Este servicio como se mencionó antes, lo llevan a cabo estudiantes que se están formando como terapeutas profesionales, a través de horas de práctica supervisadas por los profesores adscritos al área de competencias y es

también en estos escenarios, en donde se lleva a cabo la práctica supervisada que contempla el programa de la maestría en Terapia Familiar (García, 2003).

A continuación se analizarán sistémicamente dichos escenarios, es decir, se describirá al personal que lo componen, las funciones que desempeñan y el contexto en general.

### **Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”**

Anteriormente, este centro dependía del Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado, actualmente se encuentra ubicado en el edificio *D* de Posgrado. El centro cuenta con 6 cámaras de Gesell con equipo de audio y video, además de espejos bidireccionales de observación (García, 2003). El servicio que presta el centro conforma los tres niveles de atención clínica son:

- **Informativo.** Tiene como objetivo dar información a la comunidad sobre los servicios programas e instituciones que ofrecen sus servicios en el área de salud mental.
- **Preventivo.** A través de los talleres, programas seminarios y ciclos de conferencias sobre temas que son de interés para la comunidad.
- **Terapéutico.** De acuerdo con las diferentes áreas de la psicología que ofrece el centro y en sus tres distintas modalidades: terapia individual, grupal, infantil para adolescentes, adultos y/o familiar.
- **Académico.** Apoyando a la docencia en el desarrollo de programas de entrenamiento teórico-práctico para estudiantes de posgrado, desde diversas especialidades, contando para ello con la estrecha supervisión de maestros altamente calificados.

Así mismo, el centro apoya la investigación científica y aplicada participando en los problemas sociales reales. Por otro lado, realiza difusión sobre temas que preocupan y son de interés para la psicología, promoviendo foros científicos y comunitarios.

La gran mayoría de las personas que acuden al centro reciben atención secundaria, es decir son personas que llegan cuando creen que tienen un problema. Los requisitos de admisión al centro son: llenar una solicitud y presentar una identificación personal. Posteriormente son entrevistados con el fin de obtener la información necesaria que permita canalizarlos a alguno de los diferentes programas (García, 2003).

Los programas que se imparten en este centro son:

### **Programas**

- Terapia de pareja.
- Retroalimentación biológica.
- Terapia conductual infantil
- Programa de atención psicológica a enfermos crónicos degenerativos
- Programa de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual
- Terapia con enfoque psicoanalítico.
- Modificación de hábitos alimenticios.
- Terapia familiar.

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

Éste centro al igual que el Centro “Guillermo Dávila”, lleva a cabo la profesionalización de estudiantes de las distintas áreas de la carrera de psicología, así como de posgrado, mediante su incorporación en el diseño, desarrollo y evaluación de programas, principalmente de índole preventivo de acuerdo con los fenómenos sociales que presenta esa comunidad, contando con la supervisión de profesores capacitados.

El centro cuenta con 2 cámaras de gesell con equipo de audio y video, además de espejos bidireccionales de observación. Así mismo, cuenta con aulas donde se imparten los talleres, programas y actividades en general.

De acuerdo con sus funciones y el personal que lo componen, el Centro está conformado por una Jefa encargada del Centro Comunitario, una secretaria asistente administrativa y los vigilantes, quienes cubren los tres turnos, los 365 días del año. En cuanto a las funciones del Centro, éstas las llevan a cabo el personal académico, es decir, profesores cuyo nombramiento está asignado por el número de horas que cubre, la función académica que realiza y /o el desempeño académico que ha logrado.

Son pocos los profesores de tiempo completo, los demás cubren de 3 a 6 horas y vienen algunos días específicos a impartir sus programas a los alumnos que se están formando. Así mismo, el centro cuenta con personal voluntario quienes ofrecen sus programas a la comunidad.

## **Grupos que se hacen cargo de las funciones y actividades dentro del Centro**

- El personal de base.
- El personal académico adscrito.
- El equipo de voluntarios.
- Los alumnos de Servicio Social.
- Los grupos de prácticas curriculares de licenciatura.
- Y las residencias de maestría como: la residencia en terapia familiar, en psicoterapia infantil y en psicología escolar. En ellas se encuentran los alumnos que trabajan en los talleres comunitarios y los que ofrecen servicio terapéutico. Pero se les considera como personal que se integra al centro.

Los programas que se imparten en este centro son:

### **Programas**

- Programa de violencia en la pareja.
- Programa de adicciones.
- Programa de hábitos alimentarios.
- Programa de psicología del deporte.
- Programa de escuela para padres.
- Programa de problemas escolares.
- Programa de servicio terapéutico.

Las actividades que se realizan en esos programas, están a cargo o de los profesores adscritos o de los grupos que se mencionaron anteriormente. Estas actividades se dividen en dos áreas específicas: *las actividades preventivas y las actividades de atención.*

### **Actividades preventivas**

Las actividades preventivas se realizan dentro de los diferentes programas que se mencionaron o a través de talleres, conferencias, cursos, ciclos de cine debate, grupos de reflexión y charlas informativas.

### **Actividades de atención**

Se ofrece terapia individual, grupal, de pareja o familiar y cubre todas las edades: niños, adolescentes, adultos, hasta la tercera edad. Por ejemplo, el programa de terapia familiar se encarga de impartir talleres y servicio terapéutico. Así, cada uno de los programas tiene actividades tanto preventivas como actividades de atención.

El personal académico, además de impartir cursos y talleres, está a cargo de los Grupos de Formación en la Práctica, según la línea de trabajo que domina o es experto. Los grupos de formación en la práctica se ofrecen a alumnos del séptimo semestre o pasantes, que durante un año se comprometen a asistir al Centro en los horarios establecidos, para formarse en un tópico determinado de la psicología. A la vez que se forman, dan servicio a la comunidad, siempre con la supervisión del profesor encargado del programa, quienes lo imparten a través de seminarios o desarrollando actividades preventivas, por medio de cursos, cine debate, talleres, charlas, así como servicio terapéutico. Dependiendo de las habilidades que el alumno vaya desarrollando en la práctica terapéutica, puede participar como equipo de tras de cámara, como coterapeuta o terapeuta en algún caso, siempre bajo la supervisión del profesor responsable. Cuando los alumnos terminan de formarse se les entrega una constancia con el número de horas de formación académica sobre el tópico de interés y que tiene valor curricular.

Desde esta visión, el Centro cumple dos funciones generales. Por una parte la profesionalización de los estudiantes en psicología, que se cubre a través de los grupos de formación en la práctica, con los alumnos que realizan su servicio social, así como con los alumnos de la residencia en maestría y los que realizan prácticas curriculares. Y la otra función primordial del Centro es: el servicio a la comunidad en las problemáticas que se detectan y se atienden a través de los programas que se han elaborado, sin embargo, la necesidad de abrir más programas y servicios terapéuticos se hace prioritaria; ya que si bien es cierto que el Centro cuenta con el personal que cubre las necesidades principalmente académicas y de profesionalización a los alumnos, es insuficiente para cubrir las necesidades de atención a la comunidad, en cuanto al servicio terapéutico se refiere, debido al número de plazas que dispone para cubrir las demandas de la población, que acude al Centro pidiendo ayuda, por eso se promueve la participación de los alumnos a través de su formación y a través de las actividades y prácticas profesionales.

## **2.2 ANÁLISIS SISTÉMICO DE LOS ESCENARIOS.**

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y el Centro de Servicios Comunitarios “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, pertenecen a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de la UNAM y estos centros cuentan con el apoyo de la División de Estudios Profesionales, la División del Sistema de Universidad Abierta, la División de Estudios de Posgrado e Investigación, y el Programa de atención a alumnos. Así mismo, cuentan con el apoyo externo de las instituciones y comunidades con las que se han establecido nexos o convenios de colaboración, además de aquellas organizaciones nacionales e internacionales.

Cada uno de estos centros está a cargo de una jefatura quien se responsabiliza de los programas y las diferentes actividades que estos centros realizan. El Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, está organizado de acuerdo con las funciones y actividades que ahí se realizan, ya que el personal que lo compone consta de dos puestos de base y uno de apoyo o sindicalizado, por lo que su principal labor recae en las funciones que realiza el personal docente (véase apéndice A para el organigrama del Centro Julián Mac Gregor).

## **2.3. PARTICIPACIÓN EN LOS ESCENARIOS CLÍNICO.**

El trabajo desempeñado como estudiantes de la residencia en terapia familiar, estuvo relacionado, principalmente con el entrenamiento y atención de casos clínicos durante los cuatro semestres que duró la formación, desarrollando no sólo estrategias de intervención sino como apoyo, formando parte del equipo terapéutico detrás de cámara.

Durante los dos años que duró la formación, el equipo terapéutico del que formé parte, atendió 68 casos dentro de las sedes ya mencionadas. De estos casos 21 fueron con familias, 10 fueron con parejas y 37 fueron procesos individuales. En cuanto a las problemáticas atendidas en su mayoría, estuvieron relacionadas a conflictos de pareja y en segundo lugar a conflictos con hijos. El tercer lugar lo ocuparon problemas relacionados con violencia intrafamiliar y depresión.

Otras de las funciones que se realizaron durante la formación, en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”, fue proporcionar apoyo durante el servicio de preconsultas para la canalización de las personas que piden servicio terapéutico y / o información al Centro.

En el capítulo tres se mencionan más detalladamente, los casos que trabajé, de manera individual o en coterapia, en cada una de estas cedes.

Es importante aclarar que de los cuatro casos que describo en este reporte, ninguno fue con familias, sin embargo, y para efecto de desarrollar habilidades y fortalecer mi entrenamiento como terapeuta, algunos compañeros y yo decidimos atender casos los fines de semana en el Centro Comunitario Julián Mac Gregor, y ahí sí tuve la oportunidad de trabajar con una familia con una hija adolescente que era darketa, caso que fue supervisado por el profesor Flavio Sifuentes. Por otro lado, como equipo terapéutico de tras de cámara, tuve la experiencia de observar el desempeño de los compañeros que trabajaron con familias, lo que me brindó la oportunidad de aportar sugerencias sobre estrategias de intervención.

## MARCO TEÓRICO

### **1. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL, EPISTEMOLÓGICO, QUE SUSTENTA EL TRABAJO CON FAMILIAS**

En esta sección se presentará una breve exposición y análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, así como una revisión de los diferentes modelos que derivan de estos enfoques. Esta revisión se ha organizado en dos partes: La primera, aborda los principios y teorías que sustentan a la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna. La segunda, se aboca a describir los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención que surgieron de la Terapia Familiar Sistémica.

#### **1.1. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DE LOS FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA.**

La Terapia Familiar Sistémica se fundamenta en los principios y premisas que sustenta la Teoría General de los Sistemas, desde esta perspectiva, la familia se comprende como parte de un sistema abierto, en interacción, es decir, que intercambia información no sólo entre los miembros que lo componen, sino con el mundo exterior, del que recibe sus efectos pero que a la vez es afectado por ese sistema. A continuación se describe de manera breve los principios que se formulan a partir de la Teoría General de los Sistemas para después entender cómo se aplican estos a la terapia familiar.

##### ***1.1.1. TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS.***

Von Bertalanffy es el primero en hablar de una Teoría General de los Sistemas en 1920. Esta teoría establece los principios generales de los sistemas, independientemente de su contenido. La Teoría General de los Sistemas (TGS), postula el análisis y estudio de los elementos como un todo, relacionándolos entre ellos para comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca, es decir, ve a los organismos como un todo, con niveles de organización

consigo mismos y con el mundo que les rodea a través de estímulos reales (Bertalanffy, 1968). La TGS, es aplicable a toda ciencia que se ocupa de “un todo” o de “todos” organizados. El sistema se convierte entonces en un modelo general, un constructo, con ciertos rasgos universales que corresponden a los objetos de las distintas ciencias empíricas. Esta teoría distingue dos tendencias en la Ciencia de los Sistemas: **la tendencia mecanicista y la organicista.**

### **Modelo mecanicista o reduccionista:**

Su premisa se basa en aislar los elementos de un universo observado, fragmentándolo en forma analítica para estudiarlo.

### **Modelo organicista**

Redundará en la Teoría general de los Sistemas y su premisa se basa en la *interacción* como uno de los conceptos básicos que puede ser aplicado a los organismos vivos, igual que lo es la *retroalimentación* a la tecnología, pero a diferencia de ésta, se opone a los métodos de análisis y síntesis que representan la reducción de elementos, mientras que la interacción dinámica significa interacción entre las partes de un sistema abierto con el medio. La teoría organicista en biología le permitió a von Bertalanffy concebir al organismo como:

- a. Un sistema o totalidad donde las partes y los procesos individuales dependen de todos los otros; y están intrínsecamente relacionadas entre sí.
- b. Sus leyes son sistémicas y no de componentes químicos, células o procesos individuales. Por lo que sólo existen leyes que rijan la totalidad.
- c. Los procesos orgánicos son dinámicos que se mantienen por procesos de asimilación y acomodación en contraposición con la disposición estática mecánica.
- d. Los procesos mecánicos poseen *equifinalidad*, es decir la misma meta puede alcanzarse desde distintos puntos de partida y formas distintivas.
- e. El organismo es un sistema activo, no reactivo pasivo.

El sistema es un conjunto de partes coordinadas y de objetos que interactúan y que forman un todo para alcanzar un conjunto de objetivos. Las partes que componen el sistema se consideran subsistemas que poseen características propias y conforman pequeños sistemas dentro

de un sistema mayor. Los sistemas pueden ser *cerrados*, aislados del medio o *abiertos* en intercambio con el medio como los organismos vivos, que son un conjunto de partes que se relacionan entre sí y con el medio, intercambiando energía, materia e información. *La entropía* que se genera dentro de un sistema, mide el grado de homogeneización energética que puede ser *positiva o negativa*.

- a. *La entropía positiva* se produce cuando la energía se haya en equilibrio y va de la *homeostasis* a la liquidación de la energía, pues el sistema no es capaz de producirla.
- b. *La entropía es negativa* cuando el sistema produce la energía y puede mantenerse en desarrollo constante.

En los *sistemas cerrados* el cambio de energía es siempre positivo lo que provoca que el orden dentro de éste se destruya, se igualen las fuerzas, la energía se degrade y se detengan los procesos que se llevan a cabo dentro del sistema. Por el contrario, en los *sistemas abiertos*, el cambio de energía es negativo lo que hace que mantengan su estado uniforme a través de los procesos constantes de: incorporación y eliminación, construcción y destrucción, sin llegar a un estado de equilibrio sino de uniformidad. Los sistemas abiertos producen su propia energía. Tienen a diferenciarse, ordenarse, poseen direccionalidad hacia un fin (teleología) y organización.

Las partes de un sistema están jerárquicamente ordenadas dentro de esa organización. Cada parte está relacionada con las demás, de tal modo que el cambio en una, provoca cambios en las demás y en el propio sistema. El sistema y sus partes crecen, se diferencian y organizan dentro de la totalidad.

Un sistema se define en base a delimitar el sistema total por medio de: a) Los objetivos que persigue; b) el medio en el que se encuentra; c) los recursos; d) los componentes y e) la dirección del sistema.

- a. **El medio:** Corresponde a todo lo que se encuentra fuera, alejado y de lo que el sistema no tiene control o no puede influir pero que lo afecta. En contraposición se encuentran las fronteras del sistema, es decir todos aquellos eventos o situaciones de los que el sistema sí tiene control o puede manejar.

- b. Los recursos del sistema:** Son los recursos internos que posee el sistema, los que mantienen a la estructura interna y llevan a cabo el proceso de conversión o los que le permiten sobrevivir; a diferencia de los recursos externos, es decir, fuentes de energía o de información que llegan al sistema a través de sus corrientes de entrada y que pertenecen al medio.
- c. Los componentes:** Están formados por las partes, los subsistemas que llevan a cabo acciones específicas.
- d. La dirección:** Está relacionada con la administración del sistema donde se generan los planes. Es su inteligencia o su central de decisiones, donde se fijan y consideran todos los aspectos que forman al sistema: objetivos, medio, recursos y componentes.

En resumen, la Teoría general de los Sistemas, surge de la necesidad de entender los fenómenos como entes organizados, este punto de vista organicista, generó un cambio en el clima intelectual tanto en la construcción de modelos y las generalizaciones abstractas que comenzaron a dirigir el pensamiento moderno. A continuación describiremos cómo se aplican estos principios a la Terapia Familiar.

### ***1.1.2. APLICACIÓN DE LA TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS A LA TERAPIA FAMILIAR.***

La familia es un sistema abierto en interacción con el medio asimilando y eliminando elementos para mantener su homeostasis o equilibrio. Si uno de sus miembros enferma, repercutirá en el sistema psicodinámico y por ende, en los subsistemas que interactúan con el paciente. Lo anterior se deriva del postulado de la Teoría de los Sistemas que se basa en el pensamiento contextual y la organización sistémica circular (Sánchez, 2000).

#### **Modelo sistémico Contextual**

La conducta es resultado de múltiples causas y su significado dependerá de esos múltiples factores. Cada familia tiene su propia verdad y razón de vida. El objetivo es obtener información contextual del problema, el origen de éste y la retroalimentación necesaria.

## **Principios Básicos de la Teoría de los Sistemas en la T.F.**

- El sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas y los elementos de organización son independientes. El sistema interactúa por la suma de las cualidades individuales de  $n$  elementos, por lo que la conducta de un individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema.
- La estructura familiar se compone de subsistemas, donde existen jerarquías que delimitan las obligaciones y responsabilidades de los subsistemas en base a las generaciones, la edad, el género y la función.
- Los patrones del sistema familiar son circulares por lo tanto, la conducta de A influye o es consecuencia de la conducta de B, C, D, etc., de los que también deberá observarse su patrón contextual y con quien también se trabajará en la terapia. La patología se encuentra en la estructura familiar y el paciente identificado sólo manifiesta los síntomas.
- El mecanismo de homeostasis mantiene la estabilidad del sistema familiar y se presenta después de una desviación. Sin embargo, la destrucción o la entropía suelen ser signos de crecimiento o de *morfogénesis*.
- Evolución y cambio son inherentes en los sistemas abiertos, *retroalimentan positivamente* a todos los miembros del sistema y modifican la estructura familiar. La *retroalimentación negativa* resulta del intento por lograr la homeostasis dentro del sistema y la *negación*, como principio ordenador.

Es importante tomar en cuenta otro principio desde la perspectiva cibernética, que viene a sustentar y dar dirección principalmente a la intervención con familias y de alguna u otra forma con la persona del terapeuta.

### **1.1.3. LA EPISTEMOLOGÍA CIBERNÉTICA.**

La *epistemología*, viene del griego *episteme*: conocimiento y de *logos*: teoría. Es el estudio de la producción y validación del conocimiento científico. En otras palabras, el término epistemología indica las premisas básicas que subyacen a la acción y cognición, especificando cómo los seres humanos o grupos sociales (familia), conocen cosas y cómo ellos creen que conocen cosas (Klimovsky, 1994). Al respecto, Maturana y Varela (1984) afirman que hay una estrecha relación entre el ser, hacer y el conocer si tratamos a la experiencia más allá de la certidumbre

cotidiana. Esta relación es una relación entre ser de una manera particular y debido a esto, cómo se aparece el mundo. Se puede decir entonces que todo lo dicho, es dicho por alguien, o sea, toda afirmación sobre el conocer existe en el contexto de una situación comunicativa humana. Es así como estos investigadores establecieron una *biología del conocimiento*, una explicación de la manera como el ser humano conoce las cosas y que tuvo vastas repercusiones en la comunidad científica internacional. No obstante, fueron los primeros en comprender que temas puramente científicos como la neurobiología, debían abordarse en forma interdisciplinaria, lo que actualmente es unánimemente aceptado (Tirapegui, 2007).

Esto trae a la mano una transformación de la epistemología lineal por otra epistemología circular, recursiva o cibernética, en donde toda idea o pensamiento es real y donde se conciben dos clases de sucesos: los que envuelven lo material y los que se nombran inmateriales (Sánchez, 2000).

El mundo cibernético exige modificar el hábito de ver lo material exclusivamente, es decir, desarrollar una doble visión de la materia y la pauta cuerpo-mente, lo importante es que el mundo pueda percibirse de diferentes maneras, según las distinciones que uno establezca.

Esta nueva epistemología, le dio la cualidad de “movimiento” a la Terapia Familiar como un conjunto de ideas y un sistema de acciones terapéuticas que proporcionaron una manera de percibir distinciones, estableciendo el síntoma de la familia y no del individuo. La familia se asemeja a un sistema cibernético con pautas de organización y patrones de conducta. A partir de esta nueva forma de conocimiento o nivel superior de conocer el fenómeno, tanto la intervención como la persona del terapeuta se redefinen y modifican. La consecuencia para nosotros como terapeutas y participantes de un contexto con la familia consultante, implica un cambio en nuestros hábitos de acción, no sólo dentro de la terapia sino fuera de ella, en nuestra visión de mundo, al vernos ahora cómo totalidades y parcialidades, pares complementarios que nunca dejan de estar presentes.

### **Cibernética de primer orden de los sistemas observados**

Uno de los conceptos más esenciales de la Cibernética es el de *información*. Los seres vivos, como sistemas abiertos, no sólo intercambian materia y energía sino también información. Uno de los mecanismos fundamentales para el mantenimiento del sistema en sus parámetros

básicos de organización, se lleva a cabo a través de la *retroalimentación negativa o feedback* (Wiener citado en Sánchez, 2000). A partir de estos conceptos, Maturana (citado en Feixas y Villegas, 2000) explica la supervivencia de cualquier sistema; y define la *morfostasis* como el proceso que todo sistema utiliza para mantener su continuidad frente a las variaciones del ambiente; y la retroalimentación negativa como su elemento básico.

### **Segunda Etapa Primer Orden**

No obstante, los sistemas cambian, se modifican y se adaptan al ambiente que les rodea a partir de la *morfogénesis* que comprende el *circuito de retroalimentación positiva* y le permite al sistema cambiar su estructura básica y ampliar las desviaciones. Los procesos de retroalimentación negativa como la positiva no son dicotómicas más bien están situados en niveles lógicos distintos, pero son aspectos de un mismo proceso: cambio y estabilidad. Es decir, que se da el cambio en la organización del sistema durante los procesos de desviación y ampliación, es ahí donde surgen las coaliciones, los ataques; todas éstas, como palancas para romper el estado de crisis, reestructurar el sistema, movilizar los subsistemas y observar otra realidad más homodinámica que homeostática (Minuchin y Whitaker, citados en Sánchez, 2000).

Desde la terapia familiar la conducta de cada miembro sirve de información que revierte en el sistema individual y que influye en la conducta de los otros miembros, los cuales se conducirán contrarrestando el efecto de la primera información (retroalimentación negativa) o favoreciéndola (retroalimentación positiva). Por otro lado, dentro del encuadre terapéutico, de enfoque cibernético, la cibernética de primer orden representa *la pauta y la organización: terapeuta-paciente* desde una perspectiva *observador-observado*. El terapeuta interactúa desde fuera del sistema vigilando y observando el fenómeno a modificar, para luego tomar y cambiar partes dentro del sistema.

### **Cibernética de Segundo Orden de los Sistemas Observantes**

Representa un nivel meta cualitativamente distinto del anterior, se centra en el rol del observador que construye la realidad observada. Se denomina *cibernéticas de los sistemas observantes* (Sánchez, 2000, p. 47), en contraste con la cibernética de primer orden de los sistemas observados, donde el observador registra lo que ocurre fuera de él. Esta nueva cibernética trata de las pautas de relación que se dan en los procesos recursivos de la

observación. Es decir pega un salto en el orden de la recursividad y sitúa al observador como parte integral del sistema observado (Keeney, 1983 citado en Feixas y Villegas, 2000). La cibernética de la cibernética incluye el mecanismo del *Feed-forward* o *alimentación anticipativa* cuya función es dar cuenta de la actividad proactiva y planificadora del ser humano y sus efectos en el curso posterior de la acción. Toda descripción resulta ser autorreferencial, ya que sitúan al observador en el núcleo de lo observado. La consecuencia epistemológica de esta cibernética de segundo orden es echar abajo la noción de objetividad, toda vez que ésta presupone una diferenciación entre el observador y lo observado.

Desde la terapia familiar, el terapeuta no es un agente que opera cambios en la familia, sino que es parte y receptor de la realidad observada a través del significado de ésta. Durante el proceso, el terapeuta introduce diferencias significativas donde puedan surgir nuevas perspectivas compartidas. En esta etapa cibernética de segundo orden, el terapeuta es neutral, sin jerarquías ni desequilibrios. Más bien se inserta sutilmente al mundo de la familia, intentando disminuir la ansiedad de sus miembros. Introduce puntos de vista alternativos con el fin de que la propia familia resuelva su problema. El terapeuta se involucra con la familia, sus diálogos, sus historias, fuerzas, recursos y significados.

#### ***1.1.4. GIRO EPISTEMOLÓGICO: POSMODERNIDAD, CONSTRUCTIVISMO Y CONSTRUCCIONISMO.***

El Posmodernismo según Lyotard: “es un término acuñado en la filosofía para explicar el estado en que se encontraba la cultura después de las transformaciones que afectaron las reglas del juego de la ciencia, de la literatura y de las artes a partir del fin de siglo XIX. Su propósito al decir esto, fue llamar la atención de que algo no marchaba bien en lo que pretendía ser la modernidad, tratando con ello de preparar una verdadera legitimidad para la sociedad del futuro” (en Sánchez, 2000, p. 161). Por lo que este concepto implicó un rechazo a los valores, creencias, métodos y teorías del modernismo, lo que suponía la no aceptación de la ideología del progreso, especialmente el progreso científico, que plantea el avance acumulativo de la ciencia. El posmodernismo no acepta que el *método científico*, pueda conocer la *realidad* y llegar a encontrar las únicas y verdaderas causas de los fenómenos. Tampoco está de acuerdo con las grandes teorías sociológicas que han mostrado su incapacidad para resolver los problemas de la sociedad, ni con los magnos sistemas filosóficos que pretenden dar explicaciones totales y

universales. El modernismo legitima el saber en la ciencia sólo mediante la experimentación, buscando verdades absolutas y elaborando discurso de justicia y verdad en los relatos históricos y científicos. Por el contrario, el posmodernismo propone que la sociedad se va transformando de manera acelerada y junto con ella el saber, afectándose recíprocamente (Lyotard, 1992).

Después de la segunda guerra mundial, se empezaron a cuestionar, los valores y las promesas de un progreso que no se veía que se estuviera alcanzando, más bien, se estaban incrementando las injusticias y las relaciones sociales inequitativas, además de situaciones sociales extremas cada vez más intolerantes, como la muerte por hambre o por enfermedades incurables, sobre todo en los países llamados del *tercer mundo*.

Sin embargo, el paradigma de la ciencia moderna al mostrar sus limitaciones entró en crisis, importantes científicos, filósofos e historiadores, hicieron demoledoras críticas a la idea del *conocimiento* que dominó en la modernidad: Quine (1960); Kuhn (1962); Feyerabem (1976); mostraron como la idea de que la ciencia acumularía gradualmente conocimientos acerca del mundo y que estos permitirían resolver los problemas humanos, no ocurrió lo que ha llevado al rechazo de esas posturas y a la búsqueda de alternativas.

Para Vattimo (1992), la reivindicación del posmodernismo se da en el individuo débil, a diferencia de un pensamiento modernista que se observa en una persona fuerte, que cree conocer objetivamente la realidad. El individuo fuerte es correlativo al pensamiento de la objetividad y detrás de él se encuentra el fantasma de la dominación, este imperialismo objetivizante, encarnado en la ciencia-técnica, tiene un dinamismo expansivo, que no cesa de manipular y colonizar cada vez más ámbitos.

El posmodernismo cuestiona la verdad única de los textos y postula la narrativa en contra del discurso; es el divorcio de lo estructural, es la muerte de la hegemonía de lo escrito y de la objetividad.

Finalmente Foucault (1970), desarrolla un discurso nuevo y no recursivo que propone la resistencia contra el discurso textual. A lo que Kant denominó el establecimiento de la posibilidad y la realización, Foucault le llamó posmodernismo, es decir, el espacio de la literatura no discursiva, donde el lenguaje toma un nuevo tema y un carisma ontológico.

Ante esta avalancha de críticas, se abandonó el empirismo, como el procedimiento único para el estudio y conocimiento de realidades externas donde el sujeto conoce con sus sentidos. A cambio, el posmodernismo, enfatizaba y sostenía que el sujeto (social) construye su realidad en

una comunidad, y que la construye en el lenguaje. El lenguaje permite compartir los pensamientos con los demás, no es una posesión, ni un reflejo de la mente; la fuente donde se originan las palabras y se nombran las cosas, radica en las relaciones sociales (Limón, 2005).

### ***1.1.5. CONSTRUCTIVISMO.***

Cuando hablamos de constructivismo, nos referimos a una corriente epistemológica, desarrollada y elaborada en su forma más radical con aportación de personajes que emergen de otras disciplinas como: Jean Piaget (1954); el antropólogo Gregory Bateson (1979); los biólogos Humberto Maturana y Francisco Varela (1984); el psicólogo Paul Watzlawick (1989) y el cibernético Heinz von Foerster (citado en Andersen, 1994). El constructivismo es una respuesta a la pregunta de cómo adquirimos el conocimiento y cuál es su relación con la realidad.

El pensamiento constructivista plantea que la relación entre el conocimiento y la realidad es meramente funcional. Es decir, el conocimiento nos proporciona maneras viables de interactuar con el mundo que nos rodea, y no pretende representarlo en sí. Lo que sabemos está en función de nuestras observaciones, no de lo observado y como dice Heinz von Foerster, la objetividad se convierte en una ilusión, cuando el sujeto imagina que no tiene ninguna injerencia en el mundo que trata de observar, en otras palabras, el sujeto cree que la observación se puede realizar sin él (citado en Goolishian y Anderson, 1992).

#### **Tipos de constructivismo descripción de sus características**

Todos los constructivistas concuerdan con su concepción del conocimiento (epistemología) pero discrepan en sus afirmaciones acerca de la realidad ontológica. Maturana (Neymeyer y Mahoney, 1998) considera que no existe nada más allá del lenguaje y es a través del lenguaje que la realidad se construye, por lo tanto ésta no aparece independiente del observador, sino que es hipotética o una proposición explicativa.

Kelly (Neymeyer et al., 1998) por su parte afirmó la existencia de la realidad, un mundo real del que se puede hablar y donde los pensamientos de la gente también son reales aunque la correspondencia entre lo que la gente piensa que existe y lo que existe realmente, cambia constantemente (realismo hipotético). Es decir: existe un mundo real e independiente de la conciencia pero sólo puede conocerse y explicarse por medio de la percepción, el pensamiento y

la intersubjetividad. La primera es considerada una concepción epistemológica-ontológica idealista, solipsista; mientras que la de Kelly se considera una concepción realista. Así mismo esta diferencia ontológica entre constructivistas llevó a von Glaserfeld (1984 citado en Feixas y Villegas, 2000) a proponer la distinción entre *constructivismo trivial* (crítico según la versión de Mahoney) y *radical*.

- El constructivismo radical, desdeña la existencia de una realidad.
- El constructivismo trivial cree en una realidad ontológica objetiva pero comparte también la noción de que esa realidad puede ser construida.
- El constructivismo moderado, acepta la existencia de un mundo ontológicamente real e independiente, aunque incognoscible en sí mismo. Esta postura adopta una actitud muy pragmática y orientada hacia la sistematización, rigurosidad y un notable énfasis investigador.

Según Glaserfeld el conocimiento, sin importar cómo se defina, está en la mente de las personas, por lo que es construido a partir de las experiencias individuales. Toda experiencia es subjetiva, y aunque se puedan encontrar razones para creer que la experiencia de una persona puede ser similar a la de otra, no existe forma de saber si en realidad es la misma. Von Glaserfeld postula que los significados son subjetivos, por lo que no se puede mantener la noción preconcebida de que las palabras comunican ideas o conocimientos. El hombre, según esta visión, es el único responsable de sus pensamientos, su conocimiento y de sus acciones.

Este enfoque, plantea Von Glaserfeld, implica una perspectiva ingenua, donde los sentidos funcionan como una cámara que únicamente proyecta una imagen de cómo el mundo realmente aparece en nuestros cerebros, y utiliza esa imagen como un mapa, codificando la estructura externa en un formato diferente. En esta construcción a la que se hace referencia, el sujeto desea tomar control sobre lo que percibe, de manera de eliminar cualquier desviación o perturbación del logro de sus propias metas. El control requiere de un modelo de lo que se desea controlar, pero este modelo solo incluirá aquellos aspectos relevantes a las metas y acciones del sujeto y por lo tanto, lo hace capaz de adaptarse a circunstancias cambiantes.

La importancia del constructivismo se evidencia cuando se le compara con el enfoque epistemológico o ciencia cognitiva opuesta, que fundamenta el conocimiento en una reflexión

pasiva de la realidad objetiva externa. Esto implica un proceso de instrucción externo, ya que para obtener esa imagen de la realidad, el sujeto debe de alguna manera, recibir algún tipo de información desde afuera.

Por eso Maturana habla de la *objetividad* entre comillas cuando se convierte en un instrumento de poder, por ejemplo en la ciencia. Pero para Maturana, la objetividad está relacionada con la aceptación legítima del otro, del lugar que ocupa en el mundo y que es diferente al mío, por lo que no puedo más que escucharle con respeto.

### **Objetivos de la psicoterapia, vista desde los lentes del constructivismo**

Al mantener su conceptualización de los seres humanos como teóricos incipientes, los terapeutas constructivistas imaginan el objetivo básico de la terapia como la promoción de esta actividad de creación de significado más que la “corrección” de supuestas disfunciones o déficits en el pensamiento, emociones o conductas del cliente. Por lo tanto, en la evaluación, los constructivistas se concentran en identificar y finalmente reformular las metáforas centrales que constituyen la narrativa personal del cliente, así como en los sistemas de significado personales y compartidos que resultan impermeables frente a las experiencias nuevas. Esto normalmente lleva al terapeuta constructivista a niveles relativamente profundos de intervención o cambios de segundo orden, centrándose en los procesos básicos del sí mismo, que mantienen el sentido de identidad del individuo y la conexión esencial con los otros. Por lo tanto, el terapeuta permanece alerta a las amenazas que puede suponer, invalidar demasiado pronto las bases sobre las que se asienta la teoría del cliente y adopta una forma de relacionarse con él empática, colaboradora, respetuosa y a veces, casi reverencial, cuando afronta la comprensible *resistencia* al cambio.

Como enfoque de la terapia orientada al proceso, el constructivismo fomenta una delicada armonía con las cuestiones implícitas, a menudo inarticuladas, de la conducta del cliente e intenta ayudarlo a tejer, a lo largo de su experiencia, hilos de significado que le lleven a encontrar respuestas provisionales o preguntas mejores y más incisivas.

Por último, el propósito de la terapia es crear una atmósfera personal e interpersonal en la que se pueden reformular y resolver los problemas en el lenguaje y en la que los clientes puedan reclutar validación social para representar nuevas identidades menos saturadas del problema.

### ***1.1.6. CONSTRUCCIONISMO SOCIAL.- CAMBIO DE UNA EPISTEMOLOGÍA BASADA EN LA CIBERNÉTICA A UNA BASADA EN LA HERMENÉUTICA Y EL SIGNIFICADO.***

Desde sus inicios en la década de los 40 y principios de la década del 50 el impacto de los conceptos sistémicos en las ciencias sociales ha sido frecuentemente visto como una revolución paradigmática. La teoría general de los sistemas y la cibernética, probaron ser atractivas para aquellos investigadores interesados en las relaciones entre individuos y grupos humanos. Estas se tornaron en el soporte teórico de un campo emergente que más tarde se convirtió en la Terapia Familiar y donde Gregory Bateson y su grupo de investigadores en Palo Alto jugaron un rol fundamental.

La Terapia Familiar generó un nuevo dominio de estudio y desarrolló modelos sobre comunicación, procesos interpersonales, organización y cambio familiar, siendo los modelos sistémicos – cibernéticos los ejes centrales de estos desarrollos. Hasta inicio de los 80, las unidades de estudio fueron las pautas de interacción y las estructuras familiares que se fueron ampliando para incluir la transversalidad de la significación, la semiosis social y la generatividad comunicacional en la construcción de marcos de sentido y prácticas, abriendo así las fronteras de los sistemas.

A partir de los 80 lo que vino a conformar la nueva perspectiva sistémica fueron la contribución de la cibernética de segundo orden o de los sistemas observantes, enfoques co-constructivistas y construccionistas sociales, el refinamiento de los modelos comunicacionales, la incorporación de la hermenéutica, la semiótica, la crítica literaria y los paradigmas de los sistemas alejados del equilibrio, del caos y de la complejidad.

Para el Construccionismo social, las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen en el intercambio social y se expresan en el lenguaje y el diálogo. Todo el conocimiento tanto del mundo como de uno mismo, evoluciona en los espacios interpersonales. Sólo a través de la participación en juegos sociales, de la continua conversación con gente íntima, el individuo puede desarrollar un sentido de identidad o una voz interior.

#### **Objetivos de la psicoterapia, bajo el influjo del construccionismo social.**

Desde esta ecología de ideas prácticas, las metáforas sistémicas cambiaron. Las familias y las comunidades dejaron de ser vistas como objetos de estudio o de tratamiento, existiendo independientemente de un observador y comenzaron a ser abordadas como un diseño social

flexible, compuesto por personas que comparten significados. Desde esta perspectiva y bajo el estandarte de la hermenéutica se favoreció la curva intersubjetiva del diálogo y la conversación. Por lo que los problemas fueron considerados como propios al contexto narrativo del cual derivan su significado y por tanto, sólo existen en el lenguaje, y el poder central de la terapia, descansa en la capacidad del sistema terapéutico para relatar o re-relacionar los hechos en un contexto nuevo y diferente. En resumen, la hermenéutica que ha sido descrita como un *vuelco interpretativo* es una rama de la interpretación textual. Los terapeutas familiares que se han adherido a este enfoque reemplazaron los circuitos de *feedback* de los sistemas cibernéticos por circuitos intersubjetivos de diálogo. La metáfora central para la terapia entonces, pasa a ser la conversación. Dado que las ideas posmodernas y posestructurales fueron formuladas por personas provenientes de los campos de la semiótica y la crítica literaria, al introducirlas en los campos sociales, resultó cada vez más frecuente el uso de metáforas narrativas o textuales. Esto permitió que terapeutas familiares sistémicos como Herlene Anderson y Harold Goolishian (1988 citados en Mahoney, 1995) abandonaran la metáfora de la cibernética para adoptar la de la hermenéutica.

Como cierre de este capítulo es importante entender que esta nueva forma de ver el mundo, la realidad y sobre todo el conocimiento, se expande como un huracán a todas las áreas del conocimiento y a partir de fenómenos mundiales que exigían respuestas. Sin embargo coincido con Varela en proponer que ante la eminente necesidad de un cambio o evolución que se empezó a gestar desde hace algunas décadas, así también se pueda unificar o conjuntar las diferentes disciplinas y áreas del conocimiento hacia un quehacer interdisciplinario, que implique una apertura a estas nuevas formas de conocer a estas epistemologías que observan la diversidad, pero al fin y al cabo en favor del progreso, un progreso no enajenante sino que dignifique, un progreso no autoritario o inducido por el control o el poder, sino un progreso a favor de la humanidad. Ver a las corrientes y escuelas posmodernistas como una alternativa le permite al terapeuta nuevas posibilidades y recursos para entender a la familia desde una perspectiva holística y ecléctica dentro del consultorio. Creo yo, que mientras vayamos de la mano, guiándonos de una teoría que sustente nuestro trabajo, pero sobre todo, teniendo en cuenta la epistemología de la que aquella se origina, lo pragmático y lo estético fluirán de manera armoniosa en pos del *cambio*.

Una vez que se han expuesto los fundamentos teóricos epistemológicos que sustentan este trabajo y las premisas que de ellos emanan, a continuación se expondrán los diferentes modelos de intervención que surgen a partir de estos enfoques. El orden en que se irán describiendo no es cronológico, no obstante se intentó respetar una secuencia lógica en el tiempo.

## **1.2. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA.**

En este apartado se describirán los modelos que conforman a la Terapia Familiar sistémica y la metodología que los caracteriza. Para el desarrollo de cada uno de los modelos de este trabajo se tomó en cuenta: a) sus orígenes y desarrollo; b) la definición de los conceptos más importantes que constituyen al modelo; c) las técnicas desarrolladas a partir de éste; c) y sus alcances y limitaciones.

### ***1.2.1. MODELO ESTRUCTURAL.***

La estructura familiar se define como el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia o al sistema que opera a través de pautas transaccionales. Se debe a Salvador Minuchin, el desarrollo y elaboración de este modelo que se centra en la persona, en el marco de su familia e intenta modificar la organización familiar, lo que provocará un cambio en la posición que guarda cada miembro y todo ello modificará las experiencias de cada individuo. Gracias a las propiedades de autoperpetuación de la familia, ésta mantendrá dicho cambio, modificando así mismo el *feedback* que califica o valida las experiencias de sus miembros (Minuchin, 1974).

#### **1.2.1.1. Definición de los conceptos más importantes del Modelo Estructural.**

Minuchin le dio mucha importancia a la organización y los factores que subyacen a la estructura familiar como son: las jerarquías, límites, subsistemas, vínculos y roles (Minuchin, 1974; Hoffman, 1987).

**a. Jerarquías:** Es el nivel de autoridad que define a quienes poseen el derecho de tener el mando o quienes establecen las pautas de conducta y toman las decisiones finales para toda la familia. Resulta de gran importancia que la jerarquía o autoridad quede bien definida en cada contexto de la vida familiar. La complementariedad e interdependencia de las funciones hará que operen como un equipo.

**b. Límites:** Son las reglas o normas determinadas por la familia en forma explícita o implícita que definen quiénes participan y cómo participan. Delimitan las fronteras intersistémicas y extrasistémicas. Marcan una diferenciación necesaria entre los individuos, entre los subsistemas y hacia el exterior.

**a. Subsistemas:** El subsistema marital tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de la pareja. El subsistema parental tendrá límites claros entre él y los niños, pero no impenetrables. El de los hermanos o fraterno, tendrá sus propias limitaciones y estará jerárquicamente organizado. Por último, el límite en torno a la familia de origen también será respetado, dependiendo de los factores culturales, sociales y económicos. Desde esta perspectiva lo que se trata de lograr es rediseñar la organización familiar, de modo que se aproxime más de cerca, a un modelo normativo.

**a. Vínculos:** Se precisa el grado de involucramiento o cohesividad de la familia en general y de cada uno de sus miembros, en relación al resto de la familia. Puede existir desde un involucramiento excesivo entre todos los miembros, que de la impresión de un amalgamiento emocional; hasta la ausencia de involucramiento, que implica una desintegración emocional, como es el caso de las familias desarticuladas.

**b. Roles:** Son las expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro en una situación o contexto social dados. Los roles pueden ser tradicionales o idiosincráticos. Los tradicionales son los que corresponden a todos los miembros. Son definidos y aceptados como tales en nuestra cultura. El perfil de cada rol tradicional sufre modificaciones de acuerdo con la cultura, el estatus socioeconómico y la historia psicológica familiar de cada uno. Los roles idiosincráticos, son roles diferenciados que tienen lugar fuera de las fórmulas tradicionales, tiene un función específica y al mismo tiempo son patrones de transacción que sirven para unir a la familia. Ejemplos de estos roles son los que se dan por consenso, por ejemplo, al miembro que se le

considera el más bueno o el más malo, el provocador, el pacificador, el enfermo, la víctima, etc.

### 1.2.1.2. Técnicas desarrolladas por el Modelo Estructural.

A continuación se describen las diferentes técnicas desarrolladas por este modelo, no sin antes mencionar que el mismo Minuchin aconseja aprender muy bien la técnica y luego olvidarla para funcionar más que como un técnico, como un coparticipante y volverse así, en un agente de cambio (Minuchin, 1974).

<b>TÉCNICAS</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>1. Unión y Acomodación</b>	Definen tanto las acciones del terapeuta para relacionarse con los miembros de la familia, como su adaptación al sistema para lograr alianzas.
a. Mantenimiento	Acomodarse al sistema para proporcionar apoyo a la estructura familiar, tal como el terapeuta la percibe y analiza.
b. Rastreo	Es otra técnica de acomodación. Alentar toda comunicación o conducta de los miembros para que sigan en esa orientación.
c. Mimetismo	Acomodarse a un estilo familiar y a sus modalidades afectivas.
<b>2. Cuestionar el síntoma</b>	El objetivo es modificar la concepción que la familia tiene del problema, para que tenga un manejo más eficiente de su realidad disfuncional.
a. Escenificación	Tratar que los miembros de la familia interactúen frente al terapeuta con el propósito de vivenciar la realidad familiar.
b. Enfoque	Centrarse en un pequeño segmento de la experiencia de la familia, seleccionando elementos que sean pertinentes para el cambio.
c. Intensidad	Consiste en hacer llegar el mensaje, reforzando el influjo del mensaje terapéutico.
d. Resistencia a la presión de la familia	“No hacer” lo que el sistema familiar desea que el terapeuta haga. Vivenciar las interacciones de la familia para formar un diagnóstico de su funcionamiento, señalar las posiciones recíprocas de los miembros: coaliciones, alianzas, conflictos explícitos e implícitos.

<p><b>3. Cuestionar la Estructura Familiar</b></p> <p>a. Fronteras</p> <p>b. Desequilibrar</p> <p>c. Complementariedad</p>	<p>Reglan la permeabilidad que separa a los holones entre sí.</p> <p>Coparticipación y apoyo del terapeuta sobre un individuo o un subsistema a expensas de los demás, desconociendo la central de operaciones de la familia.</p> <p>Intentar que la familia se viva como parte de una entidad que rebasa el “sí-mismo” y modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia.</p> <p>Crear en la familia una concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma</p>
<p><b>4. Cuestionar la Realidad Familiar</b></p> <p>a. Símbolos Universales</p> <p>b. Variedades Familiares</p> <p>c. Consejo especializado</p>	<p>Se puede aducir a cierto orden moral, Dios, la sociedad, la decencia; incluso el sentido común o tradiciones que prescriban el cambio.</p> <p>Utilizar la misma concepción del mundo que tiene la familia, para extender su modalidad de funcionamiento.</p> <p>Presentar una explicación diferente de la realidad de la familia y basarla en la experiencia propia, la perspectiva de otro miembro o familiar.</p>

### 1.2.1.3. Alcances y limitaciones del Modelo Estructural.

Este modelo es lo suficientemente flexible para incluir las diversas maneras en que pueden organizarse las estructuras familiares y como se dijo anteriormente, respetando, las etnias y costumbres hasta el punto en que funcionan para bienestar de los miembros de dichas familias. El marco conceptual de Minuchin se inclina muy poco hacia el paradigma cibernético que se desarrolló en los demás enfoques. Por otro lado, es de gran importancia la aportación que hace en relación al efecto del terapeuta en la familia y el método de trazar mapas del terreno psicopolítico de una familia. En este mapa se trazan las *huellas* de los grupos familiares en cuanto a: coaliciones, límites y la estructura de los subsistemas. Lo que se le cuestiona a este modelo es la falta de previsión en el uso de las técnicas paradójicas que aunque no suele utilizarlas, se han observado ejemplos de ellas en algunas de sus intervenciones de manera sutil. Por otro lado, no

contiene una teoría del cambio que sea suficientemente comprensible para cubrir las llamadas resistencias principalmente en las familias enredadas como Minuchin las llama (Sánchez, 2000).

### **1.2.2. MODELO ESTRATÉGICO.**

Dentro de la psicoterapia, el término *estratégico* que adopta este modelo demuestra que la intervención para cada terapia es única, aún cuando pueda variar durante el transcurso de ella, es decir, que el terapeuta diseña una intervención para cada problema y para cada paciente. Haley, es el primero en utilizar este término no obstante, también se identifica en las ideas y postura de autores como Watzlawick, Weakland y Fisch (1989), relacionado con la solución de los problemas y que después darán forma al Modelo de Terapia Breve del Mental Research Institute. Haley, es considerado por algunos autores como una figura de transición entre la posición estratégica y estructural, oscilando entre estos y otros enfoques (Galicia, 2004). En la obra de Haley influyen directamente tres elementos importantes: su postura sobre la comunicación, que se basa en los conceptos desarrollados por Gregory Bateson y John Weakland; la influencia de la psicoterapia ericksoniana y su aproximación al estudio de las familias, orientada por las ideas de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo (Galicia, 2004).

#### **Aportaciones de Bateson al modelo estratégico**

##### **a. La Comunicación**

De acuerdo con lo que el mismo Haley describe en su libro: “Terapia no convencional” (1989), su colaboración en los trabajos realizados por Gregory Bateson sobre la comunicación, le permitió familiarizarse e interesarse por la forma en que los mensajes se califican o clasifican entre sí. Lo anterior, ligado a los trabajos realizados con pacientes esquizofrénicos y sus familias, le dio la oportunidad de observar de qué manera se forman las paradojas del tipo ruselliano, una de cuyas derivaciones es el concepto del *doble vínculo*, desarrollado por Bateson y que en 1959 fue acuñado a la etiología de la esquizofrenia; cuyos síntomas de clasificación en la comunicación dan lugar a mensajes o metamensajes que se relacionan recíprocamente y son contradictorios entre sí, lo que da lugar a la paradoja.

### **c. El Doble Vínculo**

Para tener una mejor comprensión de los orígenes y fundamentos teóricos que sustentan al modelo estratégico y los resultados de los estudios realizados, se explican brevemente las características principales de la teoría del *doble vínculo*: 1) Se establece una relación intensa entre dos o más personas de gran valor para la supervivencia física o psicológica de una o todas. 2) Se elabora mensajes en donde: a) Se afirma algo; b) Se afirma algo de la propia afirmación y c) ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes. 3) Se impide que el receptor del mensaje se evada del marco establecido por ese mensaje, ya sea metacomunicándose, retrayéndose o desvinculándose de esa comunicación (Hoffman, 1987 y Sánchez, 2000). No obstante, Haley intentó pasar del enfoque donde la intervención era individual, a otra más social, proponiendo que la unidad mínima de investigación y terapia fuera la triada. Empezó a sugerir que los problemas no sólo surgían de una confusión de los niveles de comunicación sino de una confusión entre los *niveles de un sistema de relación* y lo llamó: *triángulo perverso o la coalición intergeneracional* y que coincide con manifestaciones indeseables como violencia, comportamiento sintomático o disolución del sistema.

#### **Aportaciones de Erickson al modelo estratégico**

Pero este enfoque recibió su mayor aportación e influencia de los trabajos realizados por Milton H. Erickson y sus estudios sobre hipnosis, el manejo del trance y la seudo orientación temporal, dándole así un nuevo giro a la forma de hacer psicoterapia (Haley, 1989). Aún cuando lo menos conocido hasta hace poco tiempo fue el enfoque estratégico utilizado por Erickson para el tratamiento de pacientes individuales, parejas y familias, su terapia podía ubicarse en el contexto de la teoría de la familia, vista ésta como el centro de los dilemas humanos concomitantes en el desarrollo de toda familia. Otra característica más de la terapia ericksoniana fue la noción de que el terapeuta debe ser un elemento activo y directivo; característica que el modelo estratégico adoptó pero que se extiende a cualquier tipo de terapia.

#### **Aportaciones de Minuchin y Montalvo al modelo Estratégico**

Por otro lado, los trabajos que Haley realizó con Minuchin sobre los desórdenes de los adolescentes que intervienen en la jerarquía familiar, le dio un giro y una forma diferente de ver a las familias. Sin embargo, la influencia de Montalvo sobre Haley fue aún mayor, con quien

compartió la enseñanza de la terapia y la preparación de filmes didácticos, mantuvieron muchas pláticas sobre la naturaleza del *cambio terapéutico* y el aspecto ético de la terapia (Haley 1976). Después de unirse a Minuchin en Filadelfia y en cierto momento de su trabajo terapéutico, Haley empezó a desdeñar el empleo de técnicas hipnóticas y directivas paradójicas y se centró en un modelo de terapia más organizacional.

En resumen, la carrera de Haley puede considerarse una oscilación entre los estudios y observaciones de la comunicación esquizofrénica, y la investigación de coaliciones en dentro de la familia; hacia el desarrollo de un modelo estratégico de terapia y su interés por un modelo más organizacional - estructural (Hoffman, 1987). Haley (1976) piensa que el cambio o la intervención terapéutica sobre las interacciones familiares debe consistir en un proceso *paso a paso* en relación a la forma de reorganizar a la familia, es decir que se debe contemplar el *paso* de una organización anormal a otra, antes de lograr finalmente una organización más normal. Por lo que las contribuciones más importantes de Haley a la terapia estratégica fueron: el rastreo de las secuencias organizacionales al evaluar el problema, el paso por etapas en el proceso de cambiar dicho problema, hasta puntuar las líneas jerárquicas apropiadas, sin dejar de lado que tanto el terapeuta como otros profesionales pueden contribuir a la anormalidad organizacional, al cruzar estas líneas en sus esfuerzos por ayudar (Hoffman, 1987). Hasta aquí se ha dado una breve semblanza de los orígenes y fundamentos que sustentan al Modelo Estratégico a continuación se abordarán los conceptos más importantes de esta terapia puntualizando su descripción.

### **1.2.2.1 Definición de los conceptos más importantes del Modelo Estratégico.**

#### **a. Organización, Jerarquía y Poder**

Haley descubrió que tanto en las instituciones como dentro de las familias, incluso en ciertos animales, existe una organización en la que se ven implicadas jerarquías, que se relacionan así mismo con diferentes niveles de autoridad (Fernández, 1981; Haley, 1976, y Minuchin, 1974). Tener en cuenta la presencia de estos principios dentro de la familia, contribuirá a lograr cambios en el comportamiento inadecuado de sus miembros, como resultado de una mala organización y ésta, provocada por jerarquías difusas que a su vez, dan como resultado perturbaciones en la forma de adaptarse a la etapa del ciclo vital por el que la familia esté atravesando. A partir de estas observaciones, Haley estableció una regla fundamental: si en

una organización social se observan coaliciones secretas, en diferentes niveles jerárquicos, y éstas llegan a ser frecuentes, la organización peligra. En este sentido, al modelo estratégico se le ha considerado una terapia *de poder* ya que cambia las *estructuras de poder* existentes en la familia que no son adecuadas o que alteran los cánones sociales. Finalmente, la meta del terapeuta será motivar el desarrollo de relaciones de poder que favorezcan la claridad de las jerarquías entre los miembros involucrados. (Galicia, en Eguiluz, 2004).

## **b. Secuencia**

La jerarquía puede delinearse observando las secuencias de hechos que ocurren en una organización. Una estructura está compuesta por actos reiterados entre personas. La terapia estratégica tiende a cambiar la secuencia de hechos que se presentan entre las personas dentro de un grupo organizado, con objeto de que los miembros del grupo experimenten cambios; por el contrario, la secuencia rígida y repetitiva dentro de límites estrechos causan patologías.

La noción de secuencia puede compararse con un ciclo repetitivo de “competencias e incompetencias” y donde pasos sucesivos desembocan en un retorno al primer ciclo, sin tener una idea clara de dónde inicia dicha secuencia. A las personas se les dificulta describir y descubrir, secuencias repetitivas en una cadena de tres o más acontecimientos, debido a las limitaciones en nuestros alcances cognoscitivos.

En tanto la conducta sea repetitiva, estaremos ante un sistema gobernado por el error, la desviación activa un proceso rector. Puede trazarse un paralelo entre niveles de comunicación y niveles de jerarquía. Al transmitir mensajes paradójicos se ofrecen a un tiempo dos definiciones incompatibles de la jerarquía. Así como nadie puede no comunicarse con los demás, tampoco puede dejar de lado el problema de la posición jerárquica que ocupa respecto de su interlocutor. El cambio terapéutico puede centrarse en los modos en que se establecen las cuestiones jerárquicas en la relación terapéutica. La tarea del terapeuta es cambiar la secuencia, modificando así la jerarquía de la familia y no dejarse atrapar por la secuencia que trata de eliminar, para ello debe tener claro sus objetivos. Así mismo debe considerar su propia tendencia *a la resistencia al cambio* una vez que la terapia sea un proceso en marcha.

Tomar conciencia de la secuencia o provocar un cambio en la conducta de uno de los miembros no provoca un cambio en la secuencia. Deben modificarse por lo menos dos conductas que necesariamente provocarán un conflicto que se considerará como parte de las etapas de la

terapia. Hasta aquí se ha dado una breve explicación del modelo, sus orígenes, influencia teórica y metodológica. A continuación se describirán las técnicas que lo hacen un modelo estratégico. Pero antes, es importante explicar que dichas técnicas tuvieron una fuerte influencia en la Escuela de Milán (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987 citados en Sánchez, 2000); principalmente con el desarrollo de los axiomas pragmáticos de la comunicación y el de los sistemas en los que trabajaron: Haley, Jackson, Weakland, Fisch y Watzlawick; uniéndose posteriormente: Papp, Bergman, Hoffman y Penn.

#### **1.2.2.2 Técnicas desarrolladas por el Modelo Estratégico.**

El terapeuta desarrollará una estrategia para cambiar la secuencia que mantiene el problema, esta secuencia está en relación a: la cooperación e involucramiento que los miembros demuestren hacia el problema; y si el terapeuta piensa el problema en función de *diadas*, lo que le llevará a interpretar los síntomas como una respuesta a otra persona que al mismo tiempo los hace necesarios, o si lo piensa en función de *triadas* buscará el triángulo involucrado en el problema y la secuencia que demanda la conducta sintomática. Si hay sólo un progenitor, indagará la relación con otro adulto involucrado y considerará el problema de tipo *transgeneracional*.

El modelo estratégico se basa en tres tipos principales de intervenciones: las *cognitivas* mismas que cambian la forma de pensar del paciente con respecto a algo (el síntoma), las *conductuales* generalmente cambian las conductas sintomáticas o alguna conducta relacionada con el síntoma; *los rituales* introducen una nueva percepción o una conducta en el sistema familiar; se apoya en la idea de que el sistema no es libre de no responder cuando se introduce algo nuevo en él, por lo que el paciente tiene que extraer una consecuencia que presumiblemente impacta la intervención. Los rituales como las metáforas pueden agruparse en las dos primeras categorías (Navarro, 1992).

TÉCNICAS	DEFINICIÓN
<p><b>1. Intervenciones Cognitivas</b></p> <p>a. Redefinición</p> <p>b. Connotaciones positivas</p> <p>c. Siembra de ideas.</p>	<p>Cambiar la manera en que el cliente ve el síntoma y crea en él la imagen de una persona con recursos suficientes para afrontar y resolver su problema.</p> <p>Modifica el marco conceptual o emocional que el cliente utiliza para pensar su problema.</p> <p>Redefinición que modifica los patrones de atribución del problema entre los miembros de la familia.</p> <p>Construir sobre ideas nuevas, logrando respuestas determinadas por la infraestructura que previamente se construyó.</p>
<p><b>2. Intervenciones conductuales o directivas</b></p> <p>a. Ordalías</p> <p>Empleo del Espacio.</p>	<p>Su objetivo es sustituir la conducta sintomática por otra, promoviendo acuerdos, fijación de reglas, definición de fronteras, en resumen se plantean para modificar secuencias de interacción familiar.</p> <p>Consiste en ofrecer al paciente una alternativa que le resulte más difícil llevar a cabo que renunciar al problema. A través de las <i>penas benevolentes</i> y <i>las distracciones</i>.</p> <p>Se utilizan espacio y tiempo como experiencias subjetivas, mediante claves visuales y auditivas con las cuales, las persona pueda orientarse.</p>
<p><b>3. Intervenciones paradójicas</b></p> <p>a. Aliento o uso de la resistencia.</p> <p>b. Prescripción del síntoma.</p> <p>b. Frustración de una respuesta para alentarla.</p>	<p>Su objetivo es interrumpir la secuencia sintomática presentando una visión alternativa de por qué se produce el síntoma, al mismo tiempo que se revela el juego familiar sin connotarlo negativamente.</p> <p>Esta técnica se considera una de las más refinadas de las derivadas de la paradoja.</p> <p>Consiste en mantener el síntoma, que se continúe o se expanda el comportamiento del problema lo que vuelve paradójica la situación al tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario, incontrolable y que se ha intentado evitar.</p> <p>Alentar a la persona a que inicie una respuesta espontánea, al mismo tiempo que se la inhibe y se pasará a otra área.</p>

d. Ampliación de una desviación.	Procedimiento que implica alcanzar una pequeña respuesta para luego ir construyendo en ella hasta lograr la meta. Se acepta lo que el sujeto ofrece y se lo amplía.
e. Aliento de una recaída.	Consiste en prescribir recaídas con pacientes que siguen las directivas con demasiada prontitud, sin que quede claro quién está a cargo de lo que sucede.

Hasta aquí se describen las técnicas y estrategias más utilizadas por este modelo. Algunos autores hacen un manejo diferenciado del concepto *estrategia* y del concepto *tácticas*, incluso definen las estrategias como el plan general de acción y la táctica como la maniobra concreta que hace operativa la estrategia. Así la relación entre *estrategia* y *táctica* es de subordinación de éstas a aquellas. Otros autores prefieren utilizar el concepto de *técnica* terapéutica y otros sólo utilizan el concepto de *estrategia* cuando quieren referirse a la manera en que intervienen en terapia (Fernández, 1981). Así mismo, algunos autores, organizan o hacen clasificaciones distintas de las técnicas utilizadas en el modelo estratégico, los criterios de agrupamiento varían de acuerdo al impacto que éstas técnicas tienen en la intervención, por ejemplo, *los ritos y las metáforas* bien se pudieron agrupar dentro de las categorías de *intervenciones cognitivas y / o conductuales*, así mismo las directivas indirectas pudieron tener una clasificación especial o aparte de las paradójicas. Navarro (1992) opina que el criterio de agrupación varía dependiendo del objetivo terapéutico, por ejemplo propone agrupar las técnicas que crean una atmósfera y las que son técnicas puntuales. Las primeras tratan de crear una atmósfera donde sobrevenga el cambio en un momento dado, en ocasiones fuera de la entrevista misma; mientras que las segundas, logran conseguir un cambio concreto en el aquí y el ahora de la entrevista.

En el caso de Fernández (1981) hace una clasificación considerando los trabajos realizados por Milton Erickson en cuanto al proceso hipnótico y el trance y que ejercen su influencia de manera distinta tanto en el hemisferio derecho como en el izquierdo, por lo que este autor organiza las estrategias de acuerdo a la forma en que éstas bloquean los hemisferios y permiten cambios en la conducta problemática. Para bloquear las funciones del hemisferio derecho, se hace uso del propio lenguaje del cliente, la comunicación verbal y no verbal, la comunicación digital y analógica. Para el bloqueo del hemisferio izquierdo hace uso de las paradojas en sus diferentes formas: a) prescripción del síntoma; b) desplazamiento del síntoma;

c) prescripciones conductuales; e) manejo de la resistencia y la reestructuración. El propio Haley (2003) desarrolla sus técnicas pero sin hacer una gran clasificación de ellas. En su libro “Terapia no convencional” las describe de manera general y se trató de respetar ese orden para clasificarlas también en este apartado. Por otro lado en su libro “Estrategias en Psicoterapia”, Haley (1989) sólo las nombra *directivas o paradójicas*.

Antes de analizar los alcances y limitaciones de este modelo, es importante hacer una reflexión sobre los aspectos éticos de este enfoque a la luz de las ideas de Haley, su creador.

### **Aspectos éticos de la terapia con enfoque estratégico**

Haley es uno de los teóricos que se preocupa por rescatar y establecer cuestiones éticas dentro de la terapia. Entre otras, está el papel que juega el terapeuta como controlador social al mismo tiempo que agente de cambio. Es decir, que el terapeuta no puede sustraerse de ser en ocasiones, moderador de la conducta de una persona, por ejemplo, cuando ésta rebasa los límites posibles controlables por el profesional, como en los casos de violencia familiar, suicidio o cualquier otro tipo de conducta antisocial.

No obstante el trabajo ético del terapeuta estará siempre sobre la reflexión de su desempeño y el efecto que éste tiene sobre la persona que llega pidiendo su ayuda, pero esta reflexión conlleva una mirada que abarque su mismidad, desde la cibernética de segundo orden. A continuación se señalan algunos de los aspectos éticos que se han considerado en este trabajo como significativos.

- **Control de la información.**- El cuestionamiento ético sobre: ¿Qué de la información a la que el terapeuta puede acceder, es válida o no que esté en su poder o la haga manifiesta al paciente.
- **Toma de conciencia y ética.**- ¿Se puede cambiar a una persona sin que ésta tenga conciencia de ello, o estamos obligados a ayudarla a comprender lo que ocurre en su vida y en la terapia?

### **Objeciones de estos planteamientos**

- La situación terapéutica no es una experiencia sincera sino una relación donde el terapeuta recibe una paga por mostrar su ser humano, lo que es bastante inhumano.

- No se puede compartir todo tipo de observaciones y pensamientos con el paciente.
- No es garantía que el paciente alcance su autonomía si se utiliza el enfoque terapéutico comprensivo.
- No es garantía que compartiendo la comprensión se resuelvan los problemas por cuya solución está pagando el cliente.
- En ninguna terapia se le revela al paciente la totalidad del mecanismo terapéutico, hasta que el paciente esté preparado para recibirlas.
- Por último, es importante considerar que el terapeuta formula un modelo de lo que un hombre debe ser, que dista mucho de parecerse a lo que se puede observar en la realidad.

### **1.2.2.3. Alcances y Limitaciones del Modelo Estratégico.**

Es de apreciarse la influencia de Haley en los trabajos de otros investigadores y terapeutas como el desarrollado por Fisch, Wekland y Segal, quienes retoman de la entrevista inicial y la planificación del caso muchas ideas estratégicas de Haley. Sin embargo son pocos seguidores de éste que han continuado las ideas de poder, jerarquía y directividad. La propuesta de Madanes se considera una extensión o evaluación de las ideas iniciales de Haley, pues advierte que existen otras formas de interacción entre los miembros de una familia que pueden considerarse como comportamientos metafóricos, y adoptarse como posibles explicaciones del comportamiento problemático en una familia. Por otro lado, las posiciones terapéuticas constructivistas y las que están en contra del poder y la directividad han venido ganando espacio, por lo que han dejado atrás las técnicas estratégicas.

El mismo Haley niega la responsabilidad que se le adjudica al terapeuta durante las sesiones, ya que aunque es él, el que dicta las directivas, y algunas conductas a realizar, ha demostrado por medio de videos, que es el cliente quien induce al terapeuta a lanzar sus directivas o quien le confiere la responsabilidad que asume el terapeuta. Simons (1993 citado en Eguiluz, 2004) por su parte trata de reconciliar a los terapeutas de segundo orden, constructivistas y posmodernos con los terapeutas estratégicos tradicionales, al reconsiderar los conceptos de poder y directividad, más como el poder jerárquico que tienen los eventos en relación al tiempo, es decir, que un evento tendrá una alta jerarquía mientras más grande y constante sea en el tiempo. Por el contrario, los eventos de menor nivel, son aquellos que ocupan

menos tiempo. De esta forma, el terapeuta y sus acciones ocuparán un lugar jerárquico en determinada temporalidad y organización.

Un claro reconocimiento a la propuesta de Haley con respecto a la directividad y el establecimiento de jerarquías, son aquellos casos que él denomina *críticos* (Hoffman, 1990 citado en Eguiluz, 2004) relacionados, principalmente, con adolescentes que presentan conductas antisociales; o el trabajo con las llamadas familias caóticas. Otra de sus aportaciones a los nuevos enfoques y modelos, es la importancia que le otorga al entramado social en el que se desarrolla la terapia, y el papel del terapeuta, debido a la función social que tienen, al ser manejadas o dirigidas por instituciones sociales y jurídicas.

Una de las críticas a estos modelos es que se trata de grupos estrictamente interactivos en relación a su propósito de detectar e intervenir en el problema pero sin tomar en cuenta los sentimientos e intenciones. Esa visión estratégica permea la relación terapeuta-familia con metáforas de guerra: tácticas de poder, maniobras, jugadas estratégicas; e incluso, se tiende una barrera entre el terapeuta y la familia a modo de bandos contrarios en conflicto (recordemos el análogo de *juego* para designar las formas de interacción familiar, la *meta* se torna en la posición estratégica), donde uno debe contrarrestar y atacar para manejar las maniobras de la familia.

La práctica terapéutica con familias, vista desde esta construcción, está envuelto por un mito de poder. Esta posición implica una postura estratégica que hace pensar no sólo que se tiene la posibilidad de manipular a la familia sino incluso, supone una visión desde afuera de la familia, un permanecer observando *la realidad* de esa familia. El terapeuta puede estar pensando en una estructura específica (del cómo deben ser las familias o algunas de ellas) y comienza a evaluar si esta estructura puede ser disfuncional, si lo es, entonces debe ser patológica y por tanto tendría que curarla. Aquí tendríamos una regresión a aquello que el enfoque sistémico pretendía, en un principio, dejar atrás; y además enmarca, deplorablemente, la postura de uno que cura y otro que es curado. El mantener esta postura en la práctica, muestra un pragmatismo más bien estrecho, donde se busca la receta, el ritual, la prescripción que más inmediatamente nos resuelva el qué hacer con la familia y nos dé el control. Se recurre a la creación de una lista de técnicas, recetas de intervención donde ajustar la demanda de cada caso presente. El terapeuta se autopresenta como amo del universo (conoce la realidad e incluso la construye) y presta sus servicios a los mortales en desgracia: las familias disfuncionales a quienes instruye, gracias a su

sapiencia estratégica (prescripciones, ritos, paradojas), para que terminen ya con su *juego* (Vargas, 1990).

### **1.2.3. MODELO DE TERAPIA BREVE.**

En 1952, Bateson inició un proyecto con apoyo de John Weakland y Jay Haley y sobre los procesos de clasificación de la comunicación por niveles: 1) de significado y significante; 2) niveles de tipo lógico, lineal y metafórico y 3) niveles de aprendizaje-cognición; lo que lo llevó a afirmar que todo sistema se organiza alrededor de la comunicación y que todo suceso también es un mensaje, en donde lo más importante es determinar el tipo de transmisión de información que se está llevando a cabo. Dichos estudios le permitieron sustentar sus observaciones con esquizofrénicos y su capacidad para hablar en metáforas y paradojas sin reconocerlo, a través de formas peculiares de comunicación que denominó: *doble vínculo, doble lazo o doble atadura* (Sánchez, 2000). Posteriormente Watzlawick retoma estos conceptos en su libro “Teorías de la comunicación humana” postulando axiomas pragmáticos dentro del cálculo hipotético de la comunicación, con objeto de evitar patologías derivadas de una mala interacción comunicativa entre los miembros de la familia, sin embargo, se debe recalcar la influencia de Haley y Bateson en el desarrollo de dichos principios y que se describen a continuación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1986).

#### **Axiomas exploratorios de la Comunicación**

**a. La imposibilidad de no comunicarse.-** Una propiedad de la conducta es: No hay no-conducta, es imposible no comportarse y si toda conducta es interacción, es decir es comunicación entonces, es imposible no comunicarse. La conducta no sólo tiene lugar cuando es intencional, consciente o eficaz, sino cuando se logra un entendimiento mutuo.

**b. Los niveles de contenido y relaciones de la Comunicación.-** Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales, que el segundo clasifica al primero y es por ende una metacomunicación. La comunicación entonces transmite información (contenido) y conductas (relaciones).

**c. La puntuación de la secuencia de hechos.-** La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. Los conflictos en las relaciones se derivan de la falta de acuerdo en la forma de puntuar las secuencias de hechos y

en la incapacidad para metacomunicarse acerca de su respectiva manera de pautar su interacción, incluso, en el error de creer que tal secuencia tiene un principio.

**d. Comunicación Digital y Analógica.-** El aspecto relativo al contenido se transmite en forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza analógica. El hombre combina ambos lenguajes y para ello debe traducir de uno al otro, lo que implica una gran dificultad en ambos sentidos. El conflicto en la comunicación radica en la pérdida parcial de la capacidad para metacomunicarse en forma digital acerca de los aspectos relacionales.

**e. Interacción simétrica y complementaria.-** Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia. La simetría y la complementariedad en la comunicación deben estar presentes, alternando en distintas áreas. Cada patrón estabiliza al otro y es necesario que participen y se relacionen de una u otra forma.

### **Cambio y Resistencia**

Los estudios realizados por Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989) en relación al cambio humano, así como la formación y solución de conflictos, se fundamentaron en dos teorías de la lógica matemática que han sido retomados de su obra titulada: “Cambio” y que se describen a continuación:

**a. Teoría de los grupos.-** Dos conceptos básicos subyacen en la *formación de problemas: la persistencia y el cambio*. La Teoría de los Grupos, representa *el cambio a nivel 1*. Esta teoría describe a los sistemas como un grupo formado de elementos, estos pueden ser diferentes en tanto posean un común denominador y la *combinación* de dos o más de ellos, sea en sí, *un miembro más del grupo*. Pero los cambios que generan, no son capaces de trascender el sistema, es decir, son cambios que permanecen y son invariables. Esos grupo poseen las siguientes cualidades (Watzlawick y col., 1989):

- Se puede combinar a los miembros en distinto orden y el resultado de la *combinación permanece siendo el mismo*.

- El grupo contiene un miembro de *identidad*, tal que su combinación con cualquier otro miembro, da este otro miembro. Lo importante aquí es notar que *un miembro puede actuar sin provocar cambio alguno*.
- En cada sistema cuyo concepto se ajuste al de grupo cualquier miembro tiene su recíproco opuesto y la combinación de ambos da lugar al miembro de identidad.
- La combinación da lugar al cambio pero el resultado es en sí un miembro del grupo.

Estos principios demuestran que los cambios particulares no ocasionan diferencia en el grupo por lo tanto son una base válida para pensar en la peculiar interdependencia entre *persistencia y cambio*; por lo que la teoría de los grupos no proporciona un modelo que explique los cambios que trascienden de un determinado sistema, así que hubo de apelar a la *teoría de los tipos lógico*.

**b. Teoría de los tipos lógicos.-** Se parte del mismo principio que en la teoría de grupos:

Está compuesta de miembros, estos pueden ser diferentes en tanto posean un común denominador, pero la totalidad ya no se designa grupo sino clases. Cualquier cosa que abarque a todos los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma. Esto enfrentó a los investigadores con el nivel jerárquico o nivel lógico inmediato superior, y donde es muy frecuente confundir a los miembros con la clase, sabiendo que una clase no puede ser un miembro de sí misma. Lo anterior, está relacionado con el lenguaje o las palabras que necesitamos para definir a la clase o sus miembros. Al respecto, Wittgenstein comenta: “cuando el lenguaje se toma unas vacaciones, surgen problemas filosóficos” (Watzlawick, 1989, p. 28).

En resumen, La teoría de los tipos lógicos, representa el *cambio a nivel 2*. Esta teoría describe a los sistemas como una “clase” que contiene diferentes elementos. Y los cambios que generan, trascienden el sistema hacia el nivel inmediato superior.

### **1.2.3.1 Definición de los conceptos más importantes del Modelo de Terapia Breve.**

Hasta aquí se han descritos los fundamentos teóricos que subyacen al modelo de terapia breve. A continuación se describe el sistema conceptual del modelo relacionado con la formación de problemas, así como las técnicas e intervenciones desarrolladas. Este modelo fue elaborado

por John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fisch en el Mental Research Institute (MRI) en 1967. Estos investigadores dedujeron que los problemas se debían a un mal manejo de las dificultades cotidianas o por una mala adaptación a transiciones en el ciclo de vida y para eliminarlas o transformarlas se debía alterar los patrones de interacción familiar. La meta era el cambio del paciente, redefinir la verdad, o proporcionar otras formas de observarla, sin que ello implicara la búsqueda de un “deber ser” (Espinosa, 2004). La terapia breve considera las quejas de los clientes como el problema a tratar, a diferencia del modelo sistémico anterior basado en la dinámica y comunicación. Lo importante es tratar el comportamiento problemático del paciente, la dinámica de interacción con los demás y cómo son éstos con el paciente (Watzlawick, 2000 citado en Espinosa, 2004).

Dentro de las metas de la terapia breve está analizar los patrones de conductas destructivas, formulando preguntas encaminadas a obtener información sobre la persistencia y formas de cambiar la conducta. En este sentido la queja se vuelve un problema que se ha convertido en las soluciones intentadas y éstas, determinan su persistencia.

Otra de las metas de la terapia breve es ajustarse a los estilos e idiosincrasias de los clientes, los cuales tienen en su estructura psíquica y social la capacidad de solución, por lo que el terapeuta debe utilizar los recursos y las soluciones de sus pacientes (Zeig, 1985 citado en Espinosa 2004). Los objetivos terapéuticos son establecidos por el terapeuta y el paciente, no por el modelo, sino que se establecen de acuerdo con la realidad y narrativa del paciente; lo que ubica al modelo dentro del concepto cibernético de segundo orden, ya que no contiene normatividad respecto de qué es lo correcto en el comportamiento.

Otro aspecto importante que toma en cuenta este modelo, es referente a la *postura del terapeuta* y su *capacidad de maniobrar* durante la terapia. Esta capacidad consiste en la libertad de actuar en la forma en que crea o considere adecuada, para emprender acciones con un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten (Fisch, Weakland y Segal, 1994). A continuación se presentan cuáles son los intentos de solución que los autores determinan como causa de conflictos.

**a. Las terribles simplificaciones.-** Las soluciones van encaminadas a negar que un problema lo sea, se niega la existencia del problema o se acepta que el problema existe pero

no tiene importancia: quien diga lo contrario está loco o actúa de mala fe. Todo esto evita que se tomen cartas en el asunto.

**b. El síndrome de la utopía.-** Se llega a los extremos en la solución de los problemas, creyendo que se ha encontrado la solución única o absoluta cuando en realidad no hay ninguna, porque de hecho, no existe ningún problema. Las cosas *deben* ser de cierto *modo* sin ver, más bien, el *modo* como son las cosas.

**c. La paradoja.-** Se intentan cambios para eliminar una dificultad que es inmodificable o no existe y se emprenden acciones cuando no se deberían emprender. Se da un determinado cambio, que implica un nivel inmediato superior, sin embargo se actúa desde un nivel inadecuado es decir, se intenta un cambio 1 cuando se requiere un cambio 2; o sea que se comete un error de tipificación lógica, dando como resultado una situación insostenible, con pocos resultados prácticos. La paradoja surge de manera espontánea como una tentativa destinada a superar las dificultades, quedando uno de los miembros en la situación imposible de ser espontáneo (Espinosa, 2004; Watzlawick, 1989).

A continuación se describen las técnicas desarrolladas en este modelo las cuales aparecen ordenadas en dos grupos, las llamadas técnicas o prescripciones *principales* y las *generales*. Las primeras Se utilizan una vez recogida la información y para cierto tipo de conflictos o situaciones como el consumo de tabaco, alcohol o al trabajar con personas con síntomas obsesivos, tics y otros. Las *generales*, se utilizan en cualquier momento de la terapia y para cualquier tipo de problema.

### 1.2.3.2. Técnicas desarrolladas por el Modelo de Terapia Breve.

TÉCNICAS	DEFINICIÓN
<b>1. Las Principales</b>	Se utilizan de acuerdo a un plan que se amolde al contexto de cualquiera de los cinco siguientes tipos de soluciones intentadas.
a. Ser espontáneo	Es un método diagnóstico para que el paciente desarrolle su síntoma y se excluyan las soluciones intentadas.
b. Dominar un acontecimiento temido aplazándolo	Estas dolencias son también autorreferenciales en el sentido de que el paciente es quien experimenta el malestar.

c. Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición	Son intentos de resolver problemas interpersonales centrados en temas que requieren mutua cooperación.
d. Sumisión a través de la libre aceptación	Es un intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación, también conocida como <i>paradoja</i> .
e. Confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa	Una de las partes sospecha que la otra está realizando un acto que ambas consideran indebido y la otra, trata de autodefenderse, lo que genera aún más las sospechas del acusador.
<b>2. Las Generales</b>	Se utilizan en cualquier momento de la terapia y para cualquier tipo de problema.
a. No apresurarse	Se le indica a la persona que no se apresure a tomar decisiones o que no haga nada concreto por el momento, planteándole razones que justifiquen que no actúe. Para fines de la terapia, el cambio exige una adaptación, además de que los cambios lentos son más sólidos que los que ocurren de modo repentino.
b. Cuestionar los peligros de una mejoría	Es una variante del <i>no apresurarse</i> , en cuanto a los objetivos y a cierta clase de resistencias. Se cuestiona al cliente si ha pensado en los peligros inherentes a la solución del problema, al mismo tiempo que se le ofrecen algunos ejemplos de peligros para él o algún otro miembro.
c. Hacer un cambio de dirección	Significa cambiar 180° la postura, estrategia o directriz del terapeuta. Se utiliza cuando el terapeuta se estanca en una discusión con el paciente o cuando este insiste en subestimar o rechazar la opción que le sugiere el terapeuta. También se utiliza ante una sugerencia del terapeuta que el cliente acepta pero después se vuelve improductiva.
d. Discutir sobre cómo empeorar el problema	Se ofrecen sugerencias, aclarando que las cosas empeorarán al mismo tiempo que se hace un recuento de las soluciones intentadas por el cliente pero que también lo han empeorado. Por lo consiguiente, las situaciones contrarias serán la solución verdadera que el terapeuta mencionará implícitamente. También se conoce como sugerencia al revés.

### 1.2.3.3. Alcances y Limitaciones del Modelo de Terapia Breve.

Este modelo se interesa por la forma en que surgen y se le da soluciones a los problemas o lo que hace que se intensifiquen los conflictos. Su objetivo es romper el proceso disfuncional,

manteniendo la neutralidad y respetando el sistema de creencias y valores de la familia. El movimiento feminista cree que esta corriente no toma en cuenta el contexto social al evaluar el conflicto, ya en su aparición, en las soluciones intentadas o alternativas de solución, además de que no se percata o más bien ignora el manejo de géneros que el terapeuta realiza de manera diferenciada, incluyendo sus propios valores.

Es difícil su práctica debido a que se aparta del modelo tradicional de tratamiento. No etiqueta a los pacientes o familias como *enfermas*, no ofrece un diagnóstico de acuerdo con manuales médicos de patología. Rechaza el concepto de enfermedad mental, por lo que los terapeutas puristas no eclécticos que desean practicar la terapia breve, deben abandonar sus conceptualizaciones tradicionales e integrar su preparación anterior de contenidos, de normalidad y psicopatología, con el modelo de terapia breve. Por otro lado, los terapeutas eclécticos no logran integrar la terapia breve con sus conceptos anteriores, lo que les provoca frustración ya que las raíces de dicho problema son epistemológicas. La terapia breve no puede integrarse a la terapia tradicional por la *condición lineal, newtoniana o tradicional* de esta última. Los autores afirman que no siempre, la aplicación de estos principios y las intervenciones que se derivan, conducen automáticamente a soluciones satisfactorias. Entre las dificultades o fuentes de fracaso se encuentran: 1) El planteamiento de una meta no realista o inadecuada; b) La índole de la intervención elegida; y 3) La incapacidad para presentar la intervención en un lenguaje que convenga al cliente, para llevar a cabo una propuesta.

Otros aspectos que parecen limitar el trabajo con este modelo en relación con otros, es por ejemplo, que el problema lo define el terapeuta conjuntamente con el paciente y la capacidad de superarlo y modificarlo se le atribuye al paciente; sin embargo, las técnicas de *no apresurarse o cuestionar los peligros de una mejoría*, le dan al terapeuta el poder absoluto y control o por lo menos, siembra la duda en el paciente, al mismo tiempo que lo prepara para una recaída. Por otro lado, el terapeuta entra buscando el problema, la conducta disfuncional o el síntoma, no obstante en la terapia *enfocada a soluciones* el problema se redefine tantas veces, como diálogos y formas diferentes de percibirlo se puedan encontrar.

Las técnicas centradas en directivas y tareas para resolver el problema comienzan a tornarse más reflexivas al enfocarse en las soluciones y hacer uso de connotaciones positivas. Así mismo, la terapia breve se vale del recurso de centrarse en el síntoma ya sea para prescribirlo o para que el paciente sea espontáneo a través de directivas, pero lo mismo sucede cuando se

enfoca en las soluciones y reformula las conductas negativas como intentos de solución. Considero que sólo fue el tiempo el lugar y las circunstancias los que hicieron que este modelo se encontrara en medio de una transición entre los modelos positivistas y postmodernos lo que finalmente le permitió adoptar su propia esencia.

#### ***1.2.4. ESCUELA DE MILÁN.***

Este modelo surge a partir de la fundación del Instituto de la Familia en Milán en 1967, dirigido por Mara Selvini- Palazzoli terapeuta con orientación psicoanalítica y especialista de pacientes anoréxicas nerviosas (Sánchez, 2000). Selvini trabajó durante muchos años el enfoque psicoanalítico con pacientes anoréxicos, pero la lentitud y la limitación de los resultados obtenidos con la psicoterapia individual la llevó a decidirse radicalmente por una experimentación con una nueva intuición: la terapia familiar conjunta (Selvini, 1990). Selvini reunió a un grupo de psicoanalistas conformado por Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, con la finalidad de establecer las raíces de un nuevo modelo terapéutico que no sólo les permitiera crear una forma distinta de intervención sino un cambio conceptual y epistemológico.

Para el estudio y comprensión de este modelo, es conveniente dividirlo, por lo menos en tres etapas importantes, la primera, que abarca de 1968 - 1978 y donde se aprecia la colaboración del equipo mencionado anteriormente. Los estudios realizados y los conceptos e ideas a las que llegan, serán descritos más adelante. El segundo periodo que va de 1979 - 1983, el equipo se escinde y queda conformado, tan sólo por: Mara Selvini y Prata, mientras que Boscolo y Cecchin crean el grupo Milán Asociados. Finalmente el tercer periodo que va de 1984 - 1987, el equipo de Selvini vuelve a escindirse pero queda conformado por: Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Maria Sorrentino. También es importante señalar que el trabajo de Selvini no aspira a ser un trabajo profesional sino una investigación, utilizando el contexto profesional como ámbito de investigación, sin contradicciones entre uno y otro, más bien tienden al mismo objetivo: obtener el cambio (Selvini, 1990). A diferencia de los otros enfoques que se han venido describiendo en este trabajo, las técnicas de este modelo, fueron surgiendo de la evolución de los estudios e investigaciones que Selvini desarrolló durante las tres etapas que se mencionaron anteriormente, por lo que a continuación se resaltarán los eventos y sucesos más significativos ocurridos en

estos tres periodos. Más adelante se mostrarán las técnicas desarrolladas por esta Escuela, mismas que están organizadas de acuerdo con esas tres etapas.

### **Primer Periodo**

La influencia para un cambio epistemológico se desarrolla entre 1971 y 1978 en donde el grupo de Milán pasa por *cuatro periodos* en el desarrollo de su modelo. No obstante, es en los dos primeros que se observa, claramente esta transformación, ya que en los otros dos, el grupo de Milán se dedica a modificar las intervenciones que había adoptado, principalmente del MRI y a crear sus propias intervenciones. En este primer periodo, el equipo se hace un cuestionamiento de las técnicas antes utilizadas y que se concretan al trabajo analítico e individual con pacientes anoréxicas. Esto los lleva a reconsiderar nuevos enfoques y se proponen estudiar los conceptos e ideas originales del modelo del MRI que se convirtió en una de las influencias más importantes para el cambio conceptual, epistemológico y de intervención con familias.

### **Segundo Periodo**

El grupo de Milán recibe una fuerte influencia de los investigadores del MRI como Watzalwick, Haley, Beavin, Jackson y Bateson principalmente relacionadas con la teoría de la comunicación humana, que finalmente derivó en la elaboración de la teoría del doble vínculo. Es precisamente esta última la que le permite a Selvini Palazzoli explicar cómo los trastornos de la comunicación pueden originar una patología psíquica o el trastorno mental es observado como resultado de la confusión, ambigüedad, equívocos, contradicciones y paradojas de la comunicación familiar.

Otro de los aspectos importantes en el cambio teórico epistemológico, que lleva al equipo de Milán a modificar su manera de intervenir con familias, es el análisis que Bateson hace de la teoría del juego desarrollada por Neumann, en donde evidencia la dificultad en el proceso de decisión, más que la conducta comunicativa dentro de los grupos, así como su dificultad para establecer coaliciones estables. En el caso de las familias esquizofrénicas se observaba esta misma dificultad para tomar decisiones y asumir responsabilidades. No obstante, es a Haley a quien se debe la mayor influencia en los cambios conceptuales del trabajo del grupo de Milán. Las aportaciones de Haley y los conceptos sistémicos que surgieron de las hipótesis que presentó en su ensayo: “La familia del esquizofrénico: Un modelo sistémico”, lo lleva a reflexionar sobre las características de los sistemas familiares basadas más en un sistema de relaciones (Palazzoli,

et al. 1988, p. 31). En este periodo se hace hincapié en los patrones de interacción repetitivos y redundantes. Hay una búsqueda de un patrón patológico - homeostático, que es considerado como el punto nodal, que si se cambia, podría hacer que la familia cambiara por sí misma. Por lo que, dicho punto nodal del sistema o *Ps*, se convierte en el objetivo de la intervención.

Durante este *periodo* el grupo de Milán se aísla para desarrollar su propia metodología, con el fin de volverse más consistentes y coherentes en la aplicación de sus propias ideas con orientación sistémica. Fue durante esta fase que elaboraron algunos de sus primeros conceptos e intervenciones más creativas como son: *la hipótesis, la neutralidad y la circularidad* y que se desarrollarán más adelante.

### **Tercer Periodo**

La escuela de Milán comenzó a ver el sistema familiar como un sistema en evolución. La familia solamente parecía estar atascada o parecía seguir una errónea creencia o mapa de su realidad, pero estaba siempre cambiando. Las creencias de los miembros de la familia acerca de sí mismos no eran las mismas, como sus patrones actuales de comportamiento. En este sentido, se puso mucho más atención *al contexto* visto éste como el conjunto de reglas y roles: colaborativos o competitivos que encaminaban a los terapeutas a formular preguntas sobre el juego que estaba jugando la familia, por lo que el concepto de contexto fue un nexo para el paso del comunicacionalismo al juego (Tomm, 1984).

#### **1.2.4.1. Definición de los conceptos más importantes del Modelo de Milán.**

Otra aportación no menos importante de este modelo fue el desarrollo de tres principios básicos para coordinar de la manera más correcta y fructífera las sesiones de la terapia familiar y que fueran coherentes con la epistemología sistémica adoptada por el grupo. De esta revisión surgen:

**a. La elaboración de hipótesis.-** La hipótesis se define como una suposición que se hace como base de un razonamiento sin referencia a su verdad. Es el punto de partida de una investigación y requiere que se cuente con los métodos para verificar su validez. Elaborar una hipótesis tiene que ver con la capacidad del terapeuta para crearla a partir de la información que posee. Ello recalca la imposibilidad de iniciar una sesión, partiendo de un

nivel de información igual a cero (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980). Las hipótesis no son verdaderas ni falsas, sólo son útiles; incluso, las que parecen erradas, permiten prescindir de variables que parecían posibles. La hipótesis no solo sirve de guía para obtener nueva información sino que sirve de *input* para introducir información inesperada o improbable al sistema, evitando caer en *desórdenes* o descarrilamientos. El *propósito* de la hipótesis será relacionar el comportamiento familiar con el problema y su interacción. *Su formulación* se lleva a cabo considerando la información que aporta la familia, en experiencias del terapeuta o sus conocimientos sistémicos. Para que sirva de guía debe ser sistémica, incluir a todos los miembros de la familia, que tenga relación, con el problema central de dicha familia y ser útil, tratando de encontrar la verdad que la sostiene. Otro de los conceptos que sustentan el trabajo y las investigaciones de este modelo es:

**b. La Neutralidad.-** Es la actitud pragmática que debe mostrar el terapeuta y el efecto de su conducta sobre el sistema familiar; es decir, que la neutralidad le impide al terapeuta tomar partido o realizar juicios. En cuanto a las alianzas que establece, la suma de éstas debe ser igual a cero. Su función principal es provocar la retroalimentación y recoger información, más que en hacer juicios moralistas que impliquen alianzas, coaliciones, seducciones o relaciones privilegiadas con alguno de los miembros o subgrupos (Selvini, et al., 1980).

**c. La Circularidad.-** Ésta se define como la habilidad del terapeuta para dirigir su investigación sobre la base de la retroalimentación que se da a la familia, en respuesta a la información que el mismo terapeuta exige acerca de las relaciones, y por ende de las diferencias y los cambios (Selvini, et al., 1980). Por lo tanto, el cuestionamiento circular tiene como objetivo principal iniciar la concepción sistémica de la familia en tratamiento, siendo infinito el menú de preguntas circulares.

Cecchin (1987) en su artículo titulado “Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity” define nuevamente estos conceptos, tomando en cuenta la *curiosidad* como elemento integrador y concibe a la *neutralidad* como un estado de curiosidad en la mente del terapeuta, mientras que la curiosidad permite explorar e inventar visiones y movimientos alternativos. Este modo recursivo entre neutralidad y curiosidad crea diferencias y no permite casarse con una posición particular. En cuanto a la hipótesis opina que la curiosidad

nos ayuda a continuar buscando diferentes descripciones y explicaciones aún cuando no podamos imaginar, inmediatamente otra. En este sentido, la hipótesis está conectada a la curiosidad, pero tiene más que ver con la técnica. La curiosidad es una postura, mientras que la hipótesis es lo que hacemos para tratar de mantener esa postura.

Finalmente, la circularidad, al igual que la hipótesis, es una técnica que se nutre de la curiosidad. Es una técnica usada en el desarrollo de hipótesis y sustenta la neutralidad, las preguntas circulares pueden ser comprendidas como un método por el cual un clínico crea curiosidad dentro del sistema familiar y el sistema terapéutico. Existen consecuencias interesantes al construir un contexto a través del proceso cuestionador, por el cual, la familia por si misma, se convierte en algo neutral hacia sus propias hipótesis (Cecchin, 1987). Se puede decir que estos tres conceptos son la piedra angular que van a regir, principalmente las intervenciones de este equipo y que le darán estructura a sus sesiones con familias.

Finalmente en este mismo periodo es en donde comienza a darse un giro del principio de la Cibernética de Primer Orden (la familia y el terapeuta tratan de mantener la homeostasis, a través de la prescripción del síntoma) al principio de la Cibernética de Segundo Orden para motivar el cambio, al mismo tiempo que se pone foco sobre los efectos de la actividad del terapeuta (y el equipo) en la interacción con la familia. Es decir que el terapeuta comienza a observarse así mismo, observando a las familias (Tomm, 1984; Sánchez, 2000).

Esta etapa, no sólo encierra ocho años de trabajo constante en la búsqueda de una nueva epistemología y metodología en la experiencia clínica, sino una transformación personal que Selvini Palazzoli vivió con mucha intensidad; ya que resultó ser una difícil etapa de transición que implicó desprenderse del pensamiento freudiano y la técnica ortodoxa, que comenzaron a ser cada vez más incompatibles con el trabajo clínico realizado con familias.

#### **Cuarto Periodo**

Representa la escisión del grupo de Milán: Selvini - Prata y el de Boscolo – Cecchin. El primer grupo, permaneció fiel al estudio de las familias y se trasladó al denominado Nuevo Centro para el estudio de la familia. Como ya se mencionó antes, la característica principal de este equipo fue apoyarse en el trabajo conjunto de la práctica y la investigación. (Selvini, Cirilo, Selvini, M. y Sorrentino, 1998).

### **a. Boscolo - Cecchin**

Por su parte, estos dos investigadores forman un nuevo equipo con el nombre de Milán Asociados. En 1977 iniciaron cursos para preparar terapeutas familiares en el Centro Matter de Milán. Desarrollaron así mismo, programas de enseñanza en diferentes lugares del mundo, presentando cursos de preparación y talleres. Se puede resumir entonces que su trabajo se concentró en la enseñanza y la epistemología, introduciendo nuevas ideas y nuevos patrones de pensamiento a los miembros de la familia; y el contexto de sus acciones se definía en la forma de aplicar la epistemología cibernética a través de la retroalimentación. Pirrota (1984 citado en Sánchez, 2000, p. 151) desarrolla una metáfora que representa el pensamiento de estos autores: “el terapeuta es la intersección entre dos sistemas, el quipo del terapeuta y la familia; la mutua influencia entre ambos es vista como la portadora de los cambios dentro y fuera del sistema”.

Los trabajos realizados por estos investigadores tuvieron la aceptación de la mayoría de los modelos de terapia familiar debido a los principios que ellos representan. Actualmente, estos autores consideran viable el uso de diferentes técnicas durante el proceso terapéutico, ésta, como una actitud de flexibilidad en el terapeuta que lo enriquece. Trabajan el concepto del tiempo como un elemento subjetivo y consideran que éste es diferente para la familia, para la cultura, las instituciones, el individuo mismo por lo que requiere de su coordinación, la falta de ella, da como resultado los problemas, el sufrimiento y / o la patología (Boscolo y Cecchin, 1996 en Rodríguez, 2004, p. 194).

### **b. Último equipo: Mara Selvini, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna María Sorrentino.**

Esta última etapa representa el método actual que el nuevo equipo de Milán aún sigue aplicando en su trabajo con familias y que ellos denominaron *la revelación del juego* este método prevé una atención más específica a los diferentes elementos de la familia a los que pueden dedicarse segmentos de tratamiento individuales dentro del marco de la terapia familiar.

Éste es tan sólo un breve recorrido en el tiempo, que permite observar la transformación de un modelo que inicia sujeto a constructos ortodoxamente psicoanalíticos, no obstante, la flexibilidad al cambio le permitió seguir evolucionando, incluso escindirse, sin que por ello perdiera fuerza o vigor. Actualmente, los mismos principios que sustentan este modelo, como son: la hipótesis, la neutralidad y la circularidad, siguen siendo el eje rector de todo buen proceso

terapéutico basado en este enfoque; y se convierten en estrategias de intervención cuando la curiosidad del terapeuta y los efectos de la actividad del terapeuta (y el equipo) en la interacción con la familia, se ponen en marcha.

#### 1.2.4.2. Técnicas desarrolladas por la Escuela de Milán.

TÉCNICAS	DEFINICIÓN
<b>Primer periodo</b>	Influencias para un cambio teórico epistemológico
<b>Segundo Periodo</b>	
a. Contra paradoja	Se dirige a toda la familia mandando elogios fuertemente provocadores al paciente designado, prescribiendo el no cambio en el contexto del cambio.
b. Connotaciones positivas	Describir las conductas de los miembros como “buenas” o “aceptables para preservar la cohesión del grupo familiar.
<b>Tercer periodo</b>	
a. Rituales familiares	Son prescripciones que cambian las reglas de una familia sin dar explicaciones. Enfatizan la conducta patológica de la familia con la finalidad de motivar su cambio.
b. Prescripciones ritualizadas	Contiene una estructura formal que puede utilizarse con cualquier otra familia, a diferencia del <i>ritual</i> que es una prescripción específica.
c. Prescripción simple	Sólo se especifican los efectos del contenido.
d. La regla de intervalo mensual	Es el resultado de constataciones experimentales en donde se observó que las intervenciones requerían tiempo para que se hicieran visibles sus efectos sobre la organización familiar.
<b>Cuarto Periodo</b>	
a. Prescripción invariable	Consiste en prescribir a los padres, sin ninguna explicación una serie de desapariciones de casa de duración creciente. Los padres no deben dar previo aviso a sus hijos, ni contar nada a su regreso.

b. La revelación del juego	Los terapeutas hacen explícito el juego que intenta jugar la familia, el punto nodal en donde se entrecruzan las diferentes interacciones entre los miembros pero que se vuelven un patrón constante.
----------------------------	---

### 1.2.4.3. Alcances y limitaciones del modelo de Milán.

Se han descrito aquí las intervenciones más importantes que la Escuela de Milán desarrolló a partir de su práctica experimental y metodológica, con pacientes que presentaban principalmente síntomas o conductas psicóticas y anorexia. No obstante aún hay resquicios que parecen obviar algunas limitantes de este modelo. A continuación presentaré algunas que a título personal surgieron del estudio de este modelo, así como la opinión de otros autores.

A pesar de las transformaciones que ha presentado este modelo que se mantiene consiente del sufrimiento del otro, incluso lo connota de manera positiva y lo valida, no deja de ser un método directivo, en el que el terapeuta toma el control y responde con prescripciones directivas, paradójicas o ritualizadas que se convierten incluso en tareas. Por si fuera poco, el método de la *revelación del juego* se vuelve un detonante que cimbra y moviliza a los miembros para que modifiquen el patrón interaccional pero el precio, es provocar el dolor, la rabia o la culpa de los que se sienten descubiertos.

Considero también que es un método útil en casos extremos como los trastornos psicóticos o la anorexia y como tal, fue estructurado para romper en un sólo movimiento, las estrategias utilizadas por la familia para defenderse; pero un movimiento en falso y el plan terapéutico puede fracasar. No obstante, considero que existen otros métodos menos intrusivos con los que se puede llegar al mismo objetivo que es el cambio.

Por su parte, Boscolo y Cecchin (en Tomm, 1984) ven poco práctico el aplicar una misma intervención con diferentes familias, ellos parten de la pluralidad y la flexibilidad en el uso de diferentes intervenciones, además de permitirle a la familia experimentar y decidir con cuál de ellas se siente seguro de lograr los cambios. Para Boscolo y Cecchin, la neutralidad, va más allá de la discreción y la imparcialidad del terapeuta al trabajar con varios miembros. La neutralidad es promover la curiosidad.

### ***1.2.5. MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN SOLUCIONES.***

Se puede considerar al modelo de Terapia Breve centrado en los problemas como el parte aguas que dio origen a este otro modelo centrado en soluciones. El primero, creado por investigadores del Mental Research Institute quienes se enfocaban directamente en la queja del paciente, creando un método específico para promover el cambio. El segundo modelo en cambio, se centró en los recursos y fortalezas de las personas. Steve de Shazer fue el primero en desarrollar el modelo denominado Terapia enfocada en Soluciones, dentro del Centro de Terapia Familiar Breve, instalado en Milwaukee. Junto con su esposa, Insoo Kim Berg y su equipo, de Shazer tomó sus ideas de los trabajos realizados por Milton Erickson con familias y por supuesto, del MRI. La idea principal de su terapia era utilizar lo que el paciente traía consigo para satisfacer sus necesidades y lograr una vida satisfactoria por sí mismo (de Shazer, 1986). Así también, de Shazer comenzó a darse cuenta de que era más importante centrarse en las soluciones que permitían el cambio que en la naturaleza misma del problema, ya que dicho cambio venían directamente de las capacidades, competencias y fortalezas del paciente, por lo que decidió poner foco en lo que sí funcionaba y trató de identificar y amplificar esas secuencias de solución (de Shazer, 1982 citado en Cade y O'Hanlon, 1995).

Este modelo se apoya en la teoría Constructivista, la cual sostiene que la realidad es creada por el observador y la construcción que hace de ella, por lo tanto, para la terapia centrada en soluciones, los conflictos son producto de una deformada construcción de la realidad, cambiando dicha percepción se puede tener una concepción distinta de ella, es decir, que el punto de vista que los clientes mantienen en torno a su situación, es también una construcción o forma de contarse cosas a sí mismos y a los demás, susceptibles de ser negociadas en la interacción social y reemplazadas por otras más útiles (Gergen, 1985).

Otro de las características de este modelo es el manejo que hace de la Cibernética de segundo orden que declara la influencia mutua entre el terapeuta y el cliente, por lo tanto, se le debe dar importancia al acoplamiento y la colaboración entre el equipo terapéutico y la familia o el cliente (Espina y Cáceres, 2004). No obstante, este enfoque siguió adoptando presupuestos e ideas del modelo de terapia breve centrado en los problemas, que les permitió desarrollar algunas técnicas clave durante el proceso terapéutico.

Las ideas de de Shazer y su propia experiencia terapéutica, lo llevaron a desarrollar una concepción general de las soluciones y el modo en que éstas operan. Algunas de estas ideas están

relacionadas con la analogía que se cree existe entre la solución y el problema, así como la temporalidad y el significado que adquiere el problema vs. la solución, etc. Por ejemplo, de Shazer considera que no existe ninguna relación o analogía entre el conflicto y el modo de solucionarlo, es decir que aún cuando el problema sea grave, no significa que la solución lo sea en idéntica medida. Por otro lado, el recurso del tiempo futuro sin problemas, como una posibilidad o visión realista, genera posibilidades de cambios o formas espontáneas de resolver los conflictos. Estas formas espontáneas, pueden ser aparentemente irracionales, inapropiadas, extravagantes o humorísticas. Así también, no es necesaria demasiada información sobre el origen o lo que está en este momento manteniendo el problema, es más importante trabajar por la construcción de una solución. En general, este modelo se centra en los éxitos pasados, en la posibilidad de que el cliente reconozca cuando el problema esté resuelto o que observe lo que está haciendo bien y no en lo que está haciendo mal (de Shazer, 1986).

### **Terapia de posibilidades**

O'Hanlon y Weiner 1989), por su parte desarrollaron otro modelo también centrado en soluciones pero con ciertas variantes y al que denominaron Terapia de posibilidades. Dentro de estas variantes, las más significativas son las siguientes. El modelo de de Shazer le da mayor énfasis a las soluciones que a las emociones lo que genera la percepción en los clientes de no sentirse escuchados y al mismo tiempo, la sensación de enojo y frustración al sentirse presionados o forzados a trabajar sólo en la solución del conflicto. Por otro lado, las preguntas de la primera sesión, como la *pregunta del milagro*, creada por de Shazer, es según O'Hanlon, la prueba de lo ortodoxo, dogmático, formulativo y directivo que puede ser dicho enfoque, forzando al cliente hacia una cierta dirección. Otra queja al modelo de de Shazer, es que deja de lado los factores políticos, históricos y de género que influyen en la construcción del conflicto. En cambio, la terapia de posibilidades, los considera importantes si estos factores son causa de riesgos o daño a los miembros involucrados en el problema y el terapeuta adquiere una responsabilidad ético - social en ello.

En relación con lo anterior, O'Hanlon opina que no existen diagnósticos correctos o incorrectos, ni teoría acertada o errónea, sólo es importante ubicar lo que sí funciona o es útil para resolver conflictos, por lo que enfocarse en las capacidades y recursos de los clientes disminuye el dolor y sufrimiento que generaba anteriormente los déficits, por lo que adopta en su

modelo la mayoría de las técnicas desarrolladas por de Shazer y que serán descrita y definidas más adelante.

#### **1.2.5.1. Definición de las premisas importantes del Modelo centrado en Soluciones.**

A continuación se describen las principales premisas que subyacen en este modelo y que favorecen la búsqueda y ampliación de las soluciones intentadas, a través de las capacidades y recursos de los clientes (O'Hanlon y Weiner, 1989).

**a) Los clientes tienen recursos para resolver sus quejas.-** En este sentido, el modelo se interesa por las formas posibles que puede utilizar el cliente en resolver sus problemas y cómo llevarlas a cabo. Pensar así implica que está en el paciente el poder y la forma de solucionar sus conflictos.

**b) Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse.-** Esto es lo que el modelo de terapia breve centrado en los problemas define como foco y que se mencionó más arriba. Este principio no toma tanto en cuenta las características o aspectos del cliente o su situación que no sean susceptibles al cambio.

**c) No es necesario conocer mucho ni tampoco las causas o la función de los síntomas para resolverlo.-** El terapeuta puede quedar atrapado ante demasiada información sobre el problema y poca sobre las soluciones. Así mismo, saber las causas del conflicto no resuelve el conflicto ni da las pautas para solucionarlo.

**d) El principio de los pequeños pasos.-** Este es otro de los principios que se mencionó antes como uno de los presupuestos heredados por el modelo de Terapia Breve basado en los problemas. Sólo es necesario un pequeño cambio. Partiendo de esta premisa es importante que paciente y terapeuta establezcan objetivos (pasos) bien definidos, de esta forma, ambos sabrán cuándo puede terminar la terapia.

**f) La solución de los problemas puede ser rápida y constante.-** Si el terapeuta acepta esta última premisa, se comportará como si el cambio fuera inevitable. Cuando el cliente informa que nada ha cambiado, ello se debe a que su forma de ver la situación es lo que ha quedado

igual. La duración del tratamiento es variable pero es inferior a 10 sesiones, la diferencia con otros enfoques es que la TBCS, se crea ya en la primera sesión.

**g) Identificar y ampliar el cambio.-** Por medio de preguntas y los temas que el terapeuta elige ayuda al cliente a crear una realidad determinada. El modelo se centra en lo que parece estar funcionando, por pequeño que ello sea, dándole una connotación valiosa frente al cliente y trabajar para ampliarlo.

**h) Los clientes definen los objetivos, ya que no hay una forma única o correcta de ver las cosas.-** No hay una única forma de vivir la vida y lo que resulta funcional para una familia puede resultar una conducta inaceptable para otra, por lo que una vez que terapeuta y cliente han co - creado una definición más manejable del problema, se deja al cliente la libertad de decidir los objetivos a los que desea llegar durante la terapia.

Como se puede observar todas estas premisas están centradas en las fortalezas y recursos del cliente para modificar la realidad que percibe por otra más funcional, mantener los cambios llevados a cabo y ampliarlos. No obstante, es necesario describir tres presupuestos que representan los pilares que sostienen el proceso terapéutico, es decir, la concepción eco sistémica que define la epistemología de este modelo, ya que toma en cuenta la conducta interactiva y comunicativa entre el terapeuta, el equipo detrás de cámara y el cliente, dando como resultado una nueva forma de pensar, conocer y decidir o lo que es lo mismo, una nueva epistemología eco sistémica (de Shazer, 1987).

### **Presupuestos básico para el desarrollo del proceso terapéutico**

**a. Postura acrítica.-** Este supuesto se relaciona con las connotaciones positivas de Selvini Palazzoli que implica atribuir intenciones constructivas a la clase de comportamientos interpersonales que comúnmente se consideran destructivos o perjudiciales.

**b. Isomorfismo.-** Durante el proceso terapéutico es necesario re encuadrar la pauta presentada por la familia de tal manera que sea homóloga a la presentada por ella para poder hacer intervenciones exitosas. No obstante la descripción que el equipo hace de la pauta

presentada por la familia debe ser distinta para que la familia perciba y reciba la diferencia y promueva el cambio en sus pautas.

**c. Cooperación.-** El terapeuta debe describir para sí el tipo de cooperación que manifiesta la familia en la terapia, con el fin de cooperar con ella en la promoción del cambio, lo que es igual a la muerte de la resistencia. Es decir, que anteriormente eludir las tareas o hacer todo lo contrario de lo que el terapeuta sugería se consideraba resistencia. Ahora se toma en cuenta la participación tanto del terapeuta como de los clientes en el éxito del cambio y de no hacerse evidente dicho cambio tiene que ver con la falta de cooperación entre ambos sistemas.

A continuación se presenta un cuadro sinóptico que incluye tanto las técnicas creadas por el modelo de terapia breve centrado en las soluciones, las premisas de las que se originan, las acciones que realiza el terapeuta o la formulación de las preguntas que realiza para llevarlas a cabo y los objetivos que se persiguen.

### 1.2.5.2. Técnicas desarrolladas por el Modelo Centrado en Soluciones.

<b>Principios</b>	<b>Técnicas de Intervención</b>	<b>Acciones del terapeuta</b>	<b>Objetivos</b>
a).- Crear objetivos útiles y bien formados. b).- Negociar un problema resoluble.	Co – crear problemas resolubles	Plantear preguntas: <i>¿Qué encuentras distinto cuando las cosas parecen manejables?</i>	Crear objetivos relevantes para los clientes y que sean pequeños, concretos, expresados en positivo, interaccionales y alcanzables.
a).- Diferencia que marca la diferencia  b).- Identificar y ampliar el cambio.	<i>Buscando soluciones en el presente y en el pasado</i>  Las excepciones	a).- Buscar excepciones. b).- Uso de la curiosidad, el interés o asombro. c).- Que el cliente hable de las excepciones el mayor tiempo posible. d).- Adjudicar el control y logro del cambio al cliente.	Ayudar al cliente a identificar las cosas que sí van bien.
a).- El cambio es constante. b).- No se requiere saber mucho de la queja, ni la función o causa de la misma.	La pregunta de la escala	Se pide al cliente que valore, sobre una escala del 1 a 10 su situación o la queja, antes de asistir a terapia.	Tener una idea clara de si el tratamiento está o no avanzando en la dirección correcta, sin necesidad de saber el origen o causa del problema.

## Técnicas desarrolladas por el Modelo Centrado en Soluciones.

Principios	Técnicas de Intervención	Acciones del terapeuta	Objetivos
<p>a).- Una conversación para el cambio.  b).- Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse.  c).- Los clientes tienen recursos y fortalezas.</p>	<p>Preguntas preposicionales</p>	<p>El terapeuta hace intervenciones durante las sesiones a través de preguntas específicas cuidando su lenguaje y que no admiten un <i>si</i> o un <i>no</i>.</p>	<p>a).- Ayuda al cliente a considerar su situación desde nuevas perspectivas  b).- Encaminar a los clientes hacia respuestas que promuevan sus recursos</p>
<p>c). El cambio es inevitable.</p>	<p><i>Prescripciones o tareas invariables (o de fórmula)</i>   Tarea de la primera sesión</p>	<p>Plantear la siguiente tarea:   <i>Desde ahora y hasta que nos veamos observa, lo que ocurre en tu vida que deseas que siga ocurriendo.</i></p>	<p>Centrar la atención del cliente en el futuro y en crear expectativas de cambio.   Hacer ver la situación problemática como algo normal y cotidiano.</p>

Técnicas desarrolladas por el Modelo Centrado en Soluciones.

Principios	Técnicas de proyección a futuro	Acciones del terapeuta	Objetivos
<p>a).- Re encuadrar la realidad del cliente.</p> <p>b).- No deificar la realidad del cliente, todo es proceso.</p> <p>c).- Hacer desaparecer la idea de que existe un problema.</p>	<p>a) La pregunta Milagro</p>	<p><i>Suponga que esta noche, mientras está durmiendo, sucede un milagro y su problema se resuelve.</i></p> <p><i>¿Qué cosas notará diferente?</i></p>	<p>Guiar el proceso de la terapia, rompiendo el encuadre que los clientes hacen de su situación con el fin de que perciban un futuro diferente.</p> <p>Cuando no se pueden encontrar excepciones, se construye una visión de la solución que actúe como catalizador para producirla.</p>

Técnicas desarrolladas por el Modelo Centrado en Soluciones.

Principios	Técnicas de Intervención	Acciones del terapeuta	Objetivos
<p><i>El Efecto Mariposa</i></p> <p>a).- Los problemas del cliente no son cosas, son patrones de habla, pensamiento y acciones constantemente cambiantes.</p> <p>b).- Donde hay patrones rígidos trabajar la flexibilidad.</p>	<p>Intervenciones sobre el patrón de la queja</p>	<p>a).- Cambiar la frecuencia o tasa de la queja.</p> <p>b).- Cambiar el tiempo de ejecución de la queja.</p> <p>c).- Cambiar la duración de la queja.</p> <p>d).- Cambiar el lugar de la queja.</p>	<p>Alterar los extraños puntos de atracción de las pautas individuales y sociales introduciendo en ellas un pequeño cambio</p> <p>Encontrar los puntos de orden en el aparente caos que presenta el cliente y perturbar sistemáticamente los organizadores de dicho patrón.</p>
<p>c).- Sólo se requiere un cambio mínimo.</p>	<p>Intervención sobre el patrón del contexto o que no tienen que ver directamente con la realización de la queja.</p>	<p>Pedir descripciones de acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja, y alterar las que parecen acompañarla habitualmente.</p> <p>Hacer preguntas sobre dónde se da el conflicto, quiénes intervienen, cuándo se da el conflicto, lo que hacen o dicen respecto a la queja, etc.</p>	<p>Introducir una modificación pequeña en el desarrollo de la queja.</p> <p>Cuando se aborda la queja a través de la intervención sobre el patrón y ello no da resultado.</p>

### **1.2.5.2. Alcances y Limitaciones del modelo centrado en Soluciones.**

En los últimos años este enfoque ha sido trabajado por terapeutas tanto de occidente como de oriente y naturalmente en Europa. Su campo de aplicación abarca problemas de alcoholismo, violencia familiar, esquizofrenia, abuso sexual (Dolan 1991; Berg y Miller, 1992; Lipchik y Kubicki, 1996; Eakes, Walsh, Markowski, Cain y Swanson, 1997 citados en Espina Cáceres, 2004) y dentro del ámbito de la educación, en el área de orientación escolar.

En cuanto a la flexibilidad del modelo, su énfasis sobre los recursos y la colaboración, lo hacen una herramienta útil y sencilla de usar. El carácter formal del modelo, que no prejuzga los contenidos que se han de trabajar y por tanto, permite aplicarlo a temas y situaciones muy diversas, aumenta también su funcionalidad. Finalmente, su fácil integración con otras técnicas y estrategias del campo de las terapias sistémicas breves (Beyebach 2004; Cade y O'Hanlon, 1995) la hacen una técnica práctica, basta y sustentable (Espina y Cáceres, 2004). En cuanto a la simplicidad teórica de la TCS facilita su empleo, representando un marco global dentro del cual, se pueden integrar diversas técnicas como: la interrupción de patrones problemáticos, la externalización, las preguntas circulares o ciertas prácticas de hipnosis. Muchos otros profesionales fuera del ámbito clínico, hacen uso de este modelo debido a la duración de las terapias a fin de ajustarlas a las exigencias cada vez más imperiosas del mercado, pero sin compartir muchas de las premisas teóricas del modelo, lo que da lugar, lógicamente, a choques de naturaleza epistemológica (Lipchik, 1994 citado en Espina y Cáceres, 2004).

Otra posible desventaja es el uso que se hace de ella dentro del ámbito clínico específicamente enfocado a problemas o patologías clásicas. Lo anterior, implica dificultades teóricas y epistemológicas al reconocer que cierto tipo de problemas puede requerir tipos de soluciones específicas, chocando esto con el espíritu no normativo de la TCS. Una crítica más a este modelo, es la credibilidad de las demandas de la familia y en la brevedad del tratamiento (White, 1990 citado en Sánchez, 2000).

Por otro lado, la terapia racional emotiva (TREC) hace una serie de señalizaciones en cuanto a las desventajas de técnicas centradas en los recursos y los talentos de los clientes o que tratan de mostrarles las virtudes y éxitos que poseen; al respecto opina que sólo funcionan con clientes que en verdad tienen dichos recursos y talentos “escondidos” o infrautilizados, de otra forma, requiere promover la aceptación “condicional” de que es necesario tener ciertos recursos y virtudes o aspectos positivos pero no contribuye a superar la problemática, sino sólo a

compensar el estado anímico negativo. Así mismo, cree que no ayudan a cambiar pensamientos distorsionados, sino sólo la resolución de problemas prácticos. En este mismo sentido, opina que la terapia centrada en soluciones resuelve problemas concretos y actuales, debido a que pasa por alto la memoria y los recuerdos que se generaron del pasado. Así mismo, opina que las soluciones del pasado que se pretende poner en práctica, no fueron duraderas y por lo tanto, tampoco exitosas, porque de otro modo no se estarían manifestado problemas en el presente. La TREC las denomina “soluciones parche” que sirven tan sólo para un momento determinado.

#### ***1.2.6. MODELOS DERIVADOS DEL POSMODERNISMO: EQUIPO REFLEXIVO.***

En este apartado se describirán tres de los modelos que se consideran como la transición entre los enfoques sistémicos (constructivistas) y los enfoques que subyacen a la hermenéutica y el significado (construccionismo social) cuyos orígenes epistemológicos y teóricos se abordaron en otro momento. No obstante se retomarán en esta sección para explicar el origen y desarrollo de dichos modelos, que surgen como parte aguas “tanto de una crisis profunda, de la Terapia Familiar Sistémica como del abrazo que ofrece el calor de nuevas orientaciones” (Sánchez, 2000, p. 161).

Los equipos de reflexión fueron creados por la escuela de Milán y difundidos por el Instituto Ackerman de Nueva York, el Instituto de la Familia de Galveston, Texas y por Tom Andersen en Noruega, quien los divulgó de manera más amplia. Los principios básicos de este modelo fueron establecidos por Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata; aunque Andersen les da un matiz de posmodernidad donde la hipotetización y direccionalidad quedan fuera (Sánchez, 2000).

Los antecedentes de este modelo se encuentran en las aportaciones de Gregory Bateson y en las ideas de Humberto Maturana sobre la relación paciente-terapeuta en donde el paciente es quien forma su realidad realizando un cuadro de lo que conoce de ésta y de su actitud ante el mundo. Para Maturana, las personas perciben diferentes cuadros o realidades el paradigma es establecer qué cuadro o realidad es mejor respecto al mundo exterior de las personas. Nuestro mundo tiene una gran posibilidad de significados y la realidad del mundo que percibimos, el tuyo y el mío, está formado por la percepción y realidad de cada uno, sin afirmar que mi realidad o tu

realidad sea la única o la verdadera. En el proceso terapéutico quedan fuera los tiempos verbales de yo o él y cambian por términos como ambos o ninguno de los dos.

La verdad que cada persona construye, le da su individualidad y sentido de pertenencia, de modo que esa verdad es una verdad para cada uno, por lo que no se puede afirmar que una verdad sea más verdadera que otras. Por otro lado, en un sistema familiar cada miembro recibe de otros, diferentes versiones del mundo y estas diferencias permiten ampliar la perspectiva de la realidad, enriqueciéndola. Bateson (1997 citado en Sánchez, 2000) afirma que compartir diferentes puntos de vista tiende a influir en la percepción que se tenía de uno mismo, de ahí las definiciones como: *es la diferencia lo que hace la diferencia*.

Tom Andersen (1994), por su parte, fue fundador de los grupos reflexivos creados en Noruega este psiquiatra social opina que en la percepción de los problemas hay tres tipos de diferencias: aquellas que son tan pequeñas que no se perciben; aquellas que son tan grandes que no son perceptibles y la tercera, son percepciones tan significantes que pueden causar desorganización en el sistema. Andersen también toma algunas pautas para los grupos de reflexión de los trabajos realizados en el Instituto Ackerman de Nueva York y el Instituto de la Familia de Galveston, Texas; en especial, los referidos al cuidado, respeto e integridad que se tiene para con las familias, tratando de encontrar la manera de comunicarse con el sistema familiar a modo de semejanza y a la vez de no semejanza, con una nueva diferencia, no muy nueva que viole la estructura y la autorregulación del sistema familiar.

Para este autor los cambios surgen de manera práctica y después suelen comprenderse. En este modelo el sistema de entrevista así como el equipo reflexivo son los recursos o intervenciones terapéuticas por excelencia, no sólo con familias sino como auxiliares de otros grupos o contextos, ya que el motor fundamental de ambos sistemas es la conversación como fuente importante de intercambios, explicaciones, definiciones y significados diferentes, que finalmente permiten dar luz a viejas interpretaciones o que emerjan otras. Lo anterior requiere la atención del terapeuta para abrir nuevos significados a partir de la conversación con el cliente. El respeto que este modelo le da a los pensamientos, sensaciones y emociones del cliente es tal, que requiere de la autorización de éste para que el equipo reflexivo se lleve a cabo (Limón, 2005).

### **1.2.6.1. Definición de los conceptos más importantes del Grupo Reflexivo y su aplicación en la terapia.**

#### **Establecer una diferencia**

Andersen retoma a Bateson quién a su vez hace notar que las personas no ven las cosas como algo en sí mismas sino como una representación de la diferencia entre la cosa y su entorno. Sin embargo son tantas y tales las diferencias que es imposible prestarles atención a todas y esto se convierte en más diferencias de las que uno puede captar. Pero lo más significativo es que la percepción que una persona tiene de las diferencias que capta, jamás serán percibidas de la misma manera ni serán las mismas captadas por otra persona. Para Andersen (1994) y desde el punto de vista de la terapia, esto parece ser más bien una ventaja que una desventaja ya que a partir de que el terapeuta coopera con el cliente en la búsqueda de nuevas alternativas o el equipo reflexivo, a través de sus diferentes voces proporciona al cliente la posibilidad de acceder a otras diferencias, se pueden modificar su forma de percibir y responder a las cosas o a su entorno y esa diferencia a lo largo del tiempo provocará el cambio.

#### **Ser uno mismo**

Las personas actúan siempre y de la misma manera a ciertos eventos porque no tienen, o no han practicado otro repertorio de conductas, pero cuando dichas conductas son perceptibles para ellos las personas tienden a modificar el patrón conductual. De lo contrario, es decir, cuando no puede reaccionar a falta de un repertorio diferente de conductas, se aísla protegiéndose o conservando su propia organización, o lo que Varela y Maturana nombran *integridad* (Sánchez, 2000). Desde el punto de vista de la terapia es necesario respetar la necesidad básica del cliente de conservar su integridad, por lo que se requiere del terapeuta y la sensibilidad de observar signos en el cliente, que nos indiquen que la conversación ha sido poco usual para él. Para ello, es necesario ir despacio cuando se habla, ello dará tiempo al cliente de responder y al terapeuta de darse cuenta de los signos o indicadores previos a sus respuestas.

#### **Relación con los otros**

Lo que se dice a otros y la forma en que se actúa frente a otros determina que se abra o se cierre una conversación con estos. En la conversación se puede observar que las respuestas pueden transformar al que habla y viceversa, esto da pie a lo que Heinz von Foerster (1979

citado en Andersen, 1994), denominó sistema de observación, es decir que una persona en conversación con otras es muchas personas. Pero todas ellas salen de la misma persona, cuyas características especiales la hacen *esa* persona, en esa circunstancia.

Con esa misma idea, las palabras que se utilizan en la conversación con otro y la conversación en sí con aquél, tendrán un sentido y un efecto distinto en los participantes, gracias al significado que cada uno le dará a los temas, frases, palabras que fluyen en la conversación, por lo que uno es *responsable* de las descripciones y significados que se extraigan de la conversación con el otro, así como no se puede ser *responsable* de lo que uno hable y el significado o efecto que ello tenga en el otro; incluso, la comprensión de lo dicho por el otro puede no ser completamente clara para el que escucha y sin embargo el efecto ya se hizo presente. Esto quiere decir que la mente aún no ha entendido de lo que se trata pero el cuerpo ya lo ha hecho. Así mismo sucede en la terapia, aún cuando el significado no es claro la actuación continúa y el cuerpo trabaja sin que la mente se de cuenta.

### **Multiverso, más que universo**

Con la explicación anterior se concluye y refuerza lo dicho anteriormente sobre la *responsabilidad* de los participantes en la conversación: cualquier descripción o explicación dependen del observador, así que, cada persona que describa la misma situación tendrá su propia versión; y si se compararan las versiones de cada una serían diferentes en algún grado, pero ello no quiere decir que alguna de ellas sea mejor o peor, todas son igualmente válidas (Andersen, 1994). En el trabajo terapéutico se aceptan todas las explicaciones que existan sobre una situación y se promueve la búsqueda de las que todavía no se han encontrado o hecho visibles para el cliente.

### **Dos procesos de diálogo interrelacionados**

El diálogo que se establece con otra persona requiere de un *diálogo interno* cuyo propósito es *sentir, conocer y actuar*, conectado al mismo tiempo con el *diálogo externo*, del otro con iguales propósitos, ambas personas resguardan su integridad a partir de la conversación que tienen consigo mismas (diálogo interno) en cuanto a su participación y la manera de conseguir nuevas descripciones y explicaciones de su conversación con el otro (diálogo externo). En la terapia es importante considerar los conceptos de sentir, conocer y actuar pues es ahí donde se

apunta el cambio que la persona experimentará al intercambiar libremente sus ideas con el otro, asegurando su integridad. Muy diferente a los cambios conductuales que devienen a partir de consejos o imposiciones, que limitan el repertorio de actuación y los aspectos de conocer y sentir, lo que da lugar a la intimidación, no a la intimidad y que más bien atenta contra la integridad. Desde este modelo de terapia las preguntas más que los consejos son clave para mantener la conversación y dejarla abierta a nuevas preguntas. La mejor forma de ayudar a una persona es haciéndole las preguntas que no se hace así misma y que pueden responderse de muchas maneras. Otro elemento importante para proseguir la conversación y mantener abiertas las preguntas, es saber escuchar lo que las personas dicen, para poder tocar temas sobre los que se pueda hablar, siempre y cuando se nos invite a ello.

### **Sistema de significados**

Una de las premisas epistemológicas de este enfoque implica que el problema crea el sistema y no como anteriormente se decía, que el sistema creaba el problema (Hoffman, 1985, citada en Andersen, 1994). Desde esta nueva postura el problema se origina a partir del sistema de significados dado por las personas inmersas en él, desde la descripción que se hacen del mismo, la explicación que dan para el problema y el significado que dan para su resolución. Luego entonces si cada uno de ellos tiene un significado diferente del problema y lo conversan, surgen nuevos significados, de lo contrario, si no existe la conversación, los significados no se modifican. La gente tiende a escuchar sus propios significados acerca de los significados de los demás, en lugar de escuchar los significados de los demás. En este sentido, el sistema de significados está compuesto por un grupo de personas conectadas a la idea de hacer algo en cierta situación, lo que a su vez, los mantendrá organizados. Estos grupos de significados pueden estar representados por la familia, pero también por personas que ofrezcan a esta familia significados diferentes que no hayan contemplado y que invitan a ver, de manera distinta el problema, la descripción que le dan al mismo, su explicación y su significado. Desde este modelo de terapia, el equipo reflexivo cumple esa función a través de las preguntas que ofrecen a la familia sobre las ideas que tienen preconcebidas. El grupo reflexivo invita a la familia a intercambiar ideas que no han sido vistas o sobre las que no se ha pensado y la herramienta para ello son las preguntas que todavía no se han formulado, aquellas preguntas apropiadamente inusuales que permiten que el sistema deje de estar estancado.

### **El equipo reflexivo y la curiosidad**

Andersen (1994) señala la importancia de la estructura del equipo reflexivo. La estructura lo componen el grupo de personas que se reúnen para hablar de una misma idea desde una postura sistémica. La estructura puede cambiar dependiendo del número de personas que conforman el grupo, pero la organización es invariable porque trabajan alrededor de una misma idea. Las preguntas que el equipo reflexivo lanza a las personas estancadas en el problema, les da la posibilidad de que escuchen nuevas alternativas y lleven a cabo nuevas distinciones. Volviendo a la estructura del equipo, Andersen menciona varios elementos que conforman el proceso terapéutico: el sistema de entrevista, conformado por el terapeuta, la familia (por ejemplo) y el equipo reflexivo de tras de cámara; éste último sólo interviene para dar significados diferentes a lo que escucha, no son consejos sino reflexiones especulativas, versiones subjetivas, pero ninguna final y siempre que el sistema de entrevista lo crea conveniente. Una vez que se han expuesto a la familia las ideas del equipo, el terapeuta junto con la familia reflexionará sobre lo que para ellos fue significativo, diferente o inusual. Es importante destacar que la *curiosidad* forma un papel central en este proceso, de ella se vale el equipo reflexivo para formular las preguntas que se pudieron haber dicho durante la entrevista y no se dijeron o el tipo o tipos de conversaciones que se hubieran generado y las explicaciones que se hubieran construido, así como el sistema de nuevos significados que se hubieran creado sobre una situación dada.

#### **1.2.6.2. Guías y estrategias para la práctica del Grupo Reflexivo.**

Es importante señalar la importancia que el equipo reflexivo le da a las preguntas que surgirán en su conversación, de acuerdo con los temas tratados en la sesión y / o el tipo de conversaciones que serían útiles en el futuro, considerando a las personas inmersas en el sistema de significados sobre el problema, qué otros temas tratar, la forma de abordarlos y el momento. Estos modelos que surgen del posmodernismo difieren de los sistémicos en cuanto a la elaboración de técnicas o estrategias predeterminadas o elaboradas para casos particulares. Como se ha observado, estos nuevos modelos le dan importancia al lenguaje, la conversación y crean preguntas con sentido, que permitan encontrar alternativas y nuevas ideas con significado. A continuación se presenta un cuadro que muestra el tipo de preguntas que pueden ser puestas en

prácticas durante la conversación y su propósito, sin intentar con ello ser estructurados o deterministas en cuanto a un proceso terapéutico fijo. Estos modelos no condicionan el proceso o lo estructuran, estos modelos se caracterizan por la libertad, el respeto y cuidado sobre el sentir, pensar y actuar de las personas.

<b>PREGUNTAS DURANTE LA ENTREVISTA</b>	<b>PROPÓSITO</b>
<b>1. Para conocer al sistema</b>	Conocer a las personas que están más inseguras sobre el proceso y que desean conservar el sistema, asegurando su compromiso con la terapia.
<b>2. Para abordar los temas durante la sesión</b>	Con que temas se iniciará la sesión y establecer el encuadre cada vez que se inicie un nuevo tema (el formato que se ajustará mejor a la discusión de los distintos temas).
<b>3. Para la apertura</b>	La apertura son comentarios, ideas, palabras en la conversación que representan el sistema de significados en una familia y que incitan a continuar el diálogo, que provoque la curiosidad muy diferente a la neutralidad (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Cecchin, 1987, citados en Andersen, 1994).
<b>4. Preguntas poco usuales</b>	Relacionadas con la descripción (detalles) de las situaciones alrededor de los temas, las explicaciones (cómo las entienden) de dichas situaciones y lo que ocurriría (cómo será) si hubiera un cambio en esas situaciones.
<b>5. Preguntas sobre las distintas conversaciones</b>	Se refiere a preguntas que facilitan el flujo de intercambios en conversaciones que tienden a frenarse, promoviendo conversaciones sobre el pasado, presente y sobre el futuro.
<b>6. Preguntas sobre el futuro</b>	Descripciones y explicaciones alternativas. Cuestionamientos hipotéticos que quiebran las reglas que rigen la comunicación en la familia. El futuro no está establecido, por lo consiguiente, nadie está obligado por reglas contextuales o formales y se puede imaginar un esquema diferente.
<b>7. Posición de escucha</b>	Posición reflexiva que adopta el equipo reflexivo al escuchar la conversación del sistema de entrevista, sin interferir, para no limitar la atención hacia una idea o pocas ideas. Más bien

<p><b>8. Reflexiones</b></p>	<p>cada miembro reúne mentalmente las <i>aperturas</i> a medida que estas surgen y elige las de mayor significación para él.</p> <p>Las características principales de las reflexiones están relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Versiones diferentes sobre un mismo tema y cada miembro tiene su propia versión.</li> <li>• Omitir aquello que las personas prefieren que no se mencione.</li> <li>• Los diálogos dentro de los cuales quedan muchas preguntas sin respuestas.</li> <li>• Conversaciones de tipo especulativo.</li> <li>• Omitir las reflexiones que pertenecen a un contexto distinto de la conversación del sistema y se evitan las connotaciones negativas.</li> <li>• Considerar los temas de interés o importancia para los distintos miembros del sistema</li> </ul>
<p><b>9. Final de la sesión</b></p>	<p>Al final de la sesión se pone en consideración del sistema si desean continuar, el tiempo para la siguiente sesión y quiénes deben participar en ella o tomarse un tiempo para pensar en trabajado y volver a llamar.</p>
<p><b>10. Seguimiento</b></p>	<p>El seguimiento consiste en un deseo del grupo reflexivo de seguir el proceso y curso de los acontecimientos que experimentará el sistema. Es el interés de saber la manera en que el sistema decidió manejar su situación.</p>

Hasta aquí se ha hecho una descripción de uno de los primeros modelos que forman parte de la transición de los modelos sistémicos construccionistas y que surgen del construccionismo social en donde el lenguaje y los discursos, toman un papel central en la interacción del proceso terapéutico. Sólo resta tomar en cuenta los alcances y limitaciones que implica el uso de este modelo en la práctica.

### **1.2.6.3 Alcances y limitaciones del Grupo Reflexivo.**

Dentro de las críticas que se hace a los profesionales de la terapia tradicional y como alcances de los modelos que surgen del construccionismo, es que no existe justificación alguna para que el terapeuta crea que posee conocimientos trascendentales sobre la disfunción o la cura. De hecho, todo conocimiento surge de su inmersión en la cultura y en la historia.

Este es el contexto dentro del cual la teoría construccionista invita a que el terapeuta considere alternativas a la posición tradicional de autoridad, y que tome una posición de colaboración al acercarse al cliente. No hay nada banal en este cambio. El cambio de un estilo jerárquico a un estilo colaborativo es radical. Equivale a un cuestionamiento franco de la estructura lineal que prevalece en el campo de la medicina y que se conoce como salud mental; es como dice Hoffman (1991), una bofetada a los siglos de un proceder tradicional en Occidente. Tom Andersen (1994) habla de *heterarquía* y apunta que la jerarquía gobierna desde arriba hacia abajo, mientras que la heterarquía lo hace a través de una relación de democracia o igualdad.

Dentro de las limitaciones de este modelo, podría mencionarse la dificultad para contar o reunir al equipo reflexivo que trabaje durante la sesión, sin embargo el número de participantes en este grupo no es un impedimento, ya que se puede contar con la participación de un solo miembro y lograr la reflexión sobre los temas o preguntas que no se dijeron durante la sesión. Otro de los riesgos que se corren durante el proceso de reflexión con el equipo, es caer en la tendencia a dar consejos o fórmulas de cómo actuar. Es importante tener claro que el grupo reflexivo, como su nombre lo indica, tiene como tarea fundamental reflexionar, proponer, sugerir, interpretar los acontecimientos vividos por las personas y puestos como temas durante la sesión, cuidando la confidencialidad de lo no dicho o lo que no se quiso decir en la sesión. Así también, formular preguntas que dejen abierta la posibilidad de nuevas ideas y nuevos significados. El equipo reflexivo es en sí un conjunto de ideas puestas en la mesa para ser analizadas, discutidas y puestas en entre dicho o en práctica por el cliente, si así lo desea.

### **1.2.7. MODELO NARRATIVO.**

Este modelo también surge dentro del espíritu posmoderno a partir de 1990. Uno de los iniciadores del movimiento fue Harold Goolishian (1924-1991) a quien se le ubica mejor como fundador del modelo colaborativo y la terapia de impacto del grupo de Galveston, Texas en los decenios de 1950-1969; este modelo consistía en sesiones maratónicas de dos días continuos de trabajo con familias. Galveston es considerado el formador del diálogo en terapia, sus ideas surgieron de la lingüística, de autores como Ferdinand de Saussure, de la crítica literaria y filosófica de Foucault, Ilya Prigogine y Humberto Maturana (Sánchez, 2000).

Goolishian consideraba que la *verdad* y la *objetividad* de la ciencia son relativas. Se inclinó por el estudio del construccionismo y la hermenéutica, la cual se avoca al estudio o interpretación de los textos. De aquí surgió su idea de que el contexto no está definido por la familia sino por el problema en sí. Desarrolló los conceptos de *definición*, *organización* y *disolución del problema* y afirmaba que éste no es una entidad por sí misma sino una realidad psicológica en la familia que puede deconstruirse a través del lenguaje. El terapeuta es el participante co-creador y facilitador de un nuevo sistema generador de significados que le permite a la familia crear una nueva narrativa de sus problemas (Goolishian, 1992). El modelo de Goolishian se basaba en un final abierto sin cohesión. Usando a la conversación como instrumento, la conversación y el problema se resolvían cuando la familia cambiaba su definición del mismo. Fue un ejemplo de este terapeuta posmodernista, quien se consideraba con la capacidad de creer en todo, pero no aceptaba el fundamentalismo de una única verdad (Goolishian, 1992 citado en Sánchez, 1992).

Los terapeutas narrativos afirman que ellos tratan de simplificar y minimizar los problemas de la vida, sin adicionar suposiciones o realidades impuestas por un experto. Por otro lado, la narrativa personal es parte de otras narrativas y códigos parecidos y cuyo origen es historia. La objetividad y subjetividad son parte de la narrativa; la primera es la percepción personal de la cual se forma la narrativa pero su imagen es la suma de lo subjetivo que la constituye.

La terapia narrativa se basa en la premisa de que las vidas y las relaciones de las personas son moldeadas por los conocimientos y los relatos que usan para dar significado a sus experiencias; algunas de éstas no concuerdan o tiene sentido con otras experiencias que han vivido, por lo que se trata de ubicarlas en un contexto para que concuerden.

En la narrativa, el terapeuta descubre a la familia que se encuentra oculta en la historia. El sentido de esa historia será comprobado por una marca sistémica de la familia, quien buscará nuevas narraciones que acaben con la continuidad de la historia central, tratando de hacer una nueva reconstrucción o determinar una nueva verdad o realidad del texto, proporcionando una percepción distinta de sus vidas y sus historias, las cuales, tendrán un carisma de amabilidad retórica. El terapeuta se convierte en el mediador, tratando de codificar la posición del narrador, de esta manera el proceso terapéutico se convierte en la interacción formada por la familia, el terapeuta y una verdad que convenga a este sistema y que se hallará al final del proceso.

## Narrativa de Michael White y David Epston

Michel White, terapeuta familiar, ejerce en Adelaide, Australia y David Epston en Auckland Nueva Zelanda, ambos especialistas de gran talento quienes han colaborado juntos y han influenciado el trabajo de muchos terapeutas y a la terapia familiar. Se inspiraron en el método interpretativo de Bateson en relación a los significados que las personas les atribuyen a los hechos, los cuales están determinados y restringidos por las premisas y supuestos que constituyen los mapas que se hacen del mundo. White y Epston (1980), también retoman a Foucault quien analiza la relación entre el relato y el poder, así como sus trabajos realizados sobre el construccionismo social; corriente que analiza temas que han tenido un gran impacto en la terapia familiar como el de la *exclusión* el cual se refiere a las consecuencias que implica la aceptación de una identidad atribuida socialmente, tanto para las personas como para los grupos. Es la identidad socialmente impuesta al individuo marginado lo que crea la exclusión, más que el no pertenecer a una colectividad. También recibieron la influencia de Derrida y su mecanismo de reconstrucción (White, 1994).

White, sobre todo, se encuentra preocupado y pugna por develar la naturaleza política de las interacciones locales (de las instituciones psiquiátricas) y trata de *exteriorizar* los *discursos interiorizados* de las conversaciones terapéuticas, que buscan “repolitizar” aquello que había sido “depolitizado”. Aquí también se observa la importancia del relato a través del significado que se construye con la experiencia individual. White considera que el conocimiento cultural puede terminar por constituirse en un factor de sujeción; y es en el espacio creado en la terapia y la nueva distancia que las personas tienden a establecer con sus relatos, que se pueden construir narraciones alternativas.

Por lo consiguiente, el modelo que White crea se centra en una nueva forma, tanto de ver el problema por parte del cliente, como de sí mismo, con objeto de liberarlo de la opresión que ese conflicto le produce, a través de conceptos centrales como el significado de las historias que las personas tienen de sí, su forma de ver el mundo y el uso del lenguaje para construir esas historias. Al respecto, White opina que el terapeuta debe buscar deconstruir las *verdades* que están separadas de las condiciones y los contextos de su producción (Elkaïm, 1996). Los síntomas están vinculados a ciertas narraciones evocadoras del discurso social del poder y desaparecen al ser externalizados y en su lugar se crean nuevas narraciones no relacionadas con el problema. La terapia narrativa es una técnica resultado de una contextualización que combina

afectos, imaginación y creatividad conjunta del terapeuta el equipo y el cliente. Una de sus aportaciones, al igual que las de Epston, fueron las diversas formas de escritura que se puede aplicar en la terapia, como cartas, invitaciones, resúmenes de sesiones, agradecimientos y otros.

La diferencia entre la teoría de White y la escuela post-Milán es que el primero trata de cambiar la historia central de la familia haciéndole ver otra realidad sobre sus problemas, dicha historia remonta a la familia al pasado, al presente y al futuro, trabajando con la historia y no con el problema. La escuela post-Milán, en cambio, espera que surja espontáneamente una nueva y mejor historia. Para resumir, diremos que cuando una historia está saturada de problemas es muy difícil liberarse de esa estructura estereotipada de sus vidas, por lo que rescribir la historia familiar y personal, promueve el cambio de una narrativa saturada de problemas a otra más sana.

#### **1.2.7.1. Definición de los conceptos más importantes del Modelo Narrativo.**

##### **Deconstrucción**

“La deconstrucción tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas. Esas verdades aparecen divorciadas de las condiciones y del contexto de su producción, y sólo a través de la *objetivación* de un mundo familiar dado por descontado, se facilita la reapropiación del yo, en el sentido de volvernos más conscientes de los modos de vida y pensamiento que moldean nuestra existencia y que por lo tanto, también podríamos estar en condiciones de remodelar según otros modos de vida y de pensamiento” (White, 1994, p. 29).

Con esta idea de Bourdieu, White intenta explicar el poder que los significados tienen en las experiencias de las personas, al igual que la estructura social en la que se sitúan, el lenguaje del yo y de su relación, que moldean su vida. Dentro del proceso terapéutico, la objetivación de los problemas permite a su vez la externalización del conflicto a través de una *antilingua*, (Epston citado en White, 1994) que no es más que el desarrollo de nuevas conversaciones que le ayuden a la persona a identificar historias privadas, que así también guíen su vida de conformidad con lo que vive y que con el tiempo, le permitan revelar la constitución de su yo y sus relaciones.

## **Externalización**

El método interpretativo desarrollado por White propone que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento. Las personas organizan su vida alrededor de ciertos significados y al hacerlo contribuyen inadvertidamente a la supervivencia del problema. En este sentido los problemas llegan a tener una vida propia y con el tiempo acrecientan su influencia dentro de la vida de la familia. La externalización, es un mecanismo dentro del proceso terapéutico, para ayudar a los miembros de la familia a apartarse de las descripciones saturadas por el problema de sus vidas y relaciones. Permite así mismo, cosificar y a veces personificar los problemas que las oprimen. Por otro lado, la externalización les permite a los miembros disminuir los conflictos en torno a quien es responsable del problema. Por lo tanto, combate la sensación de fracaso y las personas cooperan entre sí para apartar la influencia del problema en sus vidas a partir del diálogo y la interacción. En resumen, el problema es visto como el problema (White, 1994).

## **La analogía del texto**

La teoría del texto propone que el significado que se atribuyen a un comportamiento dado se prolonga en el tiempo a pesar de que dicho comportamiento dejó de presentarse. Esta analogía concibe las relaciones en términos de lectura y escritura de textos. Cada nueva lectura es una nueva interpretación y por lo tanto una forma nueva de reescribir el texto, pero se requiere de un relato que conlleve, en sí mismo, el significado que se atribuirá a la experiencia, y las interpretaciones estarán moldeadas tanto por el pasado como por el futuro.

Las personas tratan de organizar las experiencias de sus vidas en secuencias temporales y obtener con ello un relato coherente de sí mismas y el mundo que les rodea. Dichas experiencias tienen sentido al interactuar con otros en la representación de estos relatos, o la persona por ella misma, puede participar activamente en dicha representación, lo que le permite a su vez, modelar su vida y sus relaciones. Cuando estos relatos comienzan a parecer inútiles, insatisfactorios y cerrados o no incluyen suficientemente la vida de la persona pero sí la dominan, la experiencia de la persona se vuelve problemática. Dentro del proceso terapéutico se trata de encontrar, identificar o generar relatos alternativos que permitan a las personas representar nuevos significados o posibilidades más deseables y que experimenten como más útiles, satisfactorias y con un final abierto.

## **El relato dominante y los relatos alternativos**

Los *relatos alternativos* son aquellos eventos o experiencias que quedan fuera del relato dominante y éste, es el que las personas se cuentan una y otra vez de acuerdo a la organización y significado que han dado a los acontecimientos de sus vidas. Algunos de esos relatos alternativos aparecen llenos de riqueza para la generación de nuevos significados, por lo que se les nombra también *acontecimientos extraordinarios* que parecen difusos, en el entramado social que representan los relatos dominados por un contexto, una cultura, una categoría social o el grupo de personas que están situadas en el relato y han determinado o contribuido a conformar y confirmar la identidad de la persona agobiada por el problema. Los acontecimientos extraordinarios están cargados de sucesos, sentimientos, intenciones, pensamientos, acciones, etc., que el relato dominante no puede incorporar. El proceso terapéutico a través de la narrativa, permite la identificación de estos eventos, a partir de la externalización de la descripción dominante saturada del problema y su influencia en la vida de las personas o en sus relaciones.

Estos conceptos forman parte de un modelo que se considera más como un espacio para desarrollar la actividad terapéutica, pero a la vez es una técnica cuyas formas, oral o escrita se vuelven instrumentos para llegar a distintos objetivos. Ambas se consideran intervenciones terapéuticas pero que de manera estructurada cuenta historias o desarrollan los elementos que dan pie a nuevas narraciones, es por ello que se les consideran intervenciones que tienen efectos tanto en los niveles cognitivos, afectivos, sociales y pragmáticos (Suárez, 2004).

### 1.2.7.2. Estrategias para la práctica del Modelo Narrativo.

<b>PREGUNTAS DURANTE LA ENTREVISTA</b>	<b>PROPÓSITO</b>
<b>1. Preguntas sobre acontecimientos extraordinarios</b>	Para recordar sucesos y hechos que contradicen el efecto que los problemas tienen en la vida de las persona.
<b>2. Preguntas de influencia relativa</b>	Se ponen en práctica para externalizar el problema y separarse del mismo en dos momentos distintos:  Dando cuenta de la influencia del problema en sus vidas. Dando cuenta de la influencia de las personas en la vida del problema.
<b>3. Preguntas relativas al panorama de acción</b>	Pueden referirse al pasado, al presente o al futuro y ponen al descubierto logros aislados, de acciones llevadas a cabo o que se piensa llevar a cabo.
<b>4. Preguntas relativas al panorama de conciencia</b>	Incitan a la persona a reflexionar en los sucesos tal como se han desarrollado y lo que significan para ella de acuerdo con:  Sus preferencias y deseos. Sus cualidades personales y de relación. Sus intenciones. Sus creencias preferidas. Su empeño.
<b>5. Preguntas referentes a experiencias de experiencias</b>	Ponen en juego la imaginación y el recuerdo de experiencias alternativas de sí mismo, que han sido olvidadas e incitan a la persona a dar una versión de éstas y de lo que otras personas podrían pensar de ella.
<b>6. Medios narrativos. Las cartas como narrativa</b>	Las cartas en este modelo son un medio para un fin y éste último es convertir las vivencias en una narración o relato que tenga sentido de acuerdo con los criterios de coherencia y realismo. En la terapia relatada, las cartas se convierten en una versión de esa realidad co-construida llamada terapia y son compartidas por todos.

### 1.2.7.3. Alcances y limitaciones del modelo Narrativo.

Dentro de los alcances que este modelo tiene, es que de inicio objetiva al problema y lo coloca fuera de la persona, lo que la libera de culpas, al mismo tiempo que la responsabiliza y le da agencia personal sobre la forma de hacer frente al problema. Otra ventaja de este modelo es que a partir de ver el problema como el causante de relaciones e interacciones conflictivas, los miembros de un sistema o familia se unen para combatirlo, lo que genera actitudes de apoyo y solidaridad. Así mismo, el uso de testigos que den cuenta del cambio observado y la forma en que observan dichos cambios, consolida y refuerza las conductas llevadas a cabo por la personas.

Por otro lado, el modo narrativo da máxima importancia a las vivencias de las personas, favorece la percepción de un mundo cambiante, al colocar las experiencias vividas en una dimensión temporal del pasado, presente y futuro. Genera perspectivas múltiples. Invita a adoptar una postura reflexiva. Fomenta el sentido de autoría y la re-autoría, al contar y volver a contar la propia historia (White, 1994).

Algunas de las objeciones a este modelo es que los terapeutas se convierten en concedores de historias cuya forma estructurada de contarlas los lleva a crear historias universales. Por otro lado, la habilidad del terapeuta para traducir la narrativa de una persona lo tienta a utilizar un lenguaje técnico profesional, desestimando el lugar del cliente como parte del círculo de significado y hace que la construcción de significado ocurra en una esfera universal en lugar de la esfera local (Anderson, 1999). En este mismo sentido, los construccionistas por su parte, hablan de que debe haber una co-construcción, es decir, un forjamiento de nuevos significados donde el producto dependa tanto de terapeuta como de los pacientes. En otro sentido, se debe tratar de promover una comunicación de igual a igual, donde el terapeuta no actúa como experto.

Por otro lado, Gergen opina que no se debe perder de vista que el construccionismo social y los modelos que surgen de éste, no eliminan del todo la tendencia a objetivizar el discurso, o sea, pensar que la narración de una historia está presente ahí en la naturaleza, olvidando que es tan sólo un tema de conversación. Solamente si se entiende que el discurso *per sé* es una forma más de nombrar al mundo, uno se podrá sentir libre de utilizar alternativas (Gergen, 1991).

Se tiende a pensar que el discurso es propiedad individual, puesto que el significado surge de la conciencia individual. Pero esto debilita la premisa construccionista de que el lenguaje es

relacional y pragmático, surgido no del interior de cada individuo sino de la relación entre dos o más personas. A esto se suma otro problema: pensar que el cambio en el discurso es una cura. Muchas veces se cree que mejorar, equivale a aprender a ver la vida de diferente manera y que es el self quien cambia la historia, la narra de una manera diferente. Lo anterior parece proponer, que de estar determinados por la cultura pasamos a estar determinados por el self.

Sin embargo, la narrativa y la metáfora, en el sentido construccionista, son tan sólo una forma de discurso, no determinan nuestra acción, son solamente recursos que nos sirven para generar significados conjuntos (Gergen y Kaye, 1992; Newman y Holzman, 1999 citados en McNamee y Gergen, 1995). Si se acepta que las historias que las personas se cuentan son acciones sociales, se deja fuera su valor relacional, lo que haría menos probable que la narrativa terapéutica sobreviviera en esta sociedad. Finalmente, cabe señalar que muchas terapias emergentes pierden fuerza por la definición tan limitada que tienen del discurso, que es visto principalmente como un lenguaje hablado y escrito. La tradición facilita este camino, dada la literatura tan amplia sobre semiótica, teoría literaria, retórica, y lingüística. Sin embargo, es reduccionista, en cuanto a que reduce el discurso a simples afirmaciones habladas o escritas por un solo individuo. Además, borra el proceso relacional de donde surgen los significados, ya que las palabras no significan nada en sí mismas; sólo en su fluir, en el intercambio lingüístico se permite discernir su origen, su riqueza o su pobreza de significado. Más aún, si se privilegia la palabra, se le roba al discurso todo lo que es característico de la persona o de la situación y, con ello, se empobrece su inteligibilidad.

A continuación se abordarán los conceptos y principios que sustentan y dan origen al modelo colaborativo, último enfoque que se expone en este capítulo.

### ***1.2.8. MODELO COLABORATIVO.***

Este modelo surge del posmodernismo que abandona la dualidad individuo – mundo y da un giro hacia un marco sociolingüístico. Dentro del proceso terapéutico la voz del cliente gana en importancia y propone la idea de una terapia como una sociedad conversacional. Es considerado un enfoque de corte interpretativo y hermenéutico y el parte aguas de aquellos modelos sistémicos mecanicistas, cuya epistemología cibernética y el constructivismo, marcan sus propios límites en relación con la exploración de la experiencia misma del ser humano, que es capaz de crear significados más que parecer una máquina de procesamiento de información como lo

consideran los enfoques cognitivo y constructivistas (Goolishian y Anderson, 1981, 1990<sup>a</sup>, 1992, citados en Mc Namee y Gergen, 1995).

Junto con la hermenéutica, el arte de la interpretación, la teoría de la narrativa, la cual sostiene que las personas sólo son inteligibles cuando se les cuenta y finalmente, la teoría de la construcción social, que gira en torno de una realidad creada o concebida colectivamente, la trilogía se completa. La hermenéutica y la interpretación como base teórica de este modelo destaca que los significados son creados en el lenguaje y la interacción con los otros. Dentro de la terapia los sistemas cambian a partir del discurso, el lenguaje y la conversación por lo que esta postura gira sobre la semántica y la narrativa. Este enfoque sostiene que la conducta humana se lleva a cabo dentro de una realidad de comprensión por medio de la construcción social, por lo tanto la comunicación y el discurso definen la organización social. Así mismo, la posición hermenéutica representa la teoría y la práctica de la interpretación de la comunicación. En resumen este enfoque se considera más, una postura filosófica en donde la comprensión es siempre interpretativa y no hay puntos de vista privilegiados. Así mismo propone que el lenguaje y la historia constituyen las condiciones y los límites de la comprensión. Según Harlene Anderson (1999), quien desarrolló el modelo colaborativo, opina que éste ofrece una plataforma epistemológica, con un paradigma lingüístico orientado a lo colectivo.

Para Harlene Anderson los aspectos centrales de su terapia son: el lenguaje, la conversación y la relación. Harlene considera que la terapia es “un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y conversación colaborativas y principalmente, las reúne en una búsqueda conjunta de posibilidades” (Anderson, 1999, p. 28).

#### **1.2.8.1. Definición de las premisas más importantes del Modelo Colaborativo.**

Las siguientes premisas ponen énfasis en el papel del lenguaje, la conversación, el yo y el relato, además, señalan su base dialogal cambiante y en evolución del proceso terapéutico.

##### **a. Los sistemas humanos como generadores de lenguaje y significados.**

Un sistema sociocultural es el resultado de la comunicación social que deja de percibirse como producto de una organización estructural (Madanes, 1982). Así mismo, los participantes de los sistemas humanos, son quienes mejor pueden describir dichos sistemas. La terapia también es considerada un sistema lingüístico.

**b. El significado y la comprensión se construyen socialmente.**

Y sólo a través de la acción dialógica o a través de un discurso generador de significados, se accede a la comprensión y a la interpretación dentro de la conversación y ésta adquiere relevancia, lo mismo en la terapia, la conversación tiene una relevancia específica para el intercambio dialogal.

**c. En la terapia todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de un problema.**

El sistema terapéutico se distingue por el significado co-creado alrededor de un problema más que por un sistema arbitrario. Por lo tanto, el sistema terapéutico se considera un sistema de organización y disolución del problema.

**d. La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar en la conversación.**

Así mismo la conversación dentro de la terapia es una búsqueda y exploración de doble vía y un entrelazamiento de ideas, donde los significados surgen y giran en torno de la disolución del problema y por ende hacia la disolución del sistema terapéutico.

**e. El terapeuta como artista de la conversación.**

El terapeuta es un arquitecto del proceso dialogal y su pericia se demuestra en crear espacios para la conversación dialogal. El terapeuta se convierte entonces en un participante observador y facilitador de conversaciones.

**f. El arte del terapeuta se basa en la generación de preguntas conversacionales.**

Las preguntas son el principal instrumento para el desarrollo del espacio conversacional y el proceso dialogal. La pericia del terapeuta se basa en elaborar preguntas desde *el no saber* en vez de generar preguntas metodológicas que requieren respuestas específicas.

**g. Los problemas se generan de las narraciones humanas.**

Pero también de las objeciones, preocupaciones y la alarma ante las situaciones que las personas son incapaces de definir de una manera competente, lo que disminuye el sentido de mediación y liberación personal. En este sentido, los problemas existen en el lenguaje y surgen del contexto narrativo del que derivan su significado.

**h. El cambio en la terapia surge de la creación dialogal de una nueva narración.**

En este sentido, la narración tiene un poder transformador que descansa en su capacidad para relatar o re – relacionar los hechos de la vida en el contexto de un significado nuevo y diferente.

De estas premisas se rescata la posición de no saber y la posición de *ignorancia* que requiere de una comprensión y de una interpretación que no estén limitadas por conocimientos previos o de verdades formadas teóricamente.

#### **1.2.8.2. Guías para la práctica del Modelo Colaborativo.**

Harlene Anderson comenta que este enfoque es más una filosofía que invita a adoptar una postura, un modo de ser en relación con los otros, una forma de pensar sobre ellos y de interactuar con ellos. Esto representa para el terapeuta aprender a observar de una manera distinta el mundo desde su vida profesional y personal, sus valores y preferencias. En este sentido, el papel del terapeuta estará en función de la relación que tiene con sus clientes y esta postura filosófica implica matizar su posición, desarrollar su pericia y su responsabilidad en esa relación. El terapeuta entonces se vuelve un recurso para una manera de ser.

Lo anterior le da peso a la idea de que los enfoques que surgen del construccionismo social no pretenden desarrollar técnicas, tácticas o estrategias que dirijan el proceso terapéutico. Este modelo por ejemplo, a diferencia del modelo narrativo, que sugiere una serie de preguntas que invitan a la externalización y a la objetivación del problema y la creación de nuevas narrativas, sigue poniendo al terapeuta como el guía, el que sebe la preguntas que lleven a la creación de nuevas historias. En cambio este enfoque parte de un no saber, desde una postura de ignorar la vida del otro, pero deseoso de empatizar con él, invita a la conversación con el otro, a colaborar con él desde el lugar en el que el cliente se coloque. No obstante se pueden enunciar algunos elementos que facilitan y benefician la conversación con el otro durante la conversación dialógica.

<b>ASPECTOS PRÁCTICOS DE UNA CONVERSACIÓN TERAPÉUTICA</b>	
<b>1. Organización del espacio</b>	Provocar una ambiente para alentar el diálogo y donde la disposición del mobiliario sugiera imparcialidad.
<b>2. Notas</b>	Sustituirlas por la atención genuina hacia la historia del cliente tal como él prefiera contarla.
<b>3. Citas</b>	Hacer las citas directamente con el cliente para eliminar el riesgo de heredar los significados entre el cliente y otras personas.
<b>4. El no saber</b>	<p>Da lugar a posibilidades dialógicas, se apoya en el análisis continuo de la experiencia tal como ocurre en el contexto y cómo es narrada por el cliente. Implica:</p> <p>a. <i>Incertidumbre.- Voluntad de dudar:</i> no entender demasiado rápidamente. <i>Voluntad de arriesgar:</i> desechar los supuestos y categorías generalizantes, derivados de textos previos al contexto actual.</p> <p>b. <i>Humildad</i> acerca de lo que el terapeuta sabe. No darse demasiada importancia, ni tratar de que el cliente piense o sienta como el terapeuta.</p>
<b>5. Confiar y creer</b>	Se trata de una actitud y pericia orientada hacia el proceso terapéutico más que al contenido. Se busca entender más que saber.
<b>6. Hacer preguntas conversacionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se hacen desde la postura de no saber, que reflejen curiosidad e interés.</li> <li>• Ayudan a contar, clarificar y amplificar una historia.</li> <li>• Ayudan también a explicar lo que se sabe y no.</li> <li>• Ayudan a aprender sobre lo dicho contra lo no dicho todavía.</li> <li>• Llevan a la elaboración de descripciones y explicaciones, que llevan a otra pregunta.</li> </ul>
<b>7. Escuchar y responder</b>	Van de la mano y no pueden ser separadas. Es una actitud que invita a los clientes a decir qué les preocupa a ellos. Es una actitud que demuestra, interés, respeto y curiosidad.
<b>8. Mantener la coherencia</b>	Implica trabajar con la realidad del cliente, su vocabulario, y sus metáforas. Implica hacerle un lugar a la historia del cliente, dejarse guiar por ella, tratar de aprender.
<b>9. Mantener la sincronía</b>	Se relaciona con los tiempos de la terapia. Ir al ritmo y hacia la dirección que el cliente elija, sin forzar.

<b>10. Honrar la historia del cliente</b>	Representar los significados de los clientes tan fielmente como el terapeuta pueda comprenderlos.
---	---

Como puede observarse, dentro del cuadro no se ofrecen estrategias o técnicas terapéuticas más bien aparecen una serie de posturas, que conforman una filosofía de vida, para vivir la vida e interactuar con el otro, ya desde un contexto profesional, personal o individual, es decir con uno y consigo mismo.

### **1.2.8.3. Alcances y limitaciones del modelo colaborativo.**

Los alcances de este modelo colaborativo, parecen ser las limitaciones de los otros modelos que se sustentan de las teorías sistémicas y constructivistas, en donde la percepción mecanicista sistémica del ser humano, además de regirse por conceptos como la homeostasis o mantenimiento del sistema; de la retroalimentación positiva y negativa que llevan al caos o a la crisis del sistema, demuestran tan solo la importancia que le dan a la estructura y orden de los sistemas y sus funciones. Los límites y jerarquías del modelo estructural, así como la organización jerárquica del modelo estratégico o el cambio que deviene de una realidad percibida a partir de un problema, de síntomas, incluso que trabajan a favor de soluciones y recursos, hablan entonces de un orden, de una forma de ver al sistema llamado familia. El giro que presentan los nuevos modelos surgidos de la posmodernidad y que se sustentan del construccionismo social, la hermenéutica y la semántica, dan cuenta del ser humano y la identidad del sí mismo a partir del lenguaje, de la conversación sostenida con otros y las múltiples realidades creadas a partir de la interacción con las personas y donde no existe una verdad única sino la confluencias de verdades, cuyo significado es único para cada persona.

El terapeuta sabe que no puede desligarse de sus propias experiencias previas y preferencias, el modelo colaborativo evita que estos se vuelvan prejuicios cuando el terapeuta los introduce como parte de la conversación, esperando que el cliente decida aceptarlos o no. Este modelo no pretende negociar, persuadir o lograr cambios, su objetivo es traer a la conversación la multiplicidad de versiones. No busca pues, realidades, intenciones o significados ocultos. El terapeuta se convierte en un participante de una conversación. No controla la conversación, su objetivo es facilitar el diálogo. El terapeuta es activo no directivo.

Dentro de los riesgos que podrían surgir de la práctica de un enfoque que más bien se define como una filosofía de vida, está el atender exageradamente al eclecticismo, ante la libertad

que ofrece el proceso en la terapia. Este enfoque puede hacer parecer a la relación terapéutica, tan solo una charla simple de café, lo que implicaría entonces, no tener en cuenta la importancia y el valor que tiene el trabajar por desenmarañar y crear nuevos significados en cada sesión. Así como la responsabilidad del terapeuta en la formulación de esos significados. Por su parte, Water (1994) comenta lo siguiente:

Les recordaría a los que proponen la terapia conversacional que así como los problemas y las cuestiones internas y las emociones negativas no lo son todo, *tampoco son nada*. Así como las personas pueden tornarse prisioneras de sus problemas y ser ciegas hacia cualquier otra cosa que esté ocurriendo en sus vidas, así también pueden ser capturadas por sus excepciones, únicos resultados y soluciones y cerrar los ojos ante verdaderas partes de sí mismas; partes que no pueden ser disculpadas dando explicaciones o ignoradas sin correr verdadero peligro. Espero que los pensadores conversacionales no inviertan simplemente el error de Freud de ignorar el futuro y en contrapartida, exijan ignorar el pasado. El verdadero progreso nunca se da incitando a ningún tipo de ignorancia.<sup>1</sup>

Todos estos modelos que se describieron en este capítulo, dan cuenta de la transformación sufrida por la terapia familiar desde sus inicios, en los años cincuentas hasta nuestros días, basada en un principio, en conceptos sistémicos y fundamentada en una teoría cibernética a otra totalmente lingüística y social. Esta transformación, citando a Harlene Anderson (1999), demuestra que la terapia familiar se ha resistido a su propia institucionalización, gracias a la visión de Gregory Bateson y la sensibilidad de otros pensadores de la teoría social, de tratar de innovar en las ciencias, las humanidades y la filosofía. Lo anterior, le ha permitido a la Terapia Familiar crear un gen reflexivo que se sigue desarrollando en respuesta a nuevas fuentes de perturbación, momentos de crisis y tensión, que lejos de extinguirla, han servido de plataformas para su transformación y su permanencia.

---

<sup>1</sup> David Waters Ph. D, es profesor asociado del departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Virginia. Extracto del artículo: "Prisioneros de nuestras metáforas: las terapias conversacionales, ¿tornan obsoletos a los otros métodos?, aparecida en "The Family Therapy Networker" (Nov/ Dic. 1994).

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

### **1. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS**

Una de las funciones del programa de maestría es crear y desarrollar en los alumnos habilidades y competencias profesionales, ello requiere varias horas de práctica supervisada con familias a las que se les ofrece el servicio de terapia, ya sea que se trabaje con un solo terapeuta o con el apoyo de otro terapeuta, es decir en coterapia.

En el cuadro 1, se hace una descripción de los casos que trabajé durante la residencia y que fueron videograbados. Posteriormente, se presenta un resumen del proceso terapéutico que llevé a cabo con cuatro de ellos. Como lo aclaré en el capítulo anterior ninguno de estos casos que reporto fue con familias, ya que en su mayoría, los motivos de consulta que atendí estaban relacionados con conflictos de pareja, asistiendo a terapia sólo uno de ellos. No obstante, esto me permitió posteriormente, analizarlos desde una postura teórica – metodológica que enriqueció mis conocimientos alrededor del trabajo con parejas. Sin embargo, y para efecto de desarrollar habilidades y fortalecer mi entrenamiento como terapeuta familiar, algunos compañeros y yo, con la autorización de la coordinadora de la maestría, decidimos atender algunos casos en el Centro Comunitario Julián Mac Gregor; y ahí sí tuve la oportunidad de trabajar con una familia, con una hija adolescente que era darketa. También reitero, que como equipo terapéutico de tras de cámara, pude ampliar mis conocimientos y habilidades en el trabajo con familias, ofreciendo sugerencias y aportando ideas y estrategias de intervención, a los compañeros que trabajaron con familias.

Finalmente, quiero puntualizar que el nombre real de las personas atendidas, fue modificado para guardar su anonimato.

**Cuadro 1. Casos trabajados durante la terapia**

<b>Familia</b>	<b>Motivo Consulta</b>	<b>Modelo Empleado</b>	<b>Número Sesiones</b>	<b>Estado Final</b>	<b>Supervisor</b>	<b>Escenario</b>
Rojas Terrazas	Duelo por el rompimiento con su pareja. Estado depresivo acompañado de llantos, tristeza y enojo.	Modelo de Terapia Breve centrado en los Problemas	10	<b>Alta.</b> Aceptó que su pareja y ella tenían objetivos distintos. Pudo tener control y manejo de sus emociones. Inició un nuevo proyecto de vida, con planes y metas a corto plazo.	Mtras. Piedad Aladro y Patricia Moreno	Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”
Gutiérrez Zamora	Conflictos de pareja por infidelidad. Ruptura de la relación. Problemas emocionales, psicológicos y de salud.	Modelo Estratégico	8	<b>Alta.</b> Separación de la pareja. Pudo establecer límites en la relación parental. Manejo y control de sus emociones y desaparición de síntomas físicos y depresión.	Mtra. Ma. Elena Rivera	CSP “Guillermo Dávila”

### Casos trabajados durante la terapia

<b>Familia</b>	<b>Motivo Consulta</b>	<b>Modelo Empleado</b>	<b>Número Sesiones</b>	<b>Estado Final</b>	<b>Supervisor</b>	<b>Escenario</b>
Lombardo Santana	Trastorno depresivo	Modelo de Milán	3	<b>Baja.</b> La paciente quería trabajar un enfoque cognitivo conductual y semanal.	Mtra. Carolina Díaz Walls	CPS “Guillermo Dávila”
Ruiz Sánchez	Conflictos de pareja relacionados con desconfianza, celos, violencia y dificultad para tomar decisiones.	Modelo de Soluciones	15	<b>Alta.</b> La culpa se transformó en responsabilidad y el deseo por mejorar su relación de pareja poniendo límites a las conductas violentas de su pareja.	Mtro. Flavio Sifuentes	CPS “Guillermo Dávila”
Castillo Hernández	Conflictos de pareja relacionados con el control y el poder, en una relación complementaria	Modelo Estructural	4	<b>Baja.</b> El señor Castillo viajaba con frecuencia y dejaron de presentarse a las reuniones.	Mtro. Flavio Sifuentes	Centro Comunitario “Julián Mac Gregor”

### Casos trabajados durante la terapia

<b>Familia</b>	<b>Motivo Consulta</b>	<b>Modelo Empleado</b>	<b>Número Sesiones</b>	<b>Estado Final</b>	<b>Supervisor</b>	<b>Escenario</b>
Molina González	Problemas de comunicación con su hija de 15 años. Límites difusos entre los subsistemas parental y conyugal	Modelo Soluciones	17	<b>Alta.</b> Mejoró la relación con su hija, incluso, aceptó su deseo de ser darketa. Empezó a realizar actividades que la ayudaron a centrar más la atención en sí misma.	Mtro. Flavio Sifuentes	Centro Comunitario "Julián Mac Gregor"
Salas Riojas	Conflictos de pareja, relacionados con sus sistemas de creencias, juegos de poder y falta de límites en la relación.	Modelo de Soluciones	13	<b>Alta.</b> Decidieron separarse y se trabajó sólo con ella: el duelo por la ruptura de la relación. Se aclararon los límites y funciones dentro del sistema parental. Se fortalecieron sus recursos a nivel personal y profesional.	Flavio Sifuentes	Centro Comunitario "Julián Mac Gregor"

### Casos trabajados durante la terapia

Familia	Motivo Consulta	Modelo Empleado	Número Sesiones	Estado Final	Supervisor	Escenario
Rivero Ríos	Incompatibilidad de caracteres en la relación con su pareja y límites difusos en la relación con su hija, que generaron conflictos.	Modelo de Milán	7	<b>Alta.</b> Aprendió a respetar los espacios y las decisiones que su hija tomaba y decidió también separarse físicamente de su pareja. Se fue a vivir a Querétaro para trabajar.	Maestra Carolina Díaz Walls	CSP “Guillermo Dávila”
Torres Luna	Pérdida de emotividad y confianza debido a pensamientos recurrentes de incapacidad.	Modelo de Soluciones	11	<b>Alta.</b> Los pensamientos dejaron de paralizarlo. Sensación de conformidad aún ante la falta de empleo estable. Amplió su campo de acción en cuanto a alternativas para realizar proyectos. Al tener control de los eventos dejó de tenerles miedo o creer que eran obra de la fatalidad	María Blanca Moctezuma Yano	CSP “Guillermo Dávila”

## 1.1. INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES DEL TRABAJO CLÍNICO CON FAMILIAS.

A continuación se presenta el informe de cuatro de las familias atendidas y dadas de alta en las sedes donde se atendieron. Como anteriormente se mencionó el nombre real de los pacientes fue modificado con el fin de guardar su anonimato. Así mismo, sólo se hace mención de las sesiones donde se manejaron técnicas del modelo que se trabajó y que provocaron cambios durante el proceso terapéutico.

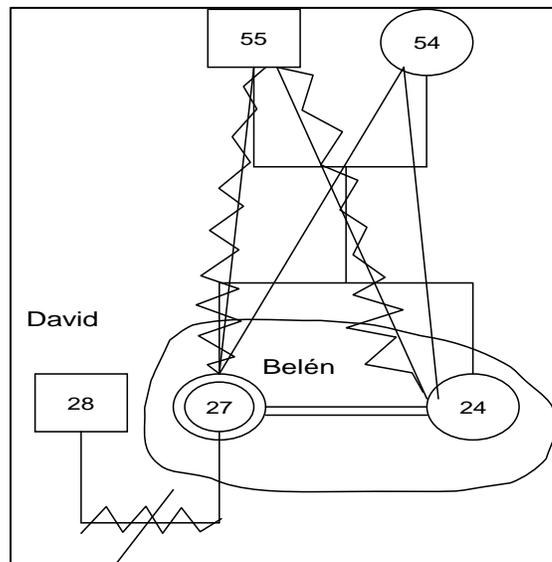
Es importante aclarar que a cada uno de los casos presentados se les trató de dar un mismo formato, pero respetando ante todo, las condiciones que propone cada modelo.

### CASO 1

Paciente: Belén Rojas Terrazas	Primera sesión: 08-03-05
Terapeuta: Ma. de Lourdes Soto Hernández	Última sesión: 25-08-05
Coterapeuta: Domingo Lorenzo Hernández	Número total de sesiones: 10

Supervisoras: Maestras: Piedad Aladro y Patricia Moreno

### FAMILIOGRAMA



### ***Motivo de Consulta***

Conflictos en la relación de pareja. Belén y David asisten al Centro pidiendo orientación para arreglar su situación o separarse definitivamente.

### ***Antecedentes del caso***

Belén era licenciada en sistemas, trabajaba en la UNAM, compartía un departamento con su hermana. David estaba por titularse de ingeniero químico, tenía planes de estudiar una maestría y trabajaba medio tiempo en el área de investigación. Mantenían una relación desde hacía dos años y desde hacía seis meses habían caído en un juego de discusiones constantes en donde se peleaban e insultaban, se separaban y regresaban, por lo que llegaron al Centro con la finalidad de poder tomar una decisión con respecto a continuar con la relación o separarse.

A partir de la segunda sesión Belén llegó sola comentando que David había decidido terminar la relación y necesitaba que se le ayudara a superar la pérdida.

### ***Definición del problema***

A partir de la segunda sesión el problema se definió como la codependencia que se estableció durante los dos años que duró esa relación; término utilizado por Belén para explicar su dificultad en aceptar la separación definitiva, de una relación que ella misma reconocía que no le convenía, pero en la que se sentía atrapada.

### ***Hipótesis de trabajo***

Belén y David estaban viviendo momentos distintos en los que las prioridades de uno no compaginaban con las prioridades del otro. Mientras que Belén deseaba formalizar la relación después de dos años de noviazgo y uno de vivir juntos. Él deseaba recuperar no sólo la confianza y la seguridad en sí mismo después de una crisis depresiva que lo sumió en una inactividad total, sino el tiempo perdido. Por otro lado, deseaba ir despacio, cosa que Belén tomó como falta de interés, iniciativa y motivación, pero sobre todo, se sintió engañada pensando que él nunca la quiso. En este mismo nivel, Belén dejó de sentirse el instrumento valioso que él necesitó para salir de su depresión y ahora él quería controlar su propia vida. Es aquí donde se originó la lucha de poder para controlar la relación, y los conflictos provocados por las pautas interaccionales escalonadas, se volvieron el problema en la relación.

### ***Meta terapéutica***

Que Belén pudiera realizar un manejo y control adecuado de sus emociones, debido a la sensación de pérdida y las etapas de duelo que debía transitar, con el fin de resolverla definitivamente (la pérdida). Desarrollar un nuevo proyecto de vida a partir de sus recursos y habilidades, además de crear nuevas relaciones y redes de apoyo que la ayudaran a salir adelante.

### ***Objetivos terapéuticos***

- Acompañarla en las diferentes etapas de duelo que desencadenó el estado depresivo en Belén manifestando sentimientos de culpa y enojo.
- Trabajar los recursos con los que contaba, enfocarlos en su propio provecho y crecimiento individual, ya que después del rompimiento, la culpa y la pérdida afectaron su autoestima y la seguridad en sí misma.

### ***Intervenciones terapéuticas***

Este caso se trabajó en coterapia, estando a cargo del mismo, la psicóloga María de Lourdes Soto Hernández y como coterapeuta, el psicólogo Domingo Lorenzo Hernández. El proceso de intervención se desarrolló bajo el Modelo de Terapia Breve centrada en los problemas, aunque en las últimas sesiones y de acuerdo con los objetivos terapéuticos se utilizaron estrategias y técnicas del modelo centrado en soluciones, para el desarrollo e incremento de recursos y fortaleza.

Como se mencionó al inicio de esta sección, sólo se hace mención de las sesiones donde se aplicaron las técnicas, en este caso del modelo de Terapia Breve y que provocaron los cambios en la paciente.

La información recabada permitió delinear la postura de la paciente en relación al problema, a la solución del problema y a la terapia. Se mostraba desmotivada, no encontraba sentido a su trabajo, sin deseos de relacionarse. Presentaba manifestaciones graves de dolor, acompañadas de llanto constante, tristeza, culpa y enojo y buscaba explicaciones sobre por qué la relación había terminado; pero conforme fue superando la etapa depresiva se mostró más

optimista y aunque veía la dificultad del problema deseaba afrontarlo y superarlo (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

*En la cuarta sesión* y en vista de la persistencia, frecuencia e intensidad de los pensamientos obsesivos relacionados con volver con David se trabajó la técnica denominada *prescripción del síntoma*, la cual intenta que el síntoma se vuelva un recurso controlado por el paciente. En este caso a Belén se le colocó en una situación paradójica al prescribirle que no dejara de pensar en David como ella deseaba, sino que lo hiciera de forma voluntaria y sistemática, es decir, sólo en ciertos momentos; para que por un lado, tuviera control sobre el síntoma (pensamientos obsesivos) y por otro lado, evitar que sus esfuerzos por no pensar en David se volvieran el problema y una lucha entre lo que quería y no podía. Por lo que se le sugirió que utilizara sólo los días noches de la semana para pensar en él y desahogara los sentimientos que la hacían sentirse mal, como el enojo, la tristeza, la culpa y el llanto. En los días pares Belén intentaría dejar de pensar en David y esperaría al día siguiente o día no, para hacerlo.

El cambio durante las siguientes sesiones fue significativo aunque lento, por lo que se prescribió *la paradoja* durante dos sesiones más en *la sexta sesión* la paciente reportó sentirse mucho mejor, incluso se le hacía molesto ahora tener que recordar a David (Nardone y Watzlavick, 1990). Belén se mostraba cooperadora y mejoraba con demasiada rapidez, situación que escapó a la vista de los terapeutas quienes dejaron pasar la oportunidad para *alentar la recaída*. Lo anterior provocó un retroceso. Se trabajó la *reestructuración cognoscitiva* sobre la idea de retroceso que sintió Belén, como un proceso natural de dar dos pasos hacia delante y uno hacia atrás y se prescribió la técnica *de ir más despacio* (Fisch, et al., 1994).

A partir ahí, Belén se dio cuenta que en esa ocasión había podido superar más rápidamente la etapa depresiva y sin tanto dolor, esto fue aprovechado por los terapeutas para *ampliar la desviación* (Haley, 2003), es decir poner *foco e intensidad* en ese cambio pequeño para ampliarlo.

*En la novena y décima sesión* se hizo uso de otras estrategias centradas en el modelo de soluciones ya que se adaptaban mejor a los objetivos siguientes que fueron: ejercitar y desarrollar fortalezas y recursos en Belén (O'Hanlon y Weiner, 1989), con el fin de planificar un estilo de vida sin el problema y fomentar nuevas relaciones.

### ***Evaluación final del caso***

En la décima y última sesión se hizo una evaluación de los cambios realizados por la paciente desde su propia visión (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989). Se observaron cambios favorables, tanto a nivel de pensamiento como a nivel emocional. Belén tenía claro que su relación con David no iba a funcionar, ya que ambos tenían metas distintas y estaban colocados en lugares diferentes. Lo consideraba una persona conformista y con pocas expectativas en comparación con lo que ella buscaba. A nivel emocional, se sentía más tranquila, había sido capaz de darle las gracias a David por los dos años de relación, los buenos momentos que vivieron juntos y ahora podía desearle que le fuera bien. Sin embargo, sentía que aún no se cerraba ese ciclo de su vida y que llevaría tiempo. Tenía planes y metas que deseaba cumplir, como tomar clases de pintura, practicar el yoga. Aunque no se sentía preparada aún para establecer una relación más profunda, ahora podía salir nuevamente con amigos y disfrutar las reuniones familiares.

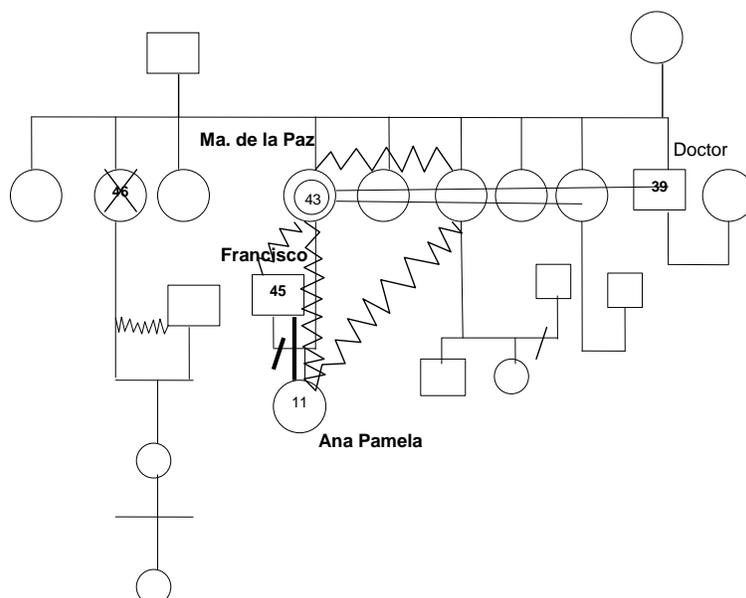
### **CASO 2**

Paciente: Ma. de la Paz Gutiérrez Zamora  
Terapeuta: María de Lourdes Soto Hernández  
Coterapeuta: Guadalupe García González

Primera sesión 04-04-05  
Última sesión: 01-08-05  
Total de sesiones: 8

Supervisora: Mtra. Ma. Elena Rivera Heredia

### **FAMILIOGRAMA**



### ***Motivo de consulta***

“Que me ayuden a equilibrar mis emociones y aceptar y poder darle salida a todos mis problemas.”

### ***Antecedentes del caso***

La paciente llegó al Centro con algunos síntomas físicos como: dolor de piernas, gastritis, colitis, los cuales estaban siendo tratados médicamente por un hermano suyo que era doctor, quien le diagnosticó un estado depresivo moderado, debido a la separación de su esposo por infidelidad (de él); que desencadenó en ella una serie de problemas como: su despido laboral después de 10 años de trabajo, conflictos en la relación con su hija de 11 años, quien también padecía síntomas depresivos y la mala relación con su pareja. Aunado a ello, y como un factor desencadenante del estado depresivo en el que llegó la paciente al Centro, se sumaba la muerte de su hermana, que le dejó una sensación muy fuerte de culpa por no haberla podido ayudar ni en su enfermedad, ni en sus problemas económicos.

### ***Definición del problema***

Los conflictos en su relación de pareja, el despido laboral, los problemas económicos y los conflictos con su hija, relacionados principalmente con la falta de aceptación y afecto hacia la niña, provocó en M.P. una disminución en su capacidad para tomar decisiones y resolver problemas, lo que la sumió en un estado depresivo moderado, acompañado de síntomas tales como: tristeza, llanto, además de síntomas físicos como: colitis, gastritis, dolor de piernas, entre otros.

### ***La hipótesis de trabajo***

El sistema de creencias de M.P. basado en la idea del matrimonio para toda la vida, le dificultaban a la paciente tomar una decisión sobre su relación de pareja, ante la infidelidad de su esposo. Lo anterior, hacía que se sintiera culpable, pero a la vez resentida y enojada. Si se reestructuraba el sistema de creencias de M.P. en cuanto al matrimonio o el divorcio para establecer límites claros y funcionales en su relación con F, de acuerdo con lo que ella deseaba,

así como delimitar sus roles en el subsistema parental, la paciente podría dirigir su energía y su fortaleza hacia ella y su hija.

### ***Meta terapéutica***

Establecer los límites dentro del sistema conyugal, parental y una sana interacción entre ellos.

### ***Objetivos terapéuticos***

- Establecer límites claros en su relación de pareja de acuerdo con sus propias expectativas y de acuerdo al tipo de relación que deseaba establecer con F.
- Trabajar la sensación de culpa que dificultaba la relación con su hija, así como superar el duelo por la muerte de su hermana.
- Trabajar la sensación de pérdida ocasionada por la muerte de su hermana, así como su despedido laboral, y trabajar sobre sus propios recursos para construir redes de apoyo que le ayudaran a reincorporarse nuevamente a las fuentes de trabajo más accesibles para ella.

### ***Intervenciones Terapéuticas***

Este caso se trabajó en coterapia, estando a cargo del mismo la psicóloga Ma. de Lourdes Soto Hernández y como coterapeuta, la psicóloga Guadalupe García González. El proceso de intervención se desarrolló bajo el Modelo Estratégico, no obstante, se utilizaron algunas técnicas del Modelo Estructural.

Desde la entrevista inicial se trabajó por establecer la alianza terapéutica con la paciente, definir el problema y los objetivos de la terapia, así como connotar positivamente su deseo de sentirse mejor y pedir ayuda (Nardone y Watzlawick, 1990).

En las subsecuentes sesiones y debido al fuerte sentimiento de culpa que manifestaba, se trabajó la *connotación positiva* y la *reestructuración* de la idea de fracaso, más como pérdidas que afectaron por un tiempo su capacidad para tomar decisiones y resolver problemas. Otras dos técnicas importantes fueron el *desequilibramiento* y la *complementariedad*, para que M.P. se diera cuenta de las pautas de interacción entre ella y su pareja en donde la manipulación y el chantaje de él provocaban la confusión en ella y le dificultaba tomar decisiones. Así mismo, se utilizó la técnica de *los lados fuertes*, para que M.P. pudiera utilizar sus capacidades y destrezas

para prevenir esas pautas de interacción o buscar formas de romperlas (Minuchin y Fischman, 1984).

Otra forma de utilizar *la reestructuración* fue para cuestionar su sistema de creencias frente a la idea del matrimonio, las separaciones, el divorcio u otro tipo de relación de pareja que ella querría establecer con F.

A partir de aquí se trabajó por establecer los límites en su relación ya no como pareja pero sí como padres de Ana Pamela. A través del *consejo especializado* se utilizó la experiencia de las terapeutas con niños de padres separados o divorciados que habían podido hacer una vida normal, siempre y cuando quedaran claros los límites y normas dentro de casa. Lo anterior con la finalidad de restar fuerza a la sensación de culpa, miedo e incapacidad de M.P. por la falta del padre y la dificultad que significaría para ella enfrentarse sola con la educación de su hija.

### ***Evaluación Final del caso***

Tres sesiones antes de darla de alta, se llevó a cabo una evaluación del estado emocional, físico y mental de la paciente, revisando y haciendo un análisis junto con ella de cómo había llegado al centro y qué había logrado durante todo ese tiempo, para ello se utilizó la técnica del *despertar y desenganche* (Haley, 1989). Se encontraba físicamente mejor, aún habían desaparecido sus dolores de piernas y la gastritis que había sufrido antes de iniciar la terapia. Emocionalmente se sentía tranquila, pero sobre todo, ya no se sentía confundida.

Ahora se daba cuenta de las pautas interaccionales que habían contribuido a que los conflictos se volvieran un problema entre ella y F; esto le daba nuevamente la seguridad, no sólo para evitarlas sino prevenirlas y tener la confianza para elegir la decisión más acorde con lo que ella pensaba, sentía o quería. Los síntomas depresivos desaparecieron (llanto, tristeza, irritabilidad, deseos de muerte). Así mismo, la relación con su hija mejoró, A.P. estaba más tranquila, mejoró su rendimiento escolar en la escuela y estuvo asistiendo a un proceso terapéutico al mismo tiempo que M.P.; lo que benefició la relación entre ellas, en cuanto a las muestras de afecto y aceptación. En la octava y última sesión se lleva a cabo el cierre del proceso terapéutico para dar de alta a M.P.

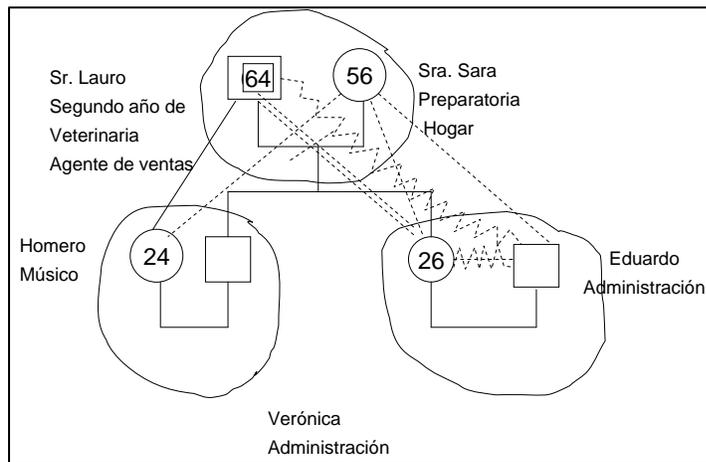
### **CASO 3**

Paciente: Lauro Rivero Ríos  
Terapeuta: María de Lourdes Soto Hernández

Primera sesión 15-02-06  
Última sesión: 24-05-06  
Total de sesiones: 7

Supervisora: Mtra. Carolina Días Walls

### **FAMILIOGRAMA**



#### ***Motivo de Consulta***

“Incompatibilidad de caracteres con mi ex esposa y el divorcio en trámite de mi hija Verónica”.

#### ***Antecedentes***

A través de una ficha telefónica se pudo recabar información previa a la primera cita, que facilitó y agilizó el proceso durante la primera sesión. El señor Lauro estaba distanciado de su hija, debido a los desacuerdos que se suscitaron entre ellos cuando Verónica suspendió los trámites de su divorcio, y decidió perdonar a su esposo por infidelidad. El señor Lauro estaba muy ofendido y decepcionado con su yerno a quien dejó de hablarle, y con su hija, por haberle faltado al respeto y decirle que no se metiera en su vida, ante las insistencias del padre para que ella dejara a Eduardo; además de que le impedía salir con amigos durante el tiempo que duraron

los incipientes trámites de divorcio. La comunicación y las muestras de afecto se enfriaron entre ellos. El señor Lauro estaba confundido, ya que por un lado sentía que su hija y su yerno le habían faltado al respeto y merecía una disculpa, y por otro lado, sentía mucha pena y dolor por la separación con su hija.

Otra de las causas por las que el señor Rivero asistía a la terapia eran las dificultades que mantenía constantemente con la señora Sara, su ex esposa, quien desde que los hijos eran pequeños le reprochaba haberle robado el cariño de estos, ya que lo consideraba un padre sobreprotector y consentidor, mientras que ella siempre fue estricta y corregía sus faltas, lo que provocó que los hijos prefirieran al padre y mantuvieran constantes pleitos con la madre. El señor Lauro y la señora Sara vivían juntos físicamente, pero estaban divorciados desde hacía 15 años. El señor Lauro se sentía menospreciado, poco respetado y valorado por ella y eso lo mantenía en un estado de inconformidad, fastidio y enojo, pero al mismo tiempo, se sentía responsable del cuidado y atención que creía que ella necesitaba.

### ***Definición del problema***

Dificultad para establecer límites claros tanto en la relación parental como en la conyugal. En la relación parental los límites parecían difusos, propiciando una relación amalgamada entre los miembros, principalmente entre los padres y la hija y que vino a desencadenar un conflicto entre el señor Rivero y Verónica, en donde el patrón interaccional que existía, basado en la intromisión exagerada de los padres en la vida de los hijos, se alteró, cuando Verónica se casó.

En cuanto a los límites en la relación conyugal, estos parecían sumamente rígidos, generándose entre la pareja una relación distante y fría, carente de afecto, de convivencia y que sólo se sostenía por los hijos.

### ***Hipótesis de trabajo***

- El sistema de creencias del señor Lauro estaba basado en el respeto y consideración a los padres. Así mismo, la relación amalgamada que tenía con su hija hizo que el señor Lauro se sintiera por un lado, ofendido por lo que su yerno le había hecho a su hija, y creía que debía disculparse, no sólo con su hija sino con él, por ser el padre. Por otro lado, deseaba que Verónica volviera a establecer la relación amalgamada que existía entre ellos

(confidencialidad y confianza) y que para el señor Lauro también era una muestra de la consideración que la hija debía tenerle; como esto no era así, él decidió retirarle su cariño.

- A pesar del divorcio legal, el señor Lauro y la señora Sara vivían juntos, experimentando la etapa del nido vacío, situación que los dejó solos con su problema conyugal no resuelto. El divorcio (voluntario y por conveniencia legal) propició el distanciamiento total por parte de la señora Sara, quien al quedarse con la casa, se sintió con toda autoridad sobre ella y por lo consiguiente, la única con poder de tomar decisiones; anulando la presencia del señor Lauro en esa casa. El señor Lauro, por su parte, desplegaba toda su centralidad a través de la preocupación, interés, cooperación, confianza y alianza que mantenía con los hijos, al mismo tiempo que coludiendo con ellos en contra de la madre, a través de aceptar que los hijos se quejaban y criticaran a la señora Sara, asumiendo con ello, un rol empático con todos, pues pedía paciencia y tolerancia para la madre, al mismo tiempo que se convertía en un padre que escuchaba y comprendía las quejas de sus hijos.

### ***Plan de tratamiento***

Utilizar la *neutralidad y la circularidad* con el fin de explorar el sistema de creencias y mitos que mantenían el juego familiar, relacionado con el involucramiento y amalgamiento entre los subsistemas, así como el desarrollo de coaliciones transgeneracionales que impedían establecer límites claros, y así, poder diferenciar entre las expresiones de afecto y la intimidad e individualidad de los miembros de la familia.

### ***Objetivos terapéuticos***

Una vez que se recabó la mayor información posible a través de la ficha telefónica, a partir de la primera sesión, se intentó delimitar los objetivos del proceso terapéutico y trabajar estrategias de intervención desde el modelo de Milán. Los objetivos terapéuticos fueron

a) Establecer límites claros en ambos subsistemas: en la relación con su hija Verónica como parte de otra familia, recuperar el acercamiento afectivo, reestructurando la idea que el señor Lauro tenía sobre la confianza y el cariño entre padres e hijos basada, según él, en estar al pendiente de los vástagos, tener derecho a saber todo lo que pasaba en sus vidas, tomar

decisiones por ellos o que las decisiones paternas fueran tomadas en cuenta, impidiendo que sus hijos se responsabilizaran y tuvieran el control de sus vidas.

b) En cuanto a la relación conyugal, definir el tipo de relación que el señor Lauro deseaba establecer con Sara, ya basada en responsabilidades, derechos y necesidades o en su defecto, trabajar por una buena separación, sin descuidar su papel y responsabilidad como padres.

### ***Intervenciones Terapéuticas***

El señor Lauro tuvo su *primera sesión* el 15 de febrero de 2006. Se trabajaron *siete sesiones* (última sesión: 24 de mayo de 2006). Este caso estuvo a cargo de la psicóloga Ma. de Lourdes Soto Hernández. El proceso de intervención se desarrolló bajo el modelo de Milán.

### ***Primer objetivo***

Después de la *primera sesión*, donde se establecieron los objetivos a trabajar, se exploró el sistema de creencias del señor Lauro en relación con el rol paterno, y sobre todo, su autoridad como padre (Selvini, Cirilo, Selvini M., Sorrentino, 1998). Al respecto, el señor Rivero comentaba que su papel como padre era el de apoyar y aconsejar a sus hijos sobre lo que les convenía, y estar al pendiente de ellos y sus necesidades. Los hijos, por su parte, debían considerar los consejos, las intervenciones de los padres en sus vidas y las opiniones de estos, sobre lo que no les parecía correcto de sus hijos. Todo lo anterior, desde el sistema de creencias del señor Lauro, representaban las demostraciones de amor que él les tenía, pero sus hijos no lo asimilaban así, más bien las recibían como reproches, regaños, críticas y exigencias. También se exploró el sistema de creencias en relación a la infidelidad que para el señor Lauro era imperdonable, era una falta no sólo hacia la relación sino hacia uno mismo como hombre y como suegro, por lo que merecía una disculpa de parte de su yerno. Se trabajaron *preguntas circulares* (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980), para conocer la opinión de cada uno de los miembros de la familia y la relación o posición que guardaban frente al problema. Así mismo se exploraron los límites transgeneracionales entre los miembros, en donde se observaba un sobreinvolucramiento y la percepción de una familia amalgamada con límites difusos o poco claros. Al respecto, se trabajó en la diferenciación entre el amor y afecto hacia los hijos y el respeto hacia sus vidas personales y sus decisiones, tratando de reestructurar a través de retar,

con *preguntas hipotéticas*, las creencia o reglas rígidas sobre la autoridad y la “independencia”, como él llamó a los límites que su hija había puesto entre ellos, y que habían interferido para que continuara “la relación tan bonita que existía entre padre e hija” (Nelson, Fleurdas, y Rosenthal, 1986). Así mismo, se connotó positivamente el alejamiento de él con su hija, como una forma respetuosa y discreta de aceptar las decisiones que Verónica empezaba a tomar. Por otro lado, se validó y así mismo se connotó positivamente, la “rebeldía” y “oposición” de su hija a la voluntad de su padre, como el valor y la capacidad que Verónica demostraba para tomar la decisión de regresar con Eduardo y asumir la responsabilidad de luchar por su relación.

*Hacia la tercera sesión*, se observaron claramente los cambios en el patrón de la queja. El señor Lauro tomó la iniciativa de volver a restablecer el lazo afectuoso con su hija ya que nunca perdieron contacto ni comunicación. La respuesta de su hija fue positiva y a partir de ahí la relación se restableció. No obstante, al señor Lauro aún se le dificultaba diferenciar entre los consejos y recomendaciones que creía debía dar como padre y los límites del respeto por la individualidad de los demás. Sin embargo se percibía su disposición para tratar de ser respetuoso de los espacios, los puntos de vista y las decisiones de sus hijos. Fue en esta sesión en la que se decide trabajar ahora la relación con su pareja.

### ***Segundo Objetivo***

En las *sesiones tres y cuatro* se exploraron tres momentos de la relación conyugal: cuando se conocieron, cuando decidieron formar un hogar y el momento actual, centrando más el proceso en el *aquí y el ahora* y las principales causas de la separación afectiva.

Las siguientes dos sesiones se trabajó por definir la relación entre ellos, establecer límites claros, explorar las necesidades que cada uno tenía dentro de esta relación y a partir de ello, trabajar por una relación basada en derechos, deberes y necesidades, o por el contrario, por una buena separación. Para ello se elaboran *preguntas circulares* (Selvini, et al., 1980), con el fin de conocer el punto de vista de ambos, pero también de los hijos. Así mismo, se trató de explorar las coaliciones transgeneracionales que parecían esconderse, por un lado, en el papel jerárquico de Sara y en el papel central del padre sobre los hijos. Se trabajó por definir los límites en la relación, que por un lado, tenían que ver con la exagerada preocupación del señor Lauro por los hábitos alimenticios de su esposa y por el otro, con la toma de decisiones en casa. Se elaboraron *preguntas hipotéticas* cuya dirección fue en el sentido de cuestionar la preocupación y

responsabilidad que el señor Lauro se había adjudicado, al cuidar que la señora Sara se alimentara, creándose un patrón de interacción recurrente de preocupación por su alimentación, malestar por asumir una responsabilidad que no le correspondía, queja y reclamos de la señora Sara por la insistencia de él para que comiera, que se convertían, nuevamente, en malestar y preocupación para el señor Lauro (Nelson et al., 1986).

La última sesión fue vía telefónica, en la que el señor Lauro manifestó a la terapeuta, su decisión de irse a vivir a Querétaro a trabajar, incluso se iba al día siguiente de hacer el contacto con él. Se le preguntó por la relación con Verónica y Sara, con la primera las cosas seguían estables, pero con la señora Sara no funcionaron sus intentos de establecer una relación más cordial, pero sobre todo respetuosa entre ellos, por lo que decidió llevar a cabo sus planes de encontrar un trabajo fijo y vivir de manera independiente. Prometió comunicarse en cuanto se instalara y se fijó una nueva llamada un mes después.

### *Evaluación final del caso*

Por lo que el señor Lauro reportó en la última sesión, la relación con su hija se mantenía estable, volvieron a estrechar los lazos de afecto y cariño. El señor Lauro era más respetuoso de los espacios y las decisiones que sus hijos tomaban, sin embargo no dejaba de preocuparse cuando algo a él no le parecía, sobre todo cuando creía que podía perjudicarlos. No obstante, ahora respetaba sus decisiones. Los límites que el señor Lauro empezó a establecer en la relación con Sara, lo llevó a ver más por sí mismo y a desarrollar su autonomía e independencia al tomar la decisión de irse a vivir a Querétaro y buscar un empleo que le permita separarse físicamente de Sara y de la dependencia emocional que generaba la preocupación y responsabilidad que sentía hacia ella, su cuidado y salud, asumiendo una postura complementaria en esa relación.

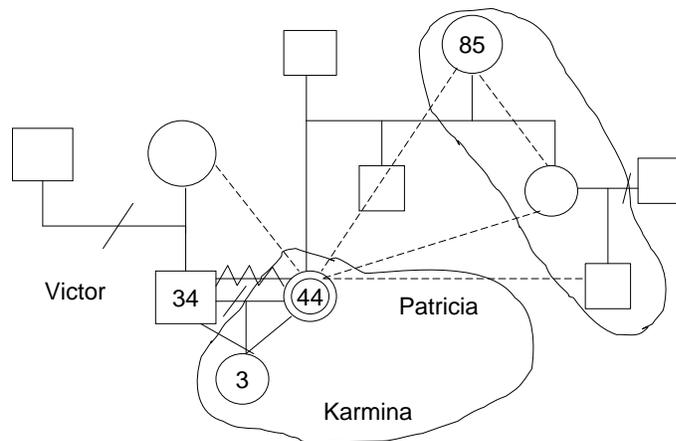
## CASO 4

Paciente: Patricia Salas Riojas  
Terapeuta: María de Lourdes Soto Hernández

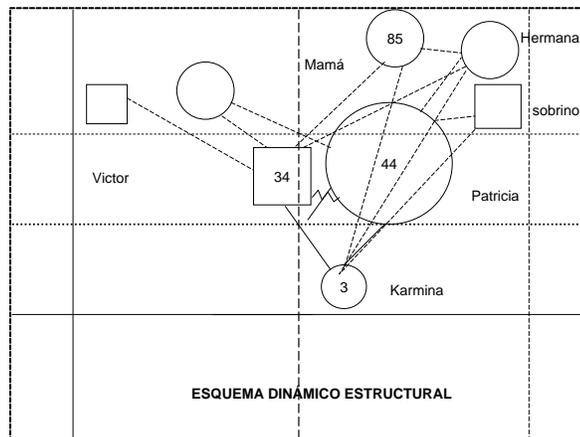
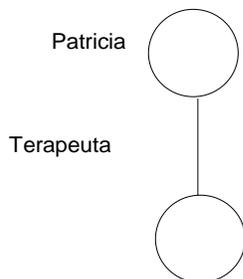
Primera sesión 10-02-06  
Última sesión: 25-10-06  
Total de sesiones: 13

Superviso: Prof. Flavio Sifuentes

### FAMILIOGRAMA



#### Distribución geográfica durante la entrevista y relación con el terapeuta



ESQUEMA DINÁMICO ESTRUCTURAL

### ***Motivo de Consulta***

Patricia refería conflictos de pareja debido a la falta de responsabilidad de su esposo Víctor en su rol conyugal y parental y a la violencia verbal y psicológica que éste ejercía sobre ella, descalificándola y ofendiéndola en su papel de esposa y madre. Él decidió irse de la casa, evento que dejó a Patricia sumamente deprimida y con sentimientos de culpa, devaluada y con deseos de salvar la relación.

### ***Antecedentes del Caso***

Patricia y Víctor estaban casados desde el año 2000 se separaron en diciembre de 2005 tenía una niña de 3 años. Los conflictos comenzaron desde que se casaron y decidieron vivir un tiempo con la mamá de Patricia. Ella empezó a advertir que él se resistía a cooperar en los gastos del hogar, Víctor por su parte, desconfiaba de ella y creía que Patricia sólo se había casado con él por su dinero. Así mismo, Víctor le reclamaba a Patricia su ausencia y falta de atención, comparada con la que ella le proporcionaba a su familia de origen. Patricia por su parte, trataba de que Víctor socializara y se integrara a la familia de ella. Víctor se volvió verbal y psicológicamente agresivo con Patricia, descalificándola y criticando su desempeño como mujer y madre de su hija.

### ***Definición del problema***

Límites poco claros o difusos tanto fuera como dentro del sistema conyugal y parental y la falta de acuerdos en cuanto a los roles y funciones que cada uno debía desempeñar, lo que provocaba una lucha de poder, influenciados ambos por sus sistemas de creencias en relación principalmente al género y a conceptos tales como el éxito, superación, socialización y convivencia.

### ***Hipótesis Sistémica***

El sistema de creencias de cada uno de los miembros de la pareja los llevó a percibir realidades distintas. En el caso de Patricia quien provenía de una familia numerosa, donde la mujer no tenía ningún valor, se reveló a través de su superación profesional y laboral, buscando en Víctor el reconocimiento y aceptación que le faltó. En el caso de Víctor, provenía de una familia de padres divorciados y un solo hermano; sin la atención de la madre quien tenía que

trabajar para mantener a sus hijos, creció con pocos recursos sobre todo intelectuales y afectivos, encontrando en Patricia (10 años mayor que él) la protección y cuidado que nunca tuvo. Ambos intentaban satisfacer sus necesidades, ejerciendo el poder y el control de la relación sobre la parte vulnerable de otro. Lo que dio como resultado patrones de interacción conflictivos.

### ***Meta Terapéutica***

Tomando en cuenta que Víctor decidió la separación, inició los trámites de divorcio y se negó a trabajar conjuntamente con Patricia un proceso terapéutico en pareja, se optó por trabajar de manera individual con ella, por una buena separación de pareja y una buena relación con Víctor como padres de Karmina. Rescatar sus recursos y habilidades como mujer y madre, para reestructurar la idea devaluada que tenía de sí misma. Explorar los planes y metas que tenía a futuro, con el fin desarrollar un nuevo proyecto de vida y una mejor percepción de sí misma, sobre todo libre de culpas.

### ***Objetivos Específicos***

- Acompañar a Patricia en el proceso de duelo ante la pérdida que significaba para ella el divorcio con Víctor (fracaso, ineptitud, inseguridad, baja autoestima etc.), trabajando sobre las premisas que mantenían esos significados, de acuerdo con su sistema de creencias. Lo anterior, con el fin de dar los pasos necesarios para asumir su responsabilidad sobre el problema, pero también delegar la de Víctor sin culpa, ni autorreproches.
- Trabajar por mejorar o facilitar la relación con el padre de su hija (parental) en cuanto a acuerdos, derechos y responsabilidades una vez tramitado el divorcio y requerimientos legales.
- Seguir trabajando sobre los recursos y capacidades que Patricia tenía para llevar a cabo sus planes y metas a futuro (terminar la preparatoria y con el tiempo estudiar una carrera).

### ***Intervenciones realizadas***

La paciente tuvo su *primera sesión* el día 10 de febrero de 2006. Se trabajó con Patricia durante *13 sesiones* (última sesión: 25 de octubre de 2006). Este caso estuvo a cargo de la

terapeuta Ma. de Lourdes Soto Hernández. El proceso de intervención se desarrolló bajo el Modelo de soluciones, no obstante, se utilizaron algunas estrategias del modelo narrativo, sobre todo para trabajar el significado y efecto que tenía para ella, el reconocimiento y valía que esperaba recibir de Víctor. Las intervenciones utilizadas por el modelo centrado en soluciones, están enfocadas al desarrollo de recursos y fortalezas en las personas (O'Hanlon y Weiner, 1989).

Se utilizaron técnicas para obtener información acerca del problema que aquejaba a Patricia, entre otros, el estado depresivo en el que se encontraba, acompañado de sentimientos de culpa y percepción de baja autoestima. Se exploraron los efectos del duelo (dolor, tristeza, decepción) que ella quería transformar en "resignación para seguir el camino". Se trató de explorar los recursos, que aportó a su relación, con la finalidad de reconstruir la sensación de culpa, inseguridad y baja autoestima, pero sobre todo para delimitar su responsabilidad en esa relación (White y Epston, 1980). Se elaboraron *preguntas a futuro* (O'Hanlon y Weiner, 1989) sobre lo que hubiera sucedido de seguir con él: comentó acerca de la violencia psicológica que él ejercía sobre ella y su impulsividad (descalificaciones, poco reconocimiento, daño emocional, insultos, maldiciones, reproches) que se hubieran seguido acrecentando. Eso fue para ella el inicio del fin.

En cuanto a la relación parental, se trabajaron *preguntas interventivas* con el fin de evitar que Patricia cayera en la tentación de cerrar los espacios entre Víctor y su hija, debidos a la falta de cumplimiento del padre en relación con la pensión y los días que estableció para visitar a la niña.

Las siguientes sesiones se trabajó el significado y efecto que tenían en la historia de vida de Patricia y su sistema de creencias el no ser valorada o reconocida. Se exploraron los contextos en donde la sensación de inseguridad y falta de valoración estaban presentes. Habló de su familia de origen y el poco valor que las mujeres tenían. Se exploró las sensaciones que ello le producían (enojo, coraje, impotencia). Por otro lado, se trató de buscar los contextos en los que se sentía valorada, apreciada y tomada en cuenta. Al respecto, Patricia habló del área laboral y de las cualidades y desempeño que mostraba en su trabajo, sobre todo del aprecio y admiración que le tenían sus compañeros. Se elaboraron *preguntas hipotéticas* de cómo podía ella elevar el volumen a esas voces que la reconocían y sí la creían capaz. Cómo podría poner en práctica esos mismos recursos para definir y establecer los límites de una relación respetuosa, entre ella y

Víctor basada en acuerdos sin llegar a las descalificaciones y para poder concretizar los planes y metas que se había propuesto.

### ***Evaluación final del caso.***

*En la treceava sesión* se hizo una valoración de los cambios que ella observaba. En cuanto a la percepción que tenía de sí misma, comentó que estaba experimentando cambios en su autoestima, así como en su rol y desempeño como madre, ya no tenía miedo de hacerse cargo de su hija. Ahora le importaba menos lo que Víctor pensara de ella en cuanto a su rol como madre, no obstante, habló con él y le pidió que dejara de descalificarla, ya que ambos eran responsables del cuidado y atención de la niña. Llegaron a un acuerdo en cuanto a los gastos de manutención para la niña y los días de visita. Así como los días en que él cuidaría de ella. Finalmente, se trató de mantener y ampliar sus recursos, y habilidades: estaba recuperando la confianza en si misma, se sentía mejor de salud, había cambiado su alimentación, se sentía menos tensa. Retomó la escuela, tenía planes y metas. En el trabajo se sentía tranquila, ahora podía dar su máximo esfuerzo y había comenzado a tener logros, deseaba terminar la escuela y estudiar una carrera.

Los cuatro casos elegidos en este reporte tienen como característica primordial el *proceso del duelo*, ante la pérdida o separación en una relación de pareja, conyugal y / o matrimonial. A pesar de que sólo dos de ellos (la familia Rivero Ríos y la familia Sala Riojas pasaron por el proceso legal del divorcio, sólo en el caso de la familia Salas este proceso se vivió durante la terapia, lo que dio oportunidad de observar, conocer y experimentar junto con la paciente Patricia Riojas las implicaciones legales, económicas pero también emocionales y sintomáticas que este proceso desencadena a través del duelo. Por ello, es necesario explorar las implicaciones del duelo en la persona, la pareja, la familia nuclear, la familia extensa, los amigos más cercanos y dentro del proceso terapéutico. A continuación se presenta un análisis y discusión teórico metodológico de las intervenciones clínicas con familias que atraviesan por el proceso del divorcio y del duelo.

## **1.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICO DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA CON FAMILIAS.**

Aún cuando el tema del duelo es prioritario en este análisis, no se puede dejar de lado el proceso legal y emocional que implica el divorcio, proceso que debieron experimentar tanto el señor Lauro Rivero como la señora Patricia Riojas quien llegó a la consulta confundida, ante la eminente separación. Posteriormente, debió enfrentar las vicisitudes y manifestaciones avasalladoras del duelo, experimentadas de formas diferentes, por cada uno de los pacientes que se presentaron en los casos anteriores, ya que como se verá más adelante el duelo es un proceso normal de elaboración ante una pérdida, ya sea afectiva, material, física o incluso de salud y que implica la adaptabilidad a una situación o una nueva realidad sin el objeto preciado, o ante lo que no está más. En los cuatro casos citados, la pérdida afectiva tuvo un papel central y fue parte de los objetivos a trabajar durante la terapia. Es por ello que en este estudio se analizará el duelo en las relaciones, pero antes se abordarán conceptos y eventos relacionados con el divorcio.

### ***1.2.1. EL DIVORCIO.***

En nuestro país, uno de cada 13 matrimonios termina en divorcio y tan sólo en el D.F. uno de cada ocho también (INEGI, 2004); lo que demuestra que el divorcio se ha vuelto una alternativa común, es más aceptada y ha aumentado más que en décadas anteriores, como resultado de los problemas sociales, económicos y políticos que atentan contra la salud mental y emocional de la población. Es un proceso al que cuesta trabajo adaptarse y tiene graves repercusiones, no sólo para la pareja que lo vive, sino para los hijos y familiares.

Desde el punto de vista legal, el divorcio es una causa de disolución del matrimonio y la unión civil (Wikipedia, 2006). Dicho de otra manera, el divorcio es la disolución legal de una relación marital socialmente y legalmente reconocida entre un hombre y una mujer que altera sus obligaciones y privilegios. En el caso de la paciente Patricia debió requerir el apoyo de su familia y de la madre de Víctor para seguir cumpliendo con sus obligaciones como mamá, al mismo tiempo que buscar el sustento para su hija Karmina, ya que a partir de la separación, los días de visita del padre a la niña eran fluctuantes en un principio, además de que el proceso del duelo por la separación y las implicaciones emocionales que ello conllevaba, dificultaba que la pareja parental pudiera llegar a acuerdos, sobre todo en la forma de relacionarse ahora sólo como padres

de Karmina y asumir responsabilidades. En el caso del señor Lauro y a pesar de que el divorcio se había realizado quince años atrás y de manera voluntaria; a partir de un evento fortuito, ajeno a la relación, resultó una salida para los conflictos que posteriormente presentó la pareja cuyo costo material y emocional obligó al señor Lauro a volver a casa pero ya no como esposo, padre o pareja de Sara, sino como un huésped con muchas obligaciones pero pocos derechos.

Esto habla de que el divorcio o la separación va acompañado de conflictos, desorganización y desacuerdos entre los miembros de la familia, al mismo tiempo que la búsqueda de alternativas que permitan enfrentar la vida de manera diferente (Parke, 1986). Así mismo involucra a diferentes miembros de la familia como apoyo, pero ello no implica que todos muestren cierta vulnerabilidad al hecho.

### **Etapas del divorcio**

Aguilar (1987) describe las etapas del divorcio las cuales pueden presentarse en secuencias e intensidades diferentes.

- a) ***El divorcio emocional.***- Está relacionado con la inconformidad e insatisfacción en la relación.
- b) ***La separación física.***- Se caracteriza por la ambivalencia en cuanto al futuro, mezclándose con ello la añoranza (de lo que fue o las expectativas que se tenían) pero también la inseguridad sobre lo que vendrá. El presente se vive de manera caótica y provoca frustración.
- c) ***Divorcio legal.***- Éste implica la ruptura lega y con ello la división y reestructuración de roles de acuerdo a las funciones y responsabilidades parentales.
- d) ***Divorcio psicológico.***- Elaboración del duelo por la pérdida y el rompimiento.
- e) ***Divorcio comunitario.***- Presentación formal ante la sociedad como personas divorciadas.

En los casos en que la pareja se separa sin haber contraído nupcias o por los problemas económicos que este proceso implica, la decisión de no continuar su vida juntos se considera un divorcio y es inevitable la experiencia del duelo por la pérdida de dicha relación. En el caso de Belén y David, en donde el rompimiento repentino, que David decidió darle a la relación después de haber vivido en unión libre durante un tiempo prolongado, alteró no sólo el estilo de vida de

Belén sino que desencadenó un proceso de duelo, que la llevó a un estado depresivo agudo. Así también sucedió con María de la Paz, quien a pesar de haber estado separada de su esposo durante cinco años, llegó a la terapia con una fuerte depresión producto de una fuerte sensación de culpa ante la pérdida de su relación y la responsabilidad y confusión que ello le provocaba, debido al significado que el divorcio representaba para ella, de acuerdo con su sistema de creencias, pero peor aún, el conflicto emocional que significó para María de la Paz la disputa por los bienes materiales, ante la eminente separación legal de su marido, aunado a la pérdida de su trabajo.

### **Efectos del divorcio en el entorno familiar**

Para Carter (1991, p. 282), el divorcio como una fase del ciclo vital de la familia, “es una interrupción o dislocación de ese ciclo vital que produce en la familia un desequilibrio profundo que siempre se asocia con cambios, aumentos y pérdidas en el conjunto de miembros de la familia”. En todos los casos expuestos en el reporte de experiencias, parecía que la separación de uno de los miembros de la pareja, dejaba una disminución en cuanto al número de elementos de la familia, pero esto mismo provocaba el incremento o presencia de otros familiares, sobre todo de las familias de origen que apoyaban a la pareja.

En cuanto al efecto del divorcio, en los miembros de la familia, es importante considerar factores como la edad de la pareja, el tiempo de casados, el número de hijos si es que los hay, la causa de la separación pero sobre todo los marcos de referencia, ideas o creencias que rodean a la familia y alimentan el problema.

En la parte del duelo se analizarán más detalladamente los efectos emocionales y psicológicos que experimentan los miembros de la pareja, por lo que aquí se analizará el efecto que suele observarse sobre todo en los hijos.

El estado emocional alterado que produce la sensación de pérdida, desencadena una serie de síntomas como la ansiedad, la depresión y enfermedades somáticas que pueden irradiarse a otros miembros de la familia quienes ante la crisis familiar son desatendidos o no tomados en cuenta. En otros casos, son los propios familiares los que tienden a apartarse unos de otros, lo que desencadena otro tipo de conflictos, sobre todo en niños y adolescentes, estos últimos desarrollando conductas de riesgo.

Lo anterior podría hacer parecer que el divorcio no es una alternativa positiva, viable o de solucionar conflictos y cabría cuestionar entonces cómo es que el índice de ellos se ha incrementado con los años. El punto aquí radica más bien, en los efectos inmediatos del proceso como son: la tensión, la hostilidad entre la pareja, sentimientos ambivalentes, la comunicación negativa y la falta de acuerdos, que en la mayoría de los casos son difíciles de manejar y dañan a todo el sistema familiar, sobre todo a los niños, quienes en algunos casos se sienten responsables o culpables de que los padres se separen. Es aquí, donde se vuelven necesarios el apoyo emocional y psicológico, con el fin de transitar el proceso con el menor daño posible.

En otros casos, el divorcio permite a los niños adquirir madurez e independencia y autonomía. Algunos otros estudios han demostrado que los niños de familias intactas pero con altos niveles de conflictos tienen más problemas de adaptación y de autoestima que los de familias intactas o divorciadas con baja conflictiva (Amaro y Keith, 1991; Amaro, Loomis y Booth, 1995; Hetherington, 1999 citado en Fernández y Godoy, 2002, p. 30). De esta forma, el divorcio siempre será una alternativa posible, sobre todo cuando la relación está sumamente dañada o deteriorada y éste daño ha dejado ya secuelas en la vida de los miembros.

Con lo descrito anteriormente, se comprueba que no se puede hablar del divorcio sin dejar fuera el efecto que éste provoca, es decir el duelo, que representa una pérdida al mismo tiempo que su elaboración.

### ***1.2.2. EL DUELO***

El duelo, del latín *dolus* (dolor), es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien y se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a un desapego (García, 2004). El duelo es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada, asociándose a síntomas físicos y emocionales (Azofeifa, 2006).

Berástegui (2004) define el duelo como una reacción natural frente a la pérdida de un objeto de amor, sea este real o imaginario. El duelo no es algo ajeno, es algo que ocurre constantemente a lo largo de la vida. Este autor también opina que el dolor que se experimenta es total, es un dolor biológico (duele el cuerpo), es un dolor psicológico (duele la personalidad); es un dolor social (duele la sociedad y su forma de ser), también familiar (nos duele el dolor de

los otros) y espiritual (duele el alma). En la pérdida de un ser querido, duele el presente y el futuro, toda la vida en su conjunto duele.

Bucay (2002) lo define como “el doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad” (p. 85). En otro momento habla del duelo como: “la respuesta normal a un estímulo o un hecho que hiere, al que se le denomina pérdida” (p. 103).

Carter (1991, p. 284) hace una descripción del proceso emocional del divorcio que se asemeja al del duelo en cuanto al objetivo que se persigue al elaborarlo, el cual es “recuperarse del matrimonio, es decir, abandonar y dar por terminadas las esperanzas, los sueños y las expectativas que se habían depositado en el cónyuge y en el matrimonio y reinvertir esas esperanzas y expectativas en el propio yo”. Esta última fase, la *reversión*, es tal vez la más difícil de alcanzar, sobre todo para las mujeres, quienes por influencia de la cultura y de una sociedad patriarcal, ponen todas las expectativas de vida en la pareja y toda su identidad en la relación. En el caso de los niños, la separación de los padres los lleva a experimentar el duelo por la pérdida de la vida con los padres juntos y por el rompimiento de la estabilidad familiar, además de la amplia gama de sentimientos que se producen, como la culpa ante la idea de ser ellos la causa de la separación entre sus padres. También pueden experimentar rabia ante alguno de los padres o impotencia por la sensación de no poder hacer nada para evitarlo y por supuesto, tristeza ante todo lo que están presenciando. Otros pueden encerrarse en sí mismos como parte de un mecanismo de defensa contra el daño que la separación les ocasiona, o pueden mostrar rebeldía, fallos en la escuela... Sin embargo, no todos los niños reaccionan de la misma manera, lo que depende fundamentalmente de sus características personales como la edad principalmente y de cómo se esté manejando la situación de separación o divorcio (Pachano, 2006).

### ***1.2.3. ETAPAS DEL DUELO.***

Se ha hablado ya durante el análisis clínico de los cuatro casos presentados, que durante el duelo, las personas involucradas presentaron diferentes manifestaciones emocionales y psicológicas como: enojo, tristeza, culpa, confusión, baja autoestima y otros más relacionados con la autovalía y el sentido del yo. Estas sensaciones y percepciones se hacen manifiestas durante las diferentes etapas del duelo, resultado de una separación o pérdida de cualquier tipo.

Sin embargo, hay que señalar que el efecto e intensidad de estas manifestaciones, dependerá de la persona, el evento y el contexto en que éstas se presentan y que a su vez, determinará la viabilidad y el tiempo de su resolución (Berástegui, 2004).

Las etapas que componen el duelo varían de autor en autor. La variabilidad a veces consiste en el nombre o definición que cada autor le da a las diferentes etapas. En otros casos, depende del tipo de pérdida que se enfrenta, ya sea la muerte de un ser querido, el divorcio, la pérdida de un trabajo. Por ejemplo, García (2004) menciona como pérdidas: la salud, los vínculos afectivos, las fases de desarrollo, los bienes materiales, la identidad personal, el nacimiento, los sueños así como los deseos y la muerte de una persona, entre otros. Por otro lado, hay autores que consideran que las etapas varían de acuerdo con la persona que sufre la pérdida, es decir, la edad, la relación que tenía con el objeto amado o experiencias previas de pérdida. En los casos de los niños, las etapas del duelo están relacionadas al desarrollo cognitivo que hayan alcanzado, Azofeifa (2006) considera que los niños de dos años atraviesan la etapa de la angustia, protesta y estrés general, sobre todo ante la pérdida de la madre. Los niños de cinco años, experimentan la etapa de confusión y regresión pues les es difícil comprender la muerte o lo que les pasa. Los niños mayores de doce años presentan: shock, negación, estrés y ansiedad ya que comprende lo irrevocable de la muerte.

Otros autores, no hacen alguna diferenciación entre la pérdida y las etapas que se presentan durante el duelo. Por ejemplo, Elizabeth Kubler-Ross, (García, 2003) describe cinco etapas relacionadas con una *verdad oculta* que requiere ser descubierta, vivida y aceptada. Estas etapas son:

- Repulsa: Rechazo de la verdad.
- Rebelión: Reconocimiento de la verdad.
- Negociación: Compromiso con la verdad.
- Depresión: Abatimiento ante la verdad.
- Aceptación: Reconciliación con la verdad.

Bucay (2002) presenta seis etapas del duelo y las relaciona con el proceso fisiológico por el que atraviesa el cuerpo para sanar una herida física:

## Herida

Vasoconstricción  
Dolor agudo  
Sangrado  
Restricción del coágulo  
Reconstrucción tisular  
Cicatriz

## Duelo

Incredulidad  
Regresión  
Furia  
Desolación  
Fecundidad  
Aceptación

Moyano y De Palma (2000) opinan que también existen etapas en el proceso del divorcio en donde surgen alteraciones emocionales y psicológicas, dependiendo del área más significativa y más afectada para la persona. Por ejemplo, en el divorcio religioso es indudable que la religión juega un factor determinante, no sólo durante su disolución, sino en el momento de contraer matrimonio; ya que implica una serie de premisas y valores espirituales que dan forma al sistema de creencias que rigen a uno o los dos miembros de la pareja. Por consiguiente, la pérdida o ruptura de la relación implica, así mismo, una serie de elementos a considerar como son: la duda, el temor, el enojo y la rebeldía, entre el deseo de romper la relación y lo que *debe ser* o manda la iglesia. Otro ejemplo está en el divorcio social, en donde el medio ambiente y los sistemas que interactúan con la nueva pareja cuando ésta se casa, tienen fuerte influencia; lo que implica que la disolución de la pareja conlleve indecisión, arrepentimiento, pero también resignación, optimismo y búsqueda de nuevas amistades.

Habiendo analizado las etapas que estos autores mencionan se ha elegido la clasificación hecha por Barrera (2006) que reúne los significados que la mayoría de los autores le dan a cada una de las etapas del duelo.

1. **Negación.**- Consiste en no creer que realmente sucedió la consumación del evento.
2. **Frustración.**- Tiene periodos de rabia, rencor o pensamientos negativos hacia sí mismo y hacia la ex pareja.
3. **Sustitución.**- En esta fase la persona es capaz de ir adquiriendo nuevas habilidades sociales mismas que le prepararán a adaptarse a una nueva realidad sin el ausente.
4. **Aceptación o resolución de conflicto.**- Es un tiempo de resignificar la ausencia del otro y poder hablar de la relación pasada sin que ello cause dolor. En esta etapa, materialmente la persona es capaz de iniciar, de forma exitosa nuevos proyectos.

Algunos autores hacen una clasificación distinta de la tercera etapa, por ejemplo, García (2004) la define como *negociación*. Bucay y Berasategui definen la etapa cuatro como *fecundidad o renovación* respectivamente; esta última autora define la primera etapa como shock. Después de haber descrito los efectos del duelo y las etapas por las que las personas deben atravesar a continuación se presenta el análisis metodológico que se siguió con cada uno de los pacientes presentados en este reporte.

#### ***1.2.4. IMPLICACIONES E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS.***

Estas definiciones, muestran como el duelo es al mismo tiempo la representación de la pérdida y el proceso de elaboración. La pérdida como tal, conlleva una serie de manifestaciones físicas, psicológicas y emocionales como: shock, represión y soledad, síntomas físicos de estrés, sensación de pánico, sentimientos de rabia, parálisis de la actividad, desarrollo de la esperanza, aturdimiento tras la pérdida, despecho, desorganización y desesperación, que se irradian no sólo a las personas que lo viven de manera directa, sino de éstas a las personas con las que interactúan (García, 2004); aún cuando los contextos en que se presentan pueden modificar su significado, su duración o prevalencia. Dichos efectos, no tienen una secuencia o un orden lógico, y pueden presentarse unas antes, o después de otras.

Este proceso permite a las personas que han sufrido una pérdida, lograr un ajuste emocional, físico, psicológico y social, para poder continuar su vida sin ese vínculo afectivo que existía con la persona o el objeto preciado. Es decir, que al mismo tiempo que se experimentan ciertas sensaciones, sentimientos y dolores intensos, es necesario y casi un rito, que estos se presenten y más aún que se experimenten. La ausencia o represión de los mismos puede ser causa de conflictos mayores con el tiempo.

En algunos de los casos presentados, sobre todo en el de las mujeres (Belén, Ma. de la Paz y Patricia), los signos y síntomas como manifestaciones del duelo fueron depresión acompañada de llanto, tristeza, apatía, desgano, intolerancia, así también sensaciones de inseguridad, baja autoestima, culpa y autopercepción de fracaso e inutilidad. Como síntomas físicos, Ma. de la Paz y Patricia, presentaron colitis, dolores de cabeza, problemas de circulación, dolores reumáticos y sobre peso.

En el caso de Belén, el proceso fue más agudo y prolongado aún cuando su relación tenía dos años, y había vivido en unión libre (un tiempo relativamente corto); se estaban desarrollando profesionalmente y no habían procreado hijos. No obstante, la dependencia emocional que Belén desarrolló por esa relación la llevó a una crisis emocional alterada, con rasgos depresivos intensos. Por lo que se trabajó *la prescripción del síntoma* (Fisch, Weakland y Segal, 1994; Nardone y Watzlawick, 1990), una de las técnicas propuestas por el modelo de Terapia Breve centrada en los problemas, durante un mes, la cual resultó de gran ayuda para que los efectos depresivos paradójicamente desaparecieran.

En el caso de María de la Paz se connotaron positivamente como señales del cuerpo y una forma de protegerse ante las pérdidas sufridas (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988). Con Patricia se exploró su sistema de creencias en cuanto a las ideas de poca autovalía y sensaciones de inutilidad, inseguridad y baja autoestima, provocados por la pérdida y la separación.

En el caso del señor Lauro quien había llegado por la separación afectiva con su hija, que lo había sumido en un estado de confusión entre la culpa, el enojo y la tristeza, se connotó positivamente la conducta distante de ambos, de él como la muestra de su actitud respetuosa hacia la vida y las decisiones que su hija tomaba. En ella, la capacidad de asumir la responsabilidad de continuar su relación y enfrentar las consecuencias o beneficios que ello le traería (Selvini, et al., 1998; White, 1994). En cuanto al duelo vivido por la separación con la señora Sara, y a pesar de haber transcurrido varios años de aquello, durante el proceso terapéutico el señor Rivero pudo hablar de esa experiencia, que generó en él cierta melancolía, pero también la certeza de haber sanado ese proceso, que lo llevó a experimentar una fuerte soledad, pero posteriormente, una gran libertad (Selvini, et al., 1980).

La resolución de ese proceso de duelo, durante la terapia, se vio reflejado en la decisión que tomó el señor Lauro de separarse físicamente de la señora Sara, resolviendo la dependencia emocional que en ambos había generado esa relación y recuperar su autonomía, además de ponerse como objetivo y meta el tener un trabajo estable: “me acostumbré a vivir en soledad aunque es muy dura, se encuentran cosas muy bellas como la libertad, si se es una persona con carácter y principios” (Nelson, et. al. 1986).

Por otro lado, en todos los casos, los miembros más cercanos de los pacientes (hijos, familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.), sirvieron siempre como fuente de apoyo para cada uno de ellos, pero también fueron sensibles a su sufrimiento.

La información que se obtuvo de las implicaciones que los efectos del duelo tuvieron sobre los familiares y personas cercanas a los pacientes con los que se trabajó, se llevó a cabo a través de *preguntas circulares* (Nelson, et. al. 1986). En el caso de los hijos de María de la Paz, de Patricia y el señor Lauro, las edades fluctuaban entre los 5 y los 27 años, por lo consiguiente, las reacciones ante la separación de los padres fue distinta. En Karmina de cinco años, hija de Patricia, la ausencia del padre generaba en ella llantos constantes; y cuando ambos padres estaban presentes, Karmina presentaba conductas mimadas, caprichosas y rebeldes, lo que provocaba reacciones en los padres, sobre todo en Víctor quien culpaba y descalificaba a Patricia por el mal ejemplo que era para la niña y la mala educación que le estaba dando, lo que intensificaba las sensaciones negativas en ella, lo que a su vez dificultaba que se pudieran establecer reglas claras entre ellos. En el caso de Ana Pamela, la hija de Ma. de la Paz y Francisco, se encontraba en la etapa de la adolescencia, lo que intensificó sus sensaciones de inseguridad y baja autoestima comunes en esta edad, además de conductas rebeldes y confrontativas con la madre, lo que provocaba conflictos entre ellas.

En cuanto a los hijos del señor Lauro, el divorcio sucedido años atrás tuvo un mayor efecto en Homero, quien se encontraba en la adolescencia y presentaba conductas rebeldes sobre todo con su madre, además de tener mala conducta en la escuela y bajas calificaciones. Sin embargo, la buena relación que el señor Lauro llevaba con sus hijos, les ayudó a los tres, a sobrellevar el rompimiento de la relación y posteriormente, durante el proceso terapéutico, sus hijos apoyaron al señor Lauro a separarse definitivamente de la señora Socorro, ya que decidió irse a Querétaro donde vivía su hija Verónica, mientras que Homero decidió irse a vivir con la madre, lo que hablaba del deseo de restablecer la relación con ella y brindarle su apoyo ahora que iba a quedarse sola.

Finalmente, en el caso de la familia y los amigos de Belén y su preocupación por el estado depresivo que presentaba, los hacía estar mucho más pendiente de ella, animándola y motivándola a superar esa etapa. Lo anterior, sólo lograba presionar a Belén quien se sentía culpable de no poder darle gusto a su familia, pero al mismo tiempo se sentía enojada con ellos por no comprenderla, por ser insensibles ante su estado o por no dejarla en paz.

Hasta aquí se ha descrito el análisis de los casos observados, desde el punto de vista teórico-metodológico del duelo, es decir, tomando en consideración lo que diferentes autores e investigadores han revisado y observado en su trabajo con personas que atraviesan por este

proceso, ante la pérdida de un ser querido o de la separación o rompimiento en su relación; y se comparó con el trabajo realizado con los pacientes que aparecen en este reporte, concluyendo que el duelo, es al mismo tiempo la representación de la pérdida y el proceso de elaboración, por lo tanto, es un proceso inevitable que debe atravesarse en el recorrido hacia la recuperación y resolución del duelo. Así también se reconoce que el efecto ante la pérdida variará de persona en persona, de acuerdo con diferentes factores como la edad, la relación previa con el objeto amado, las capacidades y recursos con los que cuenten las personas para salir adelante, las experiencias previas de pérdida, la forma en que se suscita la separación o pérdida, entre otros. El nivel de dependencia emocional que se haya establecido con el objeto amado o el significado que éste tenga para la persona en duelo, es otro de los factores que puede retardar o no el proceso. Por otro lado, las personas con grandes recursos y fortalezas pueden superar de manera más rápida y eficiente el evento. Es por ello, que en todos los casos trabajados, una de las estrategias puestas en práctica fue el generar en las personas una percepción de autovalía pero sobre todo, desarrollar su autonomía e incrementar sus capacidades y habilidades, que si bien estaban presentes, eran difíciles de percibir por ellas debido a la inseguridad, confusión y sentimientos de culpa ante la percepción de inutilidad por el fracaso en su relación.

Para completar este análisis clínico, sólo resta desarrollar el análisis del Sistema Total. En este apartado se describirá el trabajo llevado a cabo como terapeutas de los casos trabajados y como observadores del equipo terapéutico detrás de cámara y que consiste en la participación a través de comentarios y sugerencias al terapeuta, a la familia, o al sistema terapéutico total es decir, apoyando con sugerencias a los terapeutas detrás de cámara.

### **1.3. ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL.**

En este apartado se analizará el proceso terapéutico desde mi propia visión como terapeuta en cuanto a mi desempeño con familias, así como las intervenciones y el trabajo realizado por el supervisor en favor de la familia, de mi trabajo y del sistema total que lo incluye; con esto último me refiero no sólo al trabajo desempeñado por el equipo detrás de cámara, sino al trabajo de mis compañeros como terapeutas.

Es necesario tomar en cuenta que la postura del terapeuta variará de acuerdo con el modelo que decida utilizar y esto, a su vez, dependerá del plan de estudios que se sigue en esta maestría; lo que en mi caso implicó desarrollar y adquirir un conocimiento claro tanto de los fundamentos teóricos de los que deriva cada modelo, como de las estrategias que representan a cada uno. Lo anterior, limita un poco la libertad del terapeuta para trabajar con el enfoque con el que se siente más cómodo o con el que considere que es mejor para trabajar el problema o situación que el paciente trae a la consulta.

Por otro lado, el trabajar con un modelo determinado, permite al terapeuta desarrollar las habilidades necesarias que se requieren para manejar los diferentes técnicas y poderlas adaptar a la situación, al problema, a la solución del problema o al significado que el paciente le da a su problema; ya reestructurando o resignificando los discursos y la historia del paciente, o colaborando con él para la elaboración de un nuevo significado, según sea el objetivo que cada modelo plantea. Sin embargo, se debe considerar también a las familias y qué tan preparados o dispuestos están para trabajar con ciertos modelos o para recibir ciertas directivas.

Por ejemplo, desde el modelo de Milán, que utilicé en el caso del señor Lauro, su objetivo primordial es develar el juego familiar o el juego que juega la familia, sin hacerlo del todo explícito sino a través de comentarios que resulten paradójicos e intolerables (Selvini, et al., 1988). En este caso, no fue fácil develar el juego que se había establecido entre el señor Lauro y la señora Socorro o con su hija, en donde el sobreinvolucramiento y la dependencia emocional se habían convertido en el punto nodal del conflicto. Sin embargo al volverme neutral entre las diferentes voces familiares que el señor Lauro traía a la sesión pude retar y cuestionar las creencias y reglas de la familia que parecían rígidas.

Otro de los modelos que utilicé en uno de los casos aquí presentados es el modelo de Terapia Breve centrado en los Problemas (Fisch, et al., 1994 y Sánchez, 2000). Este modelo requiere de una gran habilidad para vender la o las tareas que en su mayoría se conforman de *directivas o paradojas* (Nardone y Wtzlawick, 1990) por ello es necesario practicarlo y tener un gran dominio para trabajarlo con familias.

En el caso de Belén se trabajó, *la prescripción del síntoma* (Fisch, et al., 1994; Nardone y Wtzlawick, 1990), este tipo de intervenciones requieren el conocimiento necesario para determinar la conveniencia de utilizar ésta u otra estrategia, pero sobre todo, la sensibilidad para saber si el paciente es el candidato idóneo para ella. En cuanto al equipo y el supervisor, serán de

gran ayuda para evaluar el beneficio o dificultades que plantean las intervenciones dentro del proceso en general.

### ***1.3.1. EL PROCESO TERAPÉUTICO.***

Uno de los requisitos primordiales durante el encuadre terapéutico con el paciente es hacer de su conocimiento el uso de video grabaciones y del trabajo con el equipo terapéutico, por lo que también es común que durante la primera sesión, las personas se sientan incómodas ante la idea de ser grabadas o de que el equipo de trabajo que ellos no oyen y tampoco pueden ver, los estén escuchando y observando. Sin embargo, al finalizar la sesión el equipo le devuelve a la familia sus observaciones de una manera respetuosa y afectiva, considerando a todos los miembros involucrados (neutralidad) y tratando de empatizar con su sufrimiento, connotando positivamente las conductas y actitudes que para el equipo son causa del problema, del fracaso o que han generado en la familia culpa y responsabilidad. Durante las siguientes sesiones el equipo terapéutico se vuelve una parte importante, ya para devolverle a la familia los cambios que han observado o para hacer alguna sugerencia que la familia está o no en su derecho de seguir, pero que puede ayudarla a aclarar sus confusiones o mejorar relaciones deterioradas o resolver conflictos.

Como terapeuta, el apoyo del equipo es imprescindible y para los pacientes es de mucha ayuda las diferentes voces y sugerencias que éste les ofrece, pero sobre todo, el presentarles la idea de que se trabaja junto con ellos y no para ellos les devuelve la responsabilidad y el compromiso de trabajar como un equipo. No obstante, la dirección del caso estará a cargo del terapeuta, quien será el que decida si se debe o desea poner en práctica las sugerencias del equipo o del propio supervisor.

Una modalidad que más bien se considera un enfoque dentro de la terapia familiar es el trabajo con el equipo reflexivo, en donde el papel del equipo terapéutico es acuñar sus diferentes voces, haciendo sugerencias a las familias desde su propia experiencia de vida, o sobre lo que la terapia familiar y sus teorías proponen. La actitud con la que el equipo reflexivo se presenta a la familia está basada en un real cuidado, respeto e integridad por ese sistema, tratando de encontrar la manera de comunicarse con ellos a través de semejanzas o a través de una nueva diferencia, no muy nueva que viole la estructura y la autorregulación de ese sistema y su funcionamiento. De

este modo el equipo reflexivo se vuelve un recurso o forma de intervención terapéutica ya que su motor fundamental es la conversación como fuente importante de intercambios, explicaciones, definiciones y significados diferentes, que permiten dar luz a viejas interpretaciones o que emerjan otras. Finalmente, el respeto que este modelo le da a los pensamientos, sensaciones y emociones del cliente o la familia es tal, que requiere de la autorización de éste para que el equipo reflexivo se lleve a cabo (Limón, 2005). En el caso de Belén, el equipo reflexivo fue de gran soporte durante el cierre del caso, ya que las diferentes voces le ofrecieron a la paciente varias opciones (ninguna mejor que otra) y formas nuevas de percibir la situación que había dejado atrás.

Todo lo anterior lleva a la reflexión sobre la necesidad de establecer un puente constante entre la práctica y la teoría. Los enfoques que se aplican en la terapia psicológica surgen a partir del cuestionamiento de paradigmas y el desarrollo de nuevas epistemologías que le han dado sustento y estructura a la terapia familiar y han permitido que se vuelva flexible ante los avatares de las épocas, y el surgimiento de las corrientes constructivistas y las que emergen del construccionismo social, propiciando cambios sin que los modelos pierdan su esencia; y aún más, que sean tomados en cuenta con respeto y asombro por lo que pueden lograr a través de sus técnicas. Pero esto no sería posible sin la teoría que sustenta y da apoyo no sólo al desarrollo e implementación de los modelos, sino que le permite al terapeuta, aún en su eclecticismo, ser responsable y consciente de cuál es el propósito de utilizar cierto modelo o cierta técnica en su trabajo con familias.

### ***1.3.2. LA SUPERVISIÓN.***

La tarea del supervisor es muy importante y juega un papel central durante el proceso, ya que sus sugerencias y observaciones hacia el proceso, hacia el terapeuta, la familia y el sistema total requieren no sólo de una observación y entendimiento claro del problema y objetivos que se están trabajando en sesión, sino de la sensibilidad y experiencias previas para orientar y retroalimentar al terapeuta, sin descuidar el bienestar de la familia. El supervisor está atento al tipo de estrategias que el terapeuta desea implementar en el caso que está trabajando y puede intervenir (al igual que el equipo) durante la sesión, para hacer recomendaciones o cambios que

mejoren el trabajo del terapeuta, sin embargo, es éste último quien decidirá o acordará con el equipo si está o no dispuesto a realizar dichos cambios.

Cada modelo exige del supervisor una visión diferente, del problema y en ocasiones, una actitud distinta ante el proceso terapéutico en general. Los modelos estructural, estratégico y el centrado en los problemas, abren la posibilidad de desarrollar una postura de experto y de sugerir o proponer a la familia directivas y tareas durante las sesiones o para realizar en casa. Esto requiere también de una postura directiva y sistemática del supervisor hacia el terapeuta y de su trabajo con la familia. En el caso del modelo de soluciones, la postura del supervisor no es tan directiva, más bien está basada en la curiosidad y el respeto, que son los puntos centrales que deben ser tomados en cuenta para dar autoría de experto al terapeuta supervisado, más que enseñarle expertés o desde una postura jerárquicamente superior.

De manera contraria, los modelos narrativo, reflexivo y colaborativo, al igual que el de soluciones sugieren una relación supervisor - terapeuta dentro de una atmósfera de camaradería, en donde la supervisión y la evaluación tengan como finalidad, el logro de metas bien definidas, así como la experiencia de cooperación basada también en objetivos claros y cambios. La meta del supervisor es que el terapeuta se sienta competente y fuerte; para ello, el terapeuta necesita que se le diga lo que está haciendo bien, que se le reafirme y se le empodere a través del reconocimiento y amplificación de sus éxitos. Otra cosa que necesita el terapeuta es ser escuchado, ya que sólo él es el experto en el conocimiento de sus habilidades, su vida y su experiencia. El supervisor mientras tanto, debe escuchar con curiosidad y respeto (Butle y Powers, 1996).

Lo anterior, obliga a considerar tres aspectos importantes durante la supervisión: las expectativas y necesidades anticipadas del terapeuta, la aproximación teórica del supervisor y el modelo que utiliza el terapeuta; lo que va a requerir el desarrollo de una actitud isomórfica en la relación supervisor - terapeuta basada en la compenetración de roles, y donde se asuma que el terapeuta posee la fortaleza, las habilidades y los recursos para resolver una queja y lograr las metas, mientras tanto, el supervisor define con el terapeuta dichas metas, la dirección y las opciones, con el fin de construir una experiencia participativa dentro de un ambiente de consenso y de equipo (Butle y Powers, 1996).

## **2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN**

Otra de las habilidades desarrolladas dentro de la residencia en Terapia Familiar fue aplicar e implementar dos proyectos de investigación, uno de corte cuantitativo y otro de corte cualitativo sobre problemas o necesidades presentes en la comunidad. En este apartado se presenta un resumen de ambas investigaciones, cuyo tema central fueron los adolescentes y la percepción que tenían de su ambiente familiar. La investigación cuantitativa se basó en la elaboración de un instrumento que pudiera discriminar los factores que subyacen en la estructura familiar que perciben los adolescentes, de aquellos propuestos por el Modelo Estructural de Minuchin (1974). La investigación cualitativa por su parte, tuvo como propósito conocer ese mismo entorno desde una perspectiva fenomenológica, es decir, a través de la interpretación del relato que un grupo de mujeres adolescentes hizo de su vida en familia, tomando en cuenta las *unidades de significado o indicadores de sentido* que surgieron de su narrativa y que mostraron aspectos más subjetivos y personales.

### **2.1. REPORTE DE UNA INVESTIGACIÓN CON METODOLOGÍA CUANTITATIVA.**

#### **“EXPLORACIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR EN MUJERES ADOLESCENTES”**

##### ***Resumen***

Una de las transformaciones que ocurren como resultado del ciclo vital de la familia es el periodo de la adolescencia, debido a que los cambios experimentados por el adolescente impactan de manera específica en la dinámica familiar. Así mismo, las funciones y cambios al interior del sistema familiar, aunado a factores externos estresantes o no, influyen en la conducta del adolescente, alterando la organización y la estructura total de la familia. El proyecto titulado “Exploración de la Estructura Familiar en mujeres adolescentes”, tuvo como propósito, elaborar un instrumento que permitiera explorar la estructura de las familias con hijos adolescentes, de tal forma que fuera posible conocer cómo están constituidas y su funcionamiento tal como el adolescente lo percibe. Fue un estudio exploratorio, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 200 adolescentes. El rango de edad fue de 12 a 20 años. La validez de

constructo, se llevó a cabo mediante el análisis factorial, que arrojó cinco factores. El primero de ellos describió aspectos de la *dinámica familiar*. El segundo factor mostró las *funciones tradicionales del rol paterno*. En el factor tres, se describieron *la interacción entre el subsistema fraterno y el parental*. El factor cuatro mostró las *alianzas y coaliciones transgeneracionales*. Por último, en el factor cinco, se hicieron evidentes las *funciones parentales centradas, tradicionalmente en el rol materno*. El instrumento quedó constituido por 79 reactivos tipo Likert.

### ***Introducción***

El instrumento se apoyó en los conceptos que subyacen a la Teoría de Sistemas (Bertalanffy, 1968), y particularmente, en el modelo Estructural creado por Salvador Minuchin y Fischman (1984). La Teoría de Sistemas, describe la relación e interacción adolescente–familia, como un sistema abierto, cuyos elementos o miembros se mantienen en constante interacción, afectándose unos a otros, es decir, que la conducta de un individuo estará determinada por la de las personas que lo rodean y a su vez, la forma de comportamiento de una persona, determinará la conducta de los demás en relación a él. Desde el enfoque sistémico, el adolescente es un subsistema que forma parte de otro sistema mayor, es decir, la familia y sólo puede ser entendido en su interacción con los otros miembros. Así mismo, la etapa de la adolescencia se entiende como un periodo donde convergen factores bio-psico-sociales (Estrada y Salinas, 1990), integrados en un todo o una entidad, con niveles propios de organización consigo misma y con el mundo que la rodea a través de estímulos reales (Sánchez, 2000).

Por otro lado, el Modelo Estructural creado por Salvador Minuchin (1984), representa un cuerpo de teorías y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. La terapia basada en este marco de referencia, intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo; como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo. De los factores que Minuchin considera importantes para analizar la estructura familiar se retomaron, en esta investigación: *las jerarquías, los roles, los límites, la centralidad y los vínculos*. Los alcances de este estudio a nivel general, da a conocer los cambios que se están gestando al interior de las familias en México, a la luz de las transformaciones sociales, políticas y culturales que vive nuestro país, y a nivel particular, proporciona información sobre la forma

en que el adolescente percibe su ambiente familiar y que puede ser utilizada en el trabajo terapéutico individual o en familia.

### ***Método***

Se identificaron cinco constructos que definieran la estructura y funcionamiento familiar, de acuerdo al Modelo Estructural de la Terapia Familiar Sistémica y que fueran excluyentes entre sí. El instrumento estuvo compuesto por 105 reactivos tipo likert. Se sometió a prueba piloto en dos etapas para conocer la claridad de los reactivos.

### ***Resultados***

#### ***Validez Teórica***

Para obtener la validez teórica del instrumento se utilizó la técnica de jueces. Se aplicó la técnica Q Sort. Posteriormente, se obtuvo la media de frecuencias para determinar cuántos y cuáles fueron los reactivos con el mayor número de acuerdo de jueces, obteniendo un porcentaje de 55% a 61% de acuerdo entre jueces; lo anterior significa que en más de la mitad de los reactivos los jueces estuvieron de acuerdo.

#### ***Discriminabilidad***

El objetivo de esta fase fue determinar el poder discriminativo de los reactivos del instrumento. Para lo cual, el instrumento se aplicó a una muestra de 200 adolescentes del sexo femenino; el 74% estaban cursando el nivel medio y el 26% el bachillerato. El rango de edad fue de 12 a 16 años para las estudiantes de secundaria, y de 15 a 20 para las alumnas que estaban cursando el nivel medio superior, en dos escuelas públicas del D.F. Una vez aplicado el instrumento, se elaboró una base de datos con las respuestas a cada uno de los reactivos de las 200 participantes y de las variables sociodemográficas. En la tabla 1 se muestra la distribución de los resultados de dichas variables.

**Tabla 1. Frecuencias de las Variables Sociodemográficas.**

GRUPO				ESTADO CIVIL PAPÁ			
Validez		Frec.	%	Validez	Desconocido	20	10
	1° Secundaria	56	28		Casado	141	70.5
	2° Secundaria	47	23.5		Divorciado	13	6.5
	3° Secundaria	45	22.5		Separado	8	4
	2° Preparatoria	6	3		Unión Libre	14	7
	3° Preparatoria	46	23		Soltero	4	2
	Total	200	100		Total	200	100
Missing	System	2		Missing	System	2	
Total		202		Total		202	
EDAD				EDO. CIVIL MAMÁ			
Validez		Frec.	%	Validez	Desconocido	7	3.5
	12	28	14		Casado	141	70.5
	13	54	27		Divorciado	12	6
	14	48	24		Viudo	2	1
	15	17	8.5		Separado	10	5
	16	3	1.5		Unión Libre	17	8.5
	17	30	15		Soltero	11	5.5
	18	18	9		Total	200	100
	19	1	0.5		Missing	System	2
	20	1	0.5		Total		202
Missing	System	2					
Total		202					
OCUPACIÓN PAPÁ				SOSTÉN			
Validez		Frec.	%	Validez	Desconocido	2	1
	Oficio	71	35.5		Papá	100	50
	Empleados	59	29.5		Mamá	24	12
	Comerciante	22	11		Ambos	62	31
	Profesionista	17	8.5		Abuelos	2	1
	Desconocido	31	15.5		Tíos	3	1.5
Missing	System	2		Otros	7	3.5	
Total		202		Total	200	100	
				Missing	System	2	
				Total		202	

Posteriormente, se determinó la normalidad de la distribución de respuestas mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov, se obtuvo una calificación  $Z = .959$  que permitió concluir que la distribución fue normal. Se sometió a prueba la capacidad de discriminar de los reactivos mediante la comparación de las respuestas de las participantes en el primer cuartil contra las de los del último cuartil, con la prueba t de student. De los 107 reactivos que constituían el instrumento, 22 de ellos no produjeron diferencia entre el grupo alto y el bajo, por lo que se eliminaron de los análisis posteriores.

### ***Validez Factorial***

Para observar la estructura factorial de la prueba se realizó un Análisis Factorial sobre 85 reactivos que mostraron capacidad discriminativa. Los resultados arrojaron una estructura factorial compuesta por 5 factores que explican el 37% de la varianza. Los tres primeros factores explican cada uno, una varianza del 8%; el cuarto y quinto factor del 7% y 5% respectivamente, resultando así una varianza acumulada de 37%. Así también se determinó la consistencia interna de la prueba mediante el *Alfa de Cronbach*. En la tabla 2 se presentan el valor Eigenvalues y el porcentaje de la varianza explicada. Se aceptaron cargas iguales o mayores que 0.300

### ***Consistencia interna***

En la tabla 2, también aparece el valor de las *Alfas de Cronbach*, superiores a .80, con excepción del factor 5 que fue de .76, tomando en cuenta que es un estudio inicial, este factor sólo contiene 8 reactivos.

**Tabla 2. Porcentaje de varianza explicada por el análisis factorial y Alfa de Cronbach.**

No. de Factor	Nombre del Factor	% de varianza explicada	% de varianza acumulada	No. de reactivos	Alfa Cronbach
1	Estructura familiar	8.322	8.322	21	.86
2	Jerarquía y autoridad	8.146	16.468	17	.90
3	Interacciones entre los subsistemas parental y fraterno	8.028	24.495	18	.88
4	Alianzas y coaliciones transgeneracionales	7.099	31.594	15	.82
5	Centralidad y vínculos	5.017	36.611	8	.76
	<b>TOTAL</b>			85	.86

A través de la prueba *KMO* se pudo obtener un coeficiente de comunalidad igual a .76, el cual indica una alta correlación entre los reactivos. La prueba quedó constituida por 79 reactivos agrupados en 5 factores (ver “Factores” en apéndice B1 a B4).

- **Factor 1. Estructura familiar en etapa adolescente.** Constituido por 21 reactivos, que se caracterizan por las pautas de interacción propias de la etapa del ciclo vital de las familias con hijos adolescentes.
- **Factor 2. Subsistema parental, centrado en el rol paterno con las funciones de jerarquía y autoridad.** Constituido por 17 reactivos y muestran pautas para establecer los límites y reglas familiares.
- **Factor 3. Pautas interaccionales entre los subsistemas parental y fraterno.** Constituido por 18 reactivos, que marcan la interacción entre padres e hijos y entre hermanos.
- **Factor 4. Alianzas y coaliciones transgeneracionales.** Constituido por 15 reactivos, que presenta la formación de vínculos entre padres e hijos que generan triangulaciones.
- **Factor 5. Subsistema parental, centrado en el rol materno y representa la centralidad en función del afecto.** Constituido por 8 reactivos, que representan los lazos afectivos de la madre hacia los hijos.

## ***Discusión***

El instrumento: “Exploración de la Estructura Familiar en mujeres adolescentes”, no sólo fue capaz de discriminar los factores que subyacen en la estructura familiar (*roles, vínculos, jerarquía, límites y centralidad*) de acuerdo con el modelo desarrollado por Minuchin (1974), sino que permitió observar algunos cambios que estos mismos factores han sufrido y que caracterizan a la sociedad actual, donde las familias se enfrentan a una adaptación, transición y/o modificación de los roles tradicionales. Esto permitió observar cierto contraste entre la teoría y la realidad que perciben los adolescentes, de la dinámica y funcionamiento al interior de su familia.

De acuerdo con los resultados que arrojó el instrumento, la *estructura familiar* se caracteriza por las pautas de interacción propias de la etapa del ciclo vital de las familias con hijos adolescentes las cuales, a su vez, giran alrededor de los roles o funciones que cada miembro desempeña, así como los límites al interior de cada subsistema (Minuchin, 1974).

Lo que se pudo observar con la muestra con la que se trabajó fue que cuando estos factores no están bien definidos o aparecen difusos o poco claros, la transgresión de normas y límites familiares se hacen más evidentes, y alteran la dinámica familiar (Haley, 2003).

La jerarquía, representa el rol o funciones que cada miembro desempeña según el género y la edad o el nivel generacional (Minuchin y Fischman, 1984). El instrumento también pudo discriminar el nivel jerárquico pero lo relacionó con el rol proveedor del padre y su autoridad en la aplicación de reglas y normas claras.

En el caso de esta muestra, el rol proveedor del padre, fue compartido por ambos progenitores, lo cual evidencia la participación laboral, activa de la madre fuera de casa. De la misma manera se observó que el padre, ahora desarrolla funciones de maternaje delegadas tradicionalmente a la madre como son: actividades de cuidado y crianza. Dentro de estas actividades se observó en algunos padres, su interés por estrechar los vínculos afectivos con sus hijos y cooperar en las tareas domésticas, pero en menor proporción que las madres.

La Centralidad, según Minuchin (1974) es el significado que los miembros tienen por su participación y poder de convocatoria dentro de la familia. El instrumento no sólo fue capaz de discriminar este constructo, sino que lo relacionó con el rol de maternaje, sobre todo en la expresión de afectos.

Los Vínculos están constituidos por las alianzas y coaliciones entre subsistemas (Minuchin y Fischman, 1984). El instrumento fue capaz de discriminar este constructo y su

relación con los límites; cuando éstos últimos no son claros o definidos, se corre el riesgo de que se generen coaliciones y triangulaciones entre algunos miembros, sobre todo entre los esposos, es decir, algún progenitor colude en contra del otro a través de los hijos o en su defecto, mostrando favoritismo por alguno de los hijos. De acuerdo con lo observado en esta muestra de adolescentes, fue evidente la falta de límites. Sobre todo dentro del sistema parental y conyugal, lo que provocó coaliciones entre la pareja y donde las adolescentes se percibían trianguladas.

En cuanto a la constitución familiar de acuerdo con el número de miembros, se evidenció un gran número de familias con un solo progenitor (la madre principalmente) que fungía como proveedora, al mismo tiempo que desempeñando funciones de crianza. Esto habla de los cambios socioculturales, que han repercutido y afectado el entorno familiar normalizando los hogares uniparentales en contra del prototipo de familia tradicional, compuesta por el padre, la madre y los hijos.

En conclusión, el instrumento “Exploración de la estructura familiar en mujeres adolescentes” es una herramienta que proporciona importantes elementos cuantitativos y cualitativos del funcionamiento de la dinámica familiar, de acuerdo a los parámetros de evaluación que propone el modelo Estructural creado por Minuchin (1974).

En cuanto a las sugerencias para futuras investigaciones, se considera la necesidad de aplicar este instrumento a una muestra de adolescentes varones para comparar la percepción que éstos tienen de la estructura de su familia, en función del género. Otro aspecto de importancia clínica, es la posibilidad de aplicar este instrumento en grupos de adolescentes que muestren algún tipo de trastorno, como la anorexia o bulimia, con el fin de determinar la capacidad discriminatoria del instrumento y observar las semejanzas o diferencias que existe en la constitución o estructura familiar de dichas muestras.

## **2.2. REPORTE DE UNA INVESTIGACIÓN CON METODOLOGÍA CUALITATIVA.**

### ***Introducción***

El proyecto de investigación cualitativo titulado “La familia, desde la mirada del adolescente”. Tuvo como propósito, conocer la percepción que los adolescentes tenían de su familia, con esto se hace referencia a cómo concibe el adolescente su vida en familia; la forma de

conducirse y adaptarse a ese ambiente, a los eventos que dentro de él se presentan y la percepción que el adolescente tiene de los otros miembros, en cuanto a la relación que establecen con él.

La oportunidad de trabajar con familias, durante la maestría permitió entender la desorientación, la pérdida de control y la inquietud, que los padres sienten cuando comentan que sus hijos han cambiado o no son los mismos, a pesar de que los siguen tratando igual.

Eso se debe a que ignoran que es precisamente, el intento de mantener la homeostasis lo que coadyuva a la crisis. Con homeostasis se hace referencia al deseo de los padres por mantener la estabilidad familiar, adoptando con sus hijos adolescentes, los mismos patrones de educación que han utilizado siempre o esperando que sus hijos se comporten como cuando eran pequeños, sin darse cuenta que las soluciones que utilizan una y otra vez para arreglar sus conflictos y que no logran su cometido, se vuelven el problema, creando caos y crisis en el sistema familiar.

El enfoque fenomenológico, que guió esta investigación cualitativa, basa sus principios en la interpretación, explicación y comprensión, en este caso de los relatos que el adolescente hace de su vida en familia, a través de un cuestionario con preguntas abiertas (ver apéndice C, para “El relato de mi vida en familia”), con el fin de conocer, analizar e interpretar la información que el adolescente proporcionó, desde su individualidad y mismidad.

Esta investigación cualitativa es humanista, está fincada en una concepción holística del ser humano, que lo considera un ser que funciona y se desarrolla como un todo integrado, complejo y multideterminado, pero con voluntad propia, al mismo tiempo, creador de su propia realidad y conocimiento, capaz de influir y transformar su entorno (Merino, 1996).

Es un estudio exploratorio – descriptivo e interpretativo, basado en el análisis de los relatos de vida en familia, a través de un cuestionario con preguntas abiertas destinadas a comprender la percepción que el adolescente tiene de la dinámica de su familia.

La muestra fue propositiva, compuesta por 10 alumnas de tercero de secundaria, de 14 años de edad, que estudiaban en una escuela pública al poniente del D.F.

El análisis cualitativo se hizo a partir de varias lecturas y discusiones trianguladas de los relatos, con el fin de asegurar el consenso en el procedimiento y en la interpretación.

Coincidiendo con el modelo fenomenológico, se identificaron los *indicadores de sentido*, y se configuraron las categorías, que representaron la parte central o significativa de los relatos de vida. En la fase de interpretación, las unidades de sentido fueron clasificadas y configuradas en dos grandes zonas de sentido o metacategorías. La primera denominada *Configuración familiar* y la segunda, *Estructura familiar*. En el apéndice D aparece un ejemplo de la forma en que se llevó a cabo el análisis cualitativo y en el apéndice E1 a E4 aparecen los “Cuadros de las Categorías” que se obtuvieron. A continuación se describe cada una de estas dos grandes zonas y lo que representan de acuerdo con su contenido.

### **Configuración familiar**

Representa el tipo de familia de acuerdo con su constitución, parentesco y número de miembros. Dentro de esta metacategoría se agruparon las siguientes categorías: *Etapa del ciclo vital* y *tipo de familia*.

#### **a) Etapa del Ciclo de vida de la familia**

El resultado del análisis cualitativo permitió comprender a la adolescencia como una etapa de crisis y ajuste por la que atraviesan la mayor parte de las familias con hijos adolescentes y que tiene importantes repercusiones en la dinámica familiar. El modo de enfrentarla dependerá, por un lado, de la flexibilidad y el grado de involucramiento que muestran los miembros (Epstein 1978 y Minuchin, 1974), así como de la presencia de factores externos e internos que pueden influir o afectar la dinámica familiar como: divorcio, desempleo, adicciones, alcoholismo, ausencia del padre o de la madre por diversos motivos: laborales, problemas de salud o muerte y cambios de residencia, entre otros.

#### **b) Tipo de familia**

Las familias de la muestra estaban constituidas principalmente de dos maneras: por un solo progenitor, (*uniparentales*) o por familias de dos o más generaciones, que incluían a los abuelos y tíos, (*familias extensas*). En aquellos casos en los que sólo la madre o el padre se hacían cargo del hogar, las chicas se mostraron significativamente más vulnerables a sensaciones de soledad y sentimientos de tristeza. Las *familias extensas*, se convirtieron en *familia soporte*, desarrollando funciones de crianza, de apoyo, orientación y cuidado, pero en algunos casos, estas

situaciones provocaban que los roles y los límites entre las familias o entre sus miembros se volvieran difusos, alterando las normas y reglas entre ellos.

### **Estructura familiar**

Desde el modelo Estructural de Minuchin (1974), la estructura familiar está constituida por un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la interacción de los miembros de una familia y ésta opera a través de pautas transaccionales (transacciones repetidas) que apuntalan el sistema familiar. Dentro de esta metacategoría se agruparon: el *subsistema parental, conyugal, fraterno* y el *subsistema externo formado por la familia extensa*. Éstas categorías a su vez, tuvieron estrecha relación con: *el nivel jerárquico, los roles y límites* al interior de cada subsistema.

#### **a) Nivel jerárquico funciones y límites**

El nivel jerárquico que está constituido por las obligaciones y responsabilidades que cada miembro tiene de acuerdo con la generación a la que pertenece, su edad, sexo y funciones, se hacía más claro en aquellos hogares donde las *normas*, reglas y métodos disciplinarios eran evidentes y sus roles estaban bien definidos. En estos casos, los límites, cuya función es proteger la diferenciación de los subsistemas y de las funciones que cada miembro realiza sin la influencia de otros subsistemas, también eran claros y bien delineados (Minuchin, 1974).

Esa percepción de un orden familiar, generaba en las adolescentes una peculiar percepción del interés y atención que sus padres les tenían y por lo consiguiente, era más fuerte su sentido de pertenencia al sistema familiar. Por el contrario, en aquellos casos en donde las reglas y normas no eran claras o simplemente no existían y las funciones no aparecían bien definidas, automáticamente los límites entre los subsistemas se hacían rígidos o difusos y se veía alterado el nivel jerárquico entre los subsistemas, generando una percepción de abandono o no pertenencia al grupo. Esto se vio reflejado principalmente, en aquellos casos donde ambos progenitores trabajaban fuera de casa o donde los padres de la adolescente estaban separados, divorciados, o tenían problemas de alcoholismo; estos eventos desestabilizadores afectaban no solo la relación que los padres tenían entre ellos, sino con los otros miembros, debido a las coaliciones entre cónyuges que orillaban a las adolescentes, o a otros miembros a coludirse con el progenitor que representaba el rol de víctima.

En algunos casos de familias uniparentales, la ausencia de la madre, por cuestiones laborales, no generó en las adolescentes percepción de abandono, debido a los vínculos afectivos establecidos entre la madre y las hijas, lo que favorecía la dinámica dentro del subsistema. Esto también se vio reflejado en los casos en donde los padres de la adolescente vivían juntos, las normas y reglas eran acordadas por la pareja, pero sobre todo, cuando los lazos afectivos entre los miembros se hacían evidentes.

#### **b) Roles**

Los roles son las funciones que realizan los miembros de acuerdo al subsistema al que pertenecen y el papel jerárquico que representan (Minuchin, 1974). En un gran número de los casos la función proveedora estuvo repartida entre el padre y la madre o sólo en ésta última. En los casos de familias uniparentales, que en su mayoría estaban compuestas de la madre y sus hijos. En otros casos, las hijas realizaban funciones de crianza, es decir, se hacían cargo de otros miembros menores, experimentando sentimientos de agobio y sobrecarga en sus funciones. En otros casos, la función de crianza era realizada por los abuelos o tíos (familia extensa), lo que les permitía tener un nivel jerárquico dentro de esa familia y volvía permeables los límites entre subsistemas, lo que en algunos casos facilitó, pero en otros afectó los vínculos entre sus miembros.

#### **c) Centralidad**

Se define como el grado de participación o involucramiento que un miembro tiene dentro del sistema. En la mayor parte de los casos analizados, la madre fue percibida por las adolescentes como elemento central, por su grado de involucramiento afectivo o por su papel de proveedora. En otros, por el contrario, la centralidad de la madre se vio reflejada en la necesidad de su presencia en casa, y la falta de atención y afecto que algunas de las adolescentes resintieron.

#### **d) Relaciones interpersonales**

Las familias en donde los roles y límites fueron claros, las relaciones interpersonales o de afecto fueron percibidas por las adolescentes como regulares o normales, lo que facilitó las alianzas entre subsistemas, la aceptación entre los miembros y el sentido de pertenencia al grupo

familiar. En aquellos casos donde la sensación de abandono por parte de la madre se hacía evidente, las relaciones de afecto se vieron vulneradas. Hubo casos en donde la necesidad de afecto y atención fueron cubiertas por los abuelos, tíos o pares de las adolescentes. Estos miembros del grupo, sirvieron no sólo de soporte y apoyo afectivo a las adolescentes sino como un medio de identificación. En otros casos, los límites difusos o muy permeables entorpecían las relaciones afectivas entre los miembros, ante la percepción de involucramiento excesivo o de aglutinamiento, lo que generaba coaliciones entre ellos.

### *Discusión*

Partiendo del objetivo central de esta investigación relacionado con explorar, conocer y comprender la percepción que el adolescente tiene del contexto familiar en el que se desarrolla. Se puede decir que el cuestionario con preguntas abiertas, resultó ser una técnica sencilla, económica, práctica de utilizar y analizar cualitativamente, así como capaz de arrojar valiosa información del sistema familiar tal como lo percibe el adolescente. Lo anterior se vio reflejado al constatar que las adolescentes relataron su vida en familia, tomando en cuenta los factores primordiales de la estructura familiar, de acuerdo con el modelo estructural.

En el caso de los *vínculos*, Minuchin los define como las pautas de interacción que se establecen entre los miembros y que da lugar a alianzas y coaliciones; sin considerar la carga afectiva que estos conllevan. En esta investigación, sin embargo, los vínculos pusieron de manifiesto las relaciones interpersonales o afectivas que las adolescentes percibían dentro de su familia, constituyendo una más de las categorías del estudio.

Otro aspecto que se observó dentro de este estudio, fue el prototipo de familia ideal, que cultural y socialmente se le asigna al formado por el padre, la madre y los hijos. En esta muestra se pudo descubrir que muchas familias uniparentales, formadas específicamente por la madre y los hijos, mostraron una estructura familiar sólida y estable, gracias a los fuertes lazos afectivos entre sus miembros. Lo mismo sucedió con las familias extensas, formadas por miembros de dos o más generaciones, donde los límites se hacían claros y las relaciones interpersonales o afectivas eran evidentes y que representaron una gran fuente de apoyo para las adolescentes.

Es importante hacer notar, que si bien el estudio sólo se concretó a conocer la percepción que las adolescentes tenían de su familia, la dinámica dentro de ésta y las relaciones afectivas entre sus miembros, el análisis cualitativo dejó al descubierto aspectos que repercutieron tanto en

su salud como en el sentido y desarrollo de su identidad. Por ejemplo, las adolescentes cuya relación con la madre parecía lejana o ausente, en la mayoría de los casos por el trabajo fuera de casa o por enfermedad, se percibieron más vulnerables ante la percepción de abandono, falta de interés y atención. En algunos casos se hicieron evidentes señales de temor, inseguridad, desconfianza, sobre todo hacia nuevas relaciones o nuevos retos, como terminar la secundaria. En otro de los casos, la angustia de la adolescente derivó en síntomas psicósomáticos como: dolores de cabeza y colitis nerviosa.

Todo lo anterior demuestra que el relato de vida y su interpretación cualitativa, facilita la expresión libre de las ideas, pensamientos y sentimientos, que puede ser útil en el trabajo terapéutico con adolescentes y sus familias.

Queda abierta la propuesta de trabajar muestras de adolescentes varones que permitan comparar la percepción que tienen de su familia de acuerdo al género. Se propone trabajar con muestras clínicas que pongan al descubierto diferencias en cuanto a los factores que subyacen en su estructura familiar o la dinámica de la familia, de acuerdo con el grado de involucramiento de sus miembros y la flexibilidad para adaptarse a los eventos desestabilizadores.

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

#### **3.1. PRODUCTOS TECNOLÓGICOS.**

Otra área más de aprendizaje en la residencia, fue el diseño y desarrollo de herramientas necesarias para elaborar videos y folletos con el fin de difundir, enseñar o intervenir en la solución o prevención de problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario. A continuación se hace una breve descripción de cada uno de ellos, su contenido y el objetivo que persiguieron.

### **3.1.1. VIDEO DIDÁCTICO DEL MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN LOS PROBLEMAS.**

Para apoyar en la enseñanza de las técnicas del Modelo de Terapia Breve centrado en los Problemas se realizó un video en donde se ejemplificaron cinco momentos del proceso terapéutico llevado a cabo con Belén en relación con la dependencia emocional y el duelo que provocó la ruptura de su relación con David; las cuales en su conjunto, le hacían experimentar sentimientos de fracaso, de pérdida y baja autoestima. Este video permite entender cómo es que se elige trabajar con dichas técnicas, el momento y el efecto de su aplicación.

El video tiene una duración, promedio de 20 minutos. Inicia con una introducción del modelo teórico sistémico que subyace a la Terapia Breve, así como los conceptos y principios de los que se apoya. La presentación del video inicia con el procedimiento terapéutico que incluye a su vez:

- **Obtención de información.**- En este apartado se incluye el motivo de consulta y el familiograma.
- **Los antecedentes del caso.**- Aquí se presenta información relevante de la entrevista inicial y la postura del cliente hacia el problema.
- **La planificación del caso.**- Consiste en definir el problema y establecer los objetivos y la meta terapéutica.
- **Las intervenciones realizadas.**- Se presentan las estrategias utilizadas en cinco de las 10 sesiones que fueron clave para el éxito del proceso terapéutico y que se muestran a continuación:

#### **CUARTA SESIÓN**

- **Prescripción del Síntoma.**- Se coloca a la persona en una situación paradójica de tener que realizar, voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable (Nardone y Watzlawick, 1990).

#### **SÉPTIMA SESIÓN**

- **Aliento de la recaída.**- Si una persona es demasiado cooperadora y mejora con demasiada rapidez es probable que tenga una recaída y se sienta desilusionado con la

terapia, por lo que se acepta la mejoría, pero se prescribe la recaída para obligar al paciente a resistir en caso de que ésta se presente y seguir mejorando (Haley, 1976).

- **Reestructuración.-** Se ofrece una explicación diferente de la realidad que percibe el paciente, sin cambiar el significado de las cosas, pero sí su estructura (Nardone y Watzlawick, 1990).
- **Ir más despacio.-** Esta técnica puede utilizarse cuando se han visto mejorías repentinas en el cliente después de una intervención concreta (Fisch, Weakland y Seagal, 1994).

### OCTAVA SESIÓN

- **Uso del lenguaje metafórico.-** Permite formas indirectas de proyección e identificación (Nardone y Watzlawick, 1990).
- **Ampliación de una desviación.-** Buscar un cambio pequeño y entonces ampliarlo (Haley, 1976).
- **La Escenificación.-** El terapeuta intenta que la familia o la persona interactúe en su presencia proponiendo modalidades diferentes de interacción o de esperanza en el futuro (Minuchin y Fischman, 1984).

### NOVENA SESIÓN

- **Énfasis en lo positivo.-** Cada persona alberga un deseo natural de crecimiento y coopera más si uno destaca lo positivo. Se redefine como positivo lo que la gente hace. Se trata de encontrar en las dificultades algún aspecto que se pueda aprovechar para mejorar el funcionamiento de una persona o su familia (Haley, 1989).
- **Desde el modelo de Soluciones.** Explorar los recursos y capacidades de paciente para realizar cambios adicionales. Centrarse en las fortalezas y recursos (O'Hanlon y Weiner, 1989).

## DÉCIMA SESIÓN Y CIERRE

- **Evaluación de los cambios.**- Se hace un análisis u observación de los avances que se han llevado a cabo a través de las declaraciones del cliente (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989).
- **Equipo reflexivo.**- Grupo de terapeutas que expresan de manera individual sugerencias o puntos de vista en relación con la situación del paciente. El objetivo es ofrecer diferentes percepciones sobre el problema que aqueja al paciente (Andersen, 1994).

Cabe señalar que técnicas como la *escenificación*, *el equipo reflexivo* y *la ampliación de los recursos* no forman parte de las técnicas desarrolladas por el modelo de Terapia Breve, sin embargo fueron útiles sobre todo para terminar de elaborar el duelo por la pérdida, así como para devolverle a Belén a través de las diferentes voces del equipo reflexivo, los cambios observados en ella al final del proceso. Finalmente el modelo de soluciones, ayudó a ampliar los recursos y fortalezas de Belén que la ayudarían a lograr las nuevas metas y objetivos que se propuso al cierre de proceso y que se pudieron comprobar a través del seguimiento que se hizo del caso, vía telefónica. Es importante reiterar que este caso se trabajó en coterapia y algunas de las estrategias fueron implementadas por el terapeuta Domingo Lorenzo miembro del grupo de la cuarta generación de la maestría en Terapia Familiar de la UNAM.

### **3.1.2. TRÍPTICO SOBRE VIOLENCIA.**

Durante el primer semestre y dentro de la asignatura: Teorías y Modelos, se abordó extensamente el tema de la violencia y las implicaciones que ésta tiene dentro del contexto sociocultural que rodea a las familias mexicanas y a la comunidad en general, por lo que se decidió elaborar un folleto o tríptico para difundir las implicaciones que generan las relaciones violentas y la forma de pararlas. (ver apéndice F para el tríptico: “¿Qué es la Violencia?”).

## **3.2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA.**

Otra área más de aprendizaje en la residencia, fue el diseño de programas y proyectos de salud comunitaria con los que se pudieran identificar o que ayudaran a resolver y prevenir problemas familiares y grupales.

### **3.2.1. TALLER: ¡S.O.S!... ¡TENGO UN ADOLESCENTE EN CASA!**

Se desarrolló y trabajó un taller para padres con hijos adolescente, cuya finalidad fue crear un espacio para reflexionar, sobre la forma en que los papás acostumbran relacionarse con sus hijos, al mismo tiempo que se les orientó y apoyó a encontrar formas alternativas de convivencia. No obstante este taller puede ser utilizado por todas aquellas personas (orientadores, profesores o asesores), que tengan contacto con adolescentes. La duración del taller es de 15 horas repartidas en cinco sesiones de tres horas cada una.

#### **Objetivo General**

Crear un espacio en donde todas aquellas personas que estén en contacto con adolescentes, reflexionen sobre la relación que mantienen con ellos y encuentren formas alternativas de convivencia.

#### **Justificación**

Las familias con hijos adolescentes enfrentan una etapa de múltiples cambios a los que ni los hijos, ni los progenitores están preparados. Muchos padres no cuentan con información necesaria para guiar y educar a sus hijos en esta etapa. Algunos otros, se sienten sorprendidos y desorientados ante los cambios de conducta que presentan sus adolescentes, se les dificulta hablar con ellos, no saben cómo tratarlos y cómo resolver los conflictos que se les presentan.

Por su lado, los adolescentes también experimentan diferentes cambios físicos y psicológicos que tienen un efecto no sólo en su conducta sino en el medio ambiente en el que se desenvuelven, como: su familia, la escuela, sus amigos, la cultura y la sociedad en general. Todos ellos en conjunto, inciden y tienen una gran influencia en su desarrollo, lo que hace

necesario modificar las reglas usuales de interacción entre el niño, ahora convertido en adolescente y el mundo que le rodea.

### **Metodología**

Los temas de este taller se basan en el desarrollo de recursos y estrategias de acuerdo con los conceptos que maneja el Modelo de Terapia Breve centrado en Soluciones (de Shazer, 1986) cuya finalidad es identificar las fortalezas que tienen las personas o que pueden desarrollar para resolver sus conflictos. Otro de los conceptos importantes, centrarse en las soluciones más que en los problemas. Identificar estrategias o habilidades que han dado resultados en algún momento para seguirlas poniendo en práctica; pero sobre todo, poner énfasis en el factor comunicación, del que incluso se retomó la Teoría pragmática de la Comunicación desarrollada por Watzlawick, Beavin y Jackson (1986), y de donde se deduce que la comunicación directa y clara permite resolver conflictos, mientras que la comunicación obscura e indirecta los origina y los empeora.

En la aplicación del taller se utilizó el *método por descubrimiento* en todos los temas que se desarrollaron, y se trabajaron principalmente recursos didácticos tales como: *dinámicas de grupos*, *dramatizaciones* y la técnica llamada *lluvia de ideas*. En cuanto al material de apoyo que se utilizó en la mayoría de las sesiones, se menciona el siguiente: pizarrón, hojas de rotafolio y material de trabajo como revistas, pegamento blanco, cartulinas y tijeras.

Para la realización del taller se elaboró un manual para los participantes, que incluyó una breve descripción del contenido de cada uno de los temas que se trabajaron en las sesiones, con la finalidad de que los participantes tuvieran la posibilidad de acceder a ellos previamente a cada sesión y pudieran aclarar sus dudas durante el taller. Así mismo se elaboró el manual del instructor en donde se especificaron tanto los temas como las dinámicas que se debían llevar a cabo en cada sesión. Se elaboró también una *hoja descriptiva* que sirvió de apoyo y guía para considerar los tiempos que requería cada dinámica y la exposición de los temas de cada sesión, en ella también se describieron los objetivos tanto de enseñanza, es decir los conceptos o factores que debían considerarse y señalarse en cada uno de los temas y los objetivos de aprendizaje, que tuvieron que ver con las dinámicas que se llevaron a cabo y sobre todo, su finalidad (ver apéndice G1 a G6 para la “Hoja descriptiva”).

## **Procedimiento**

El taller fue impartido por las psicóloga Ana Lilia Escalante Zamudio y la psicóloga María de Lourdes Soto Hernández. Este taller se impartió dentro de las instalaciones del Centro Comunitario Julián Mac Gregor, ubicado en la zona Sur del D.F., contando con el apoyo y colaboración de la jefa del Centro, la psicóloga Noemí Días Marroquí.

La difusión del taller se hizo en tres modalidades: 1) A través de carteles y volantes 2) A través de invitaciones personales en las escuelas y en la iglesia cercana al Centro y 3) Invitación vía telefónica a las mamás de los adolescentes que habían participado, anteriormente en alguna actividad dentro del Centro Comunitario, de acuerdo con una base de datos, proporcionada por la jefa del plantel.

Se contó con un máximo de 10 participantes, la mayoría eran madres de familia y sólo se contó con la presencia de un padre de familia. Por lo que de aquí en adelante nos referiremos a las mamás por ser mayoría en este taller.

Finalmente, se elaboró un formato de evaluación tanto del proceso del taller, la retroalimentación del grupo sobre el taller, así como la retroalimentación de las expositoras sobre el trabajo realizado como equipo y de manera individual. Los resultados de dicha evaluación se mencionan a continuación.

## **Resultados**

Algunas observaciones que se pueden mencionar sobre el grupo de mamás que participaron son las siguientes:

- Fue un grupo muy cooperativo.
- Con muchos deseos de mejorar la relación con sus hijos, buscando alternativas de solución y tratando de ponerlas en práctica.
- Abiertas a aceptar la retroalimentación de sus compañeras y devolverla.
- Respetuosas del pensar y sentir de sus compañeras.
- Un grupo muy participativo, con muchas herramientas y recursos tanto culturales, intelectuales, como personales.

En cuanto al desarrollo del taller y los temas que más impacto tuvieron en los participantes fueron:

- **“El Ciclo Vital de la familia”**.- En él se explicaron aquellos factores que favorecen las crisis familiares y acrecientan la culpa o la percepción de fracaso en los padres. Esto hizo que las participantes se sintieran validadas y comprendidas, al darse cuenta que no eran las únicas en sentirse así y que parte de los conflictos que ellas identificaban, estaban relacionados con otros factores (culturales, sociales y económicos), aunados a los que aparecían al interior de su familia como parte del ciclo vital.

- **“Buscando excepciones”**.- La actividad que se desarrolló durante la sesión (técnica del colage) tuvo un gran impacto en las participantes, al descubrir los recursos con los que contaban, pero que habían perdido de vista y ello les impedía practicarlos para mejorar la relación con sus hijos. Lo más significativo de la dinámica, es que esos recursos y habilidades fueron detectados, identificados y validados por sus compañeras del taller, a partir del collage que realizó cada una de las mamás y que representaba situaciones o eventos que disfrutaban de la relación con sus hijos. Los recursos y fortalezas personales de las que cada una hizo una descripción, les dio más seguridad y confianza de poderlos practicar en la relación con sus hijos ahora que los habían identificado.

- **“Cómo escuchar para que los adolescentes hablen.”** En esta sesión se combinaron actividades en grupo y exposición de temas, lo que les permitió a las mamás identificar la forma que ellas utilizaban para comunicarse o escuchar a sus hijos y formas alternativas de hacerlo a través de representaciones vivenciales. A partir de esta sesión se comenzaron a ver los cambios que las mamás pusieron en práctica las sesiones siguientes.

En relación a lo que aprendieron de manera general y considerando los factores que subyacen al modelo de Terapia Breve centrado en Soluciones, se obtuvo la siguiente información:

- Conocimientos y experiencias de las demás mamás.
- La comunicación como elemento fundamental para tener una buena relación con el adolescente. Aprender formas nuevas de comunicarse con sus hijos.
- Aprendieron a poner en práctica lo que sí les funcionaba.

- Ponerse en los zapatos del otro (en este caso sus hijos).
- El sentido del humor en la solución de los conflictos.
- Cambiar lo que no funciona.
- Saber escuchar.

En cuanto al trabajo en equipo y la retroalimentación que cada una de las expositoras hizo del trabajo de su compañera, se mencionan los siguientes:

- Respeto y consideración hacia la manera de pensar y sentir de cada una de las expositoras.
- Un reconocimiento y aprovechamiento de las habilidades y cualidades personales por parte de las expositoras y las que se fueron desarrollando en el proceso y transcurso del taller.
- Desarrollo de la flexibilidad para adaptarse a la idiosincrasia y manera de conducirse de cada una de ellas y ver más que obstáculos, elementos que enriquecieran el taller, pero que al mismo tiempo definieron el estilo y modo de ser de las expositoras.

### **Conclusiones**

En conclusión, se puede resumir que este taller cumple lo siguientes objetivos orientar, enseñar y apoyar a las mamás con hijos adolescentes en la utilización de los propios recursos y el desarrollo de nuevas habilidades, que les permitan tener una mejor convivencia con sus hijos con el fin de negociar y llegar a acuerdos que beneficien la dinámica familiar.

Este tipo de talleres pretende no sólo informar y orientar a la población en general sobre la importancia de atender tempranamente, incluso prevenir oportunamente, problemas comunes de la etapa adolescente. Sin embargo, la experiencia que se obtuvo al promover este taller, fue el interés y motivación que mostraron los directores(as), así como los(as) trabajadores(as) sociales de los planteles a los que se acudió para difundirlo, pero que se veía truncado al entrar en contacto con los adolescentes, quienes veían con reserva el beneficio del mismo, pero sobre todo, la dificultad de sus padres para asistir a él. Al sondear la dificultad que ellos observaban, los chicos mencionaron el horario de trabajo de ambos padres, pero sobre todo el de las madres. Ello permitió constatar que en este momento, el rol tradicional de la madre como ama de casa sólo se

mantiene como un mito o como una idea cultural y social, pero la realidad es otra, la mujer y su trabajo fuera de casa la convierten en la fuerza laboral número uno de muchos hogares mexicanos, sin dejar de realizar su faena doméstica como madre y proveedora.

Lo anterior habla de la vulnerabilidad en la que se encuentran ahora las familias mexicanas en donde la atención y cuidado que anteriormente recibían los hijos dentro del seno familiar, desaparece o es deficiente, debido a la necesidad que tienen los padres de obtener recursos económicos para mantener a la familia. Por ello, es importante promover, incluso instituir programas obligatorios para padres de familia dentro de las escuelas, que fomenten su participación a talleres, cursos o seminarios que los orienten, no sólo a saber cómo ser padres, sino cómo ser consigo mismos. Sin embargo esta no es una empresa fácil, ya que se requiere del apoyo y participación de diferentes sectores de la población como los de la educación, del gobierno, los sindicatos de trabajadores y los patrones, así como del sector salud, los padres de familia y los jóvenes, además de una legislatura que apoye y respalde la permanencia de dichos programas.

La labor del psicólogo familiar como parte del sector salud es prioritaria en cuanto a fomentar, promover y elaborar talleres de acuerdo a las necesidades y a los tiempos, pero sobre todo a las dificultades comunes que actualmente enfrentan las familias mexicanas, y que se han convertido en fenómenos sociales como: la drogadicción, el alcoholismo, los embarazos no deseados, el SIDA, la violencia intrafamiliar, etc.

Para finalizar esta parte del reporte es importante hacer notar que el aprendizaje que se obtiene en estos talleres irradia no sólo a los padres de familia sino al psicólogo que los imparte, ya que al estar en contacto con los padres y su experiencia, personal e individual, es imposible no involucrarse y volverse parte de ese grupo y recibir retroalimentación, por lo que estos talleres también pueden considerarse un instrumento para el crecimiento, intelectual, profesional y personal de los (as) instructores (as) ya sean maestros, psicólogos, trabajadores sociales, etc., quienes necesariamente se aventuran en una experiencia nueva y diferente cada vez y en la que los tropiezos y obstáculos se convierten en retos y desafíos en busca de soluciones.

### **3.3. PARTICIPACIÓN EN FOROS ACADÉMICOS.**

Una más de las actividades en las que el profesional de la residencia en Terapia Familiar debe participar, es la presentación de trabajos clínicos o proyectos de investigación en congresos o foros académicos. Esta actividad es importante por el valor curricular que representa, además de que le da al terapeuta la posibilidad de desenvolverse en escenarios académicos y compartir sus conocimientos con personas profesionales de áreas afines, que estén interesados en la atención e intervención con familias. Pero sobre todo, tendrá acceso a conocimientos y estará informado de los cambios o adelantos que se estén gestando y dando pie a nuevos enfoques y técnicas para trabajar con familias.

A continuación se presenta un listado de los congresos y eventos en los que se participó o asistió a lo largo de la formación.

<b>PONENTE EN FOROS ACADÉMICOS</b>	
Participación como ponente en el XII Congreso Mexicano de Psicología: “Avances en la Detección del Riesgo Suicida y otros problemas emocionales asociados a la adolescencia”. Sociedad Mexicana de Psicología A.C., Guanajuato, Gto.	Septiembre 22 - 24 de 2004
<b>Objetivo</b>	Explorar, a través de la autobiografía, las áreas del desarrollo adolescente y los problemas emocionales que pueden presentarse.
Participación en la II Jornada Clínica. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Residencia en Terapia Familiar. Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F.	14 de febrero de 2005
<b>Objetivo</b>	Analizar el uso de la psicoterapia sistémica individual a través de la aplicación del modelo de Terapia Breve centrada en los problemas, como proceso de intervención, en un caso.
Participación como profesora titular taller: “Análisis de Contenido a través del programa Ethnograph V 5.08”. Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza, Departamento de Desarrollos, UNAM. México, D.F.	Agosto 10 - 12 de 2005  20 horas
<b>Objetivo</b>	Manejo y uso del análisis de contenido como una técnica de investigación para analizar cualquier tipo de comunicación (verbal o escrita) de una manera objetiva, sistemática y el programa computacional Ethnograph v5.05 destinado a facilitar la recopilación de dicha información para su análisis cualitativo.
Ponente al XIII Congreso Mexicano de Psicología “La interfaz entre Formación y práctica profesional: El impacto social del psicólogo”, Acapulco, Gro.	Octubre 19 - 21 de 2005
<b>Objetivo</b>	Ejemplificar diferentes tipos de aplicación del enfoque sistémico, en el tratamiento individual y familiar. Para ello, se presentó en forma de video el proceso de intervención con terapia sistémica individual, en una mujer adulta con sintomatología depresiva y dificultades para el manejo de la separación conyugal, además de afrontar diversos eventos de vida estresantes.
Ponente en el Congreso Regional de La Sociedad como Interamericana de Psicología: “Retos de la teoría y la práctica de la psicología ante el desarrollo de los países de la región”. La Habana, Cuba.	Octubre 2 – 6 de 2006

<b>ASISTENTE EN FOROS ACADÉMICOS</b>	
Asistencia al curso “Consulta a Bases de Información Psicológica”. Coordinación del Programa de Atención a Alumnos, Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F.	11 – 13 de agosto, de 2004  10 horas
<b>Objetivo</b>	Obtener conocimientos y habilidades en el manejo de bases de información psicológica.
Asistente al Curso - Taller: “Revisión de Paradigmas en Psicopatología con Objetivos Diagnósticos y Terapéuticos”. Programa de Maestría en Psicología, Residencia en Terapia Familiar, Ciudad Universitaria, México, D. F.	Enero 10 - 18 de 2005  30 horas
<b>Objetivo</b>	Se hizo una revisión y estudio clínico de las características más comunes, de las diferentes patologías clínicas o de los trastornos psiquiátricos más comunes, con el fin de conocer los síntomas o rasgos que presentan cada una de ellas y poderlos evaluar, detectar y diagnosticar, en la intervención con las familias o los pacientes identificados.
Asistencia al curso: “Avances en Terapia Breve” a cargo del Instituto Mexicano de Terapias Breves, S. C., México, D. F.	Marzo 17 - 18 de 2005  10 horas
<b>Objetivo</b>	Observar el trabajo terapéutico que realizó el Dr. Hugo Hirsh con familias y parejas. Evaluar las técnicas y las estrategias de intervención desde una perspectiva sistémica – breve.
Asistencia al Seminario de Terapia Familiar “Psicoterapia Sistémica individual: Los rituales y los tiempos del tiempo”. Centro Milanés de Terapia Familiar, México, D. F.	Mayo 6 - 7 de 2005  20 horas
<b>Objetivo</b>	Análisis teórico – conceptual del tiempo en la terapia como un factor recursivo que no inicia con el presente o termina con el pasado, así también el pasado sólo puede ser modificado en el presente, “en el aquí y el ahora”.
Asistencia al Taller: “Nuevas reflexiones acerca de la Terapia Familiar”. Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia A.C. México, D. F.	5 y 6 de mayo de 2006  12 horas
<b>Objetivo</b>	Minuchin presentó una forma nueva de entender y hacer uso de la terapia Estructural con enfoque sistémico y exhortó a echar mano de la propia idiosincrasia o de la persona del terapeuta para lograr los objetivos deseados en el trabajo con familias. Concluyó que el modelo es sólo un manual de técnicas y estrategias, la labor y el objetivo del terapeuta es desarrollar las propias.

#### 4. CONSIDERACIONES ÉTICAS QUE EMERGEN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL.

Para analizar el tema, por de más controversial del compromiso profesional del psicólogo y las implicaciones éticas que ello genera, se puede empezar por analizar los artículos del propio Código de Ética Profesional para psicólogos y psicólogas o basta retomar temas como la eutanasia, el aborto, la infidelidad el género y analizar la responsabilidad y compromiso ético del terapeuta en ellos. Incluso se puede retomar el tema que para White (White y Epston, 1980) implicó una gran preocupación y que está relacionada con el quehacer político y social del psicólogo y el papel que a veces debe desarrollar como controlador social. A continuación se tratará de abordar el compromiso ético que detenta esta profesión desde todos esos aspectos, aunque por falta de tiempo y espacio se hará de manera breve, por lo que se sugiere consultar o hacer una revisión del Código de Ética Profesional para psicólogos y psicólogas.

Antes de iniciar este análisis se presenta un párrafo escrito por Rafael Aluni (2006), psicólogo transpersonal quien retoma un párrafo del American Psychologist de la Asociación Americana de Psicología esto en los Estados Unidos, y en México, en el Código Ético del Psicólogo y que representa la postura ética del psicólogo.

Así, antes de ser Psicólogo Transpersonal soy simplemente psicólogo y estoy gobernado por estas reglas: El psicólogo cree en la dignidad y en el valor del ser humano y lucha por la preservación y la protección de los derechos humanos. Está comprometido a incrementar el entendimiento del hombre, de sí mismo y otros. Mientras persigue este objetivo, protege el bienestar de cualquier persona que busque sus servicios o de cualquier sujeto, humano o animal, que sea su objeto de estudio. Él no usa su posición profesional o de relaciones ni permite, con su conocimiento, que sus servicios sean usados por otros para obtener objetivos no consistentes con estos valores. Mientras exige para su persona libertad de investigación y comunicación, acepta la responsabilidad que esta libertad le confiere; competencia donde se reclame, objetividad en el reporte de sus investigaciones y consideración a los mejores intereses de sus clientes, colegios, estudiantes, sujetos experimentales y de la sociedad (Aluni, 2006, párr. 1).

Después de esto, retoma algunos aspectos importantes que el psicólogo con ética debe considerar y que resume el contenido del Código de la Ética Profesional:

**a) La responsabilidad:** Acerca de ésta retoma la responsabilidad que conlleva el estar bien preparado y actualizado, así también comenta la responsabilidad de asumir las consecuencias de los actos realizados y asegurar un servicio apropiado a quien lo consulta.

**b) Competencia:** Habla de los estándares de calidad en el servicio que se presta. Sólo reconociendo las limitaciones de la propia competencia, tanto en lo teórico como en lo práctico, el psicólogo se mantendrá en un entrenamiento continuo, desarrollando habilidades y aprendiendo técnicas que lo califiquen e incrementen su experiencia.

**c) La moral y los estándares legales:** El psicólogo con un compromiso ético desarrolla sus propios códigos morales pero toma en cuenta los códigos sociales y los principios morales de sus clientes, y es consciente de que la violación a esos estándares, dañan no sólo al cliente que ha confiado en él, sino su propia persona y la reputación de su profesión.

**d) Acerca de la Publicidad:** Aluni (2006) opina que la actividad promocional del psicólogo permite que sus clientes hagan un juicio objetivo del psicólogo como persona y profesional, lo que implica proporcionar a los clientes la información que necesiten saber, acerca de lo que el psicólogo sabe o para lo que está preparado. El cliente por su parte tendrá la libertad de decidir si inician la relación que todo proceso terapéutico representa.

**e) Acerca de la Confidencialidad:** Este punto conlleva muchas implicaciones y controversias ya que si bien la confidencialidad del psicólogo está relacionada con guardar discreción y no violar ningún tipo de información confiada por los clientes, sin su consentimiento o de una instancia legal, es imposible dejar de cuestionar lo que sucede cuando en ello va la seguridad física o la vida del propio cliente o la de otros involucrados.

**f) Acerca de la Investigación con participantes humanos:** Este es otro punto que merece un análisis profundo, ya que la consideración principal de éste, se relaciona con una pregunta: cómo contribuir a la ciencia psicológica y al bienestar humano, haciendo uso al mismo tiempo de personas en la investigación, sin atentar contra su seguridad, ni de sus

derechos; así como tener conocimiento de los riesgos o beneficios que el estudio realmente puede proporcionarle.

Todos estos puntos ofrecen una idea clara de la ética en el servicio de la profesión, sin embargo hay otros aspectos, principalmente políticos y sociales que no están exentos de ser cuestionados. Desde el punto de vista del construccionista social, el sólo hecho de hacer juicios o confrontar la realidad del cliente se vuelve una forma de violación de sus derechos y por lo tanto del Código Ético, ya que para esta corriente, la percepción del mundo o de la realidad como cada quien la concibe, es un proceso colectivo y social, es decir, se lleva a cabo a través de la interacción con los otros y a partir del lenguaje. En este sentido el terapeuta contribuye y participa en la creación de nuevos significados o nuevas percepciones, sin embargo, no las impone al cliente. Esta idea lleva a reflexionar sobre la preocupación de autores como Foucault (1970) White y Epstein (1980) y Anderson (1999) entre otros, quienes hablan de la responsabilidad que conlleva el lenguaje y los discursos que se crean con él. Foucault opina que el secreto técnico o científico, la difusión del discurso médico o aquellos que se han apropiado del discurso político o económico, detentan el poder y pueden convertir el conocimiento en una arma. Al respecto, White presta también atención a las prácticas en las que una cultura o un grupo marginan a otro. Desde el punto de vista de la terapia, pugna por develar la naturaleza política de las interacciones locales y por *exteriorizar* los discursos interiorizados de las conversaciones terapéuticas que busquen *depolitizar* en vez de repolitizar. Esto hace referencia al papel social y político del psicólogo a quien se le cuestiona por un lado, el que se mantenga al margen de los eventos socioculturales que afectan a las familias o bien, desarrolle una postura de controlador social y crea saber lo que le conviene a las personas, sin considerar que es en el discurso y la interacción con el otro, donde se operan los cambios, las mejoras, pero también el fracaso y el quiebre del proceso terapéutico total. Al respecto, White opina que el conocimiento cultural puede terminar por constituirse en un factor de sujeción y es en el espacio creado en la terapia y la nueva distancia que las personas tienden a establecer con sus relatos, que se pueden construir narraciones alternativas. Esto ejemplifica el compromiso que para White implica el trabajo con familias y la importancia de ser mediador en los casos en que la seguridad e integridad física de los pacientes con los que se trabaja está en juego

Para Harlene Anderson, (1999) el papel del experto, refiriéndose al terapeuta que trabaja con familias, debe desarrollar la capacidad de aceptación hacia la realidad e historia de la familia, sin tratar de cambiarla, pero juntos intentar una nueva percepción de esa realidad. Habla así mismo de la *responsabilidad compartida* y donde el trabajo del terapeuta es impedir que entre él y su cliente se establezca una conversación desigual que sólo le reste responsabilidad a la persona que acude a consulta e incremente la percepción de expertés del terapeuta sobre la forma en que la gente debería de vivir. No obstante dentro de esta *responsabilidad moral* subyace la *responsabilidad hacia los propios actos* y la *responsabilidad sobre los otros*, específicamente sobre aquellos cuyos derechos fueron eclipsados o que sufren innecesariamente.

De aquí se entiende que la ética del psicólogo profesional debe ser examinada a la luz de los contextos en los que su trabajo se lleve a cabo y el tipo de normas morales, éticas e institucionales que persistan; a sí como de los modelos, enfoques y corrientes bajo los cuales realiza su trabajo. Por ejemplo, en el caso de *violencia doméstica*, los terapeutas centrados en soluciones creen que la responsabilidad está en la relación que establece cada pareja, pero eso no quiere decir que la responsabilidad en cuanto a la conducta violenta también sea de la víctima. Por lo tanto, el terapeuta no está en posibilidad de decir, si la pareja debe o no mantenerse unida, más bien trata de ayudar a que la pareja tome su propia decisión en cuanto a lo que sea mejor para ellos de manera individual o en pareja (Butler, y Powers, 1996).

Otra reflexión más y que merecería un capítulo completo, es el que implica las cuestiones de género, tema por demás complejo aún hoy en día y que aparece como un denominador común en los problemas que las familias reportadas en este trabajo trajeron a la terapia. Ese tema mueve a reflexionar también sobre la ética profesional del terapeuta en su trabajo con familias y lo que ello representa para la terapia familiar en general. Por cuestiones de espacio y de tiempo sólo se hará un breve estudio de género a partir del trabajo realizado en la formación como terapeuta familiar.

A partir de que se crea el llamado *movimiento feminista*, y donde surgen figuras como Peggy Papp, Olga Silverstein y Betty Carter (1991), toman gran relevancia las técnicas y teorías, a favor de la *igualdad de responsabilidades sobre los problemas*. Así también, evolucionaron los conceptos fundamentales en la terapia familiar, cuestionando la culpabilidad engendrada en las madres por los problemas existentes en los hijos, de acuerdo con el subjetivismo del psicoanálisis y sus teorías.

Lo que el movimiento feminista enfatizaba y hacia evidente en sus pacientes es que dejaran de ver como un problema clínico, el arquetipo familiar de un padre periférico y la madre involucrada, sino más bien como el resultado de un proceso filogenético formado desde hace años. Por ello, se le ayudó a las familias a examinar y reorganizar el cambio de estas reglas que mantenían y aún ahora, siguen manteniendo al hombre *arriba* de la mujer. En los casos trabajados en la maestría, este fenómeno se mantuvo constante en el sistema de creencias de las mujeres tratadas. Por ejemplo con Patricia, la idea de inutilidad y poca valía como madre, estaba fuertemente influenciada por las voces del pasado, por el sistema de creencias familiar basado en la idea de que la mujer sólo servía para los quehaceres domésticos y su voz no era tomada en cuenta. La búsqueda y la lucha por una autonomía y por un sí mismo con valores y conceptos propios, la llevaron a rebelarse contra lo establecido pero sin lograr por completo adueñarse de ellos, hacerlos suyos o parte de sí misma; ya que se volvía vulnerable y sensible ante los discursos descalificadores de Víctor, logrando con ello ser más crítica consigo misma. En el caso de María de la Paz la idea de fracaso por la ruptura de su relación matrimonial, estaba basado en un sistema de creencias donde la mujer era responsable de que el matrimonio funcionara favorablemente, ello la llenaba de culpa y de confusión ante la idea de separarse o luchar por la relación.

De acuerdo con lo que el modelo feminista postula, los terapeutas deberían reorganizar los valores de género en congruencia con las nuevas generaciones. Los seguidores de esta corriente examinan los valores y las estructuras de la sociedad y de qué forma podrían modificarse. Así mismo retoman del constructivismo, la parte personal, es decir, el trabajo del terapeuta consigo mismo, observándose como a través de un espejo, analizando sus actitudes y su vida fuera del contexto del consultorio que será el último análisis de este apartado.

De acuerdo a lo anterior y a nivel personal, la posición ética del terapeuta implica, por un lado, reconocer y hacer un análisis de los efectos que este tipo de fenómenos como la violencia intrafamiliar, el incesto, el aborto, la infidelidad, entre otros, tienen en la persona del terapeuta y cómo esto puede repercutir en su desempeño profesional. Otro de los aspectos que se debe controlar como ejemplo de un buen trabajo ético en la terapia, es ubicar el conflicto de la familia o las parejas dentro de las relaciones, de las interacciones y no en las personas, así como la responsabilidad compartida pero no equitativa de dichas conductas. Por otro lado, una actitud respetuosa y neutral en el proceso, ayuda a bajar la guardia y las defensas de quienes se sienten

intimidados ya como víctima o victimario. Así también es necesario que el terapeuta esté familiarizado y tenga conocimiento de los procesos legales que se siguen en cualquier conflicto familiar como el divorcio, la patria potestad, la adopción y tutela de menores o los ya mencionados anteriormente y que son de carácter penal.

No está de más conocer el papel que juega el psicólogo que presta sus servicios en instituciones encargadas de asesorar y velar por los derechos de la gente que ha sido abusada sexualmente o ha sido víctima de violación o de otro delito. Algunas de estas instituciones, principalmente gubernamentales, ven a los terapeutas profesionales más como controladores sociales y son comisionados para ayudar a mantener la paz y evitar los cambios sociales básicos. El cuestionamiento va encaminado a reflexionar si el paciente recibe un trueque justo por el dinero que proporciona el gobierno en su ayuda. Lo mismo sucede con los pacientes psicóticos que sólo alcanzan a ser diagnosticados y clasificados bajo cierta patología pero que difícilmente logran obtener una atención multidisciplinaria que ayude a su rehabilitación (Haley, 1976). Por otro lado, es necesario insistir en que se debe contar con la información legal necesaria sobre el derecho o la obligación que tiene el psicólogo de guardar o no secreto profesional y / o la confidencialidad de las personas que piden apoyo, principalmente cuando está en riesgo su vida o la de otros, sin que por ello se viole o se cometan delitos en el ejercicio de la profesión.

## CONSIDERACIONES FINALES

En este capítulo se hace un análisis de todo el proceso general llevado a cabo en la residencia en Terapia Familiar: las habilidades desarrolladas, las implicaciones en el campo psicosocial y lo que esto representó o la influencia y repercusiones de esto en la persona del terapeuta. Esta última parte del trabajo realizado deseo describirla en primera persona, ello me da la sensación de estar más compenetrada en el trabajo que realicé.

### 1. HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS

Cada uno de los capítulos refleja los conocimientos que adquirí, de manera particular, en los cuatro semestres de la residencia. En este apartado los resumiré de manera general, tomando en cuenta, particularmente las habilidades y competencias que aprendí.

Una de las habilidades principales que desarrollé en esta maestría, fue el conocimiento de nuevas teorías: como la Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 1968) y la Teoría Cibernética (Wiener, citado en Sánchez, 2000) y cómo a partir de éstas, deja de verse a la persona individual como objeto de estudio y se genera entonces una visión abarcadora que incluye no sólo al sistema que conforma la familia, sino a la persona del terapeuta, que no puede dejar de participar e influir en el sistema, dando lugar a un sistema más amplio. Así mismo, la idea de trabajar con el sistema familiar, resta atención e importancia a la presencia de un paciente identificado o un paciente sintomático; y a partir de las premisas de cada modelo generado y desarrollado por la Terapia Familiar, el problema y su solución serán vistos desde una postura diferente, de acuerdo a lo que cada modelo considera como problema. Es así como el Modelo

Estructural de Minuchin (1974; Minuchin y Fischman, (1984) cuestionan el síntoma, la estructura familiar o la realidad de la familia. En el caso del Modelo Estratégico, desarrollado por Haley (1976; 1989 y 2003) considera que el problema surge a partir de la alteración que presentan las jerarquías dentro del sistema familiar o una deficiente organización de los subsistemas, lo que genera coaliciones entre ellos. En el caso de las terapias breves, una se enfocarán en el problema y las soluciones intentadas (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989),

mientras que la otra se abocará a las soluciones, los recursos y las capacidades (de Shazer, 1986; 1987; Cade y O'Hanlon, 1996; O'Hanlon y Weiner, 1989).

Lo descrito anteriormente como parte de los conocimientos adquiridos, me permitió comprender las transformaciones sufridas por la Terapia Familiar ante las nuevas ideologías generadas por el posmodernismo y el construccionismo social (1991), cuya epistemología rechaza la búsqueda de una verdad universal y la existencia de una realidad única y más bien pugna por diferentes realidades, ninguna mejor que otra. Todo ello respaldado por nuevos principios y teorías como la Hermenéutica, la semiótica y la crítica literaria (Mahoney, 1995) y movimientos como el feminismo, el cual hizo una crítica a los sistemas sociales patriarcales que dejaban de lado las implicaciones y las construcciones sociales del género en los conflictos que presentaban las familias (Hoffman citado en Anderson, 1999; Walters, Carter, Papp y Silverston, 1991). Esta nueva epistemología se basa en el conocimiento a partir de la interacción con el otro, a través de la conversación y el lenguaje y donde el terapeuta deja de ser un experto para convertirse en un colaborador durante el proceso, permitiendo que la o las personas que lo consultan puedan crear una realidad propia con nuevos significados, pero donde el propio terapeuta no puede dejar de salir ileso y sufrir una transformación (Anderson, 1999). Todo ello vino a tambalear las premisas y conceptos de los modelos preexistentes, sobre todo en lo que respecta a la posición de experto del terapeuta y sus conocimientos, que parecían darle el derecho a decidir qué era conveniente o no para cada familia o lo que estaba bien o mal en ella. En resumen, los modelos posmodernos criticaron la dirección, control y posición de experto asumida por el terapeuta en su trabajo con familias.

No obstante, considero que las nuevas corrientes, en su afán de cuestionar lo que es verdadero o la existencia de una realidad única, les otorgó, al mismo tiempo, a los modelos preexistentes, su propio valor y lo importantes que fueron sus principios en los inicios de la Terapia Familiar y su evolución. Ahora son consideradas como dogmas que han servido para el surgimiento de nuevas ideas, por lo que creo que, los cambios sufridos por la terapia familiar sirvieron para sumar, más que restar.

De aquí partí hacia un nuevo conocimiento y nuevas habilidades: el uso de la teoría y la práctica dentro de la formación como terapeuta familiar. Esta fue una habilidad que desarrollé gracias a que la maestría tiene como objetivo conjuntar tanto el conocimiento teórico de los modelos con la práctica de los mismos, a través de la supervisión con familias, lo que me

permitió no sólo trabajar con las técnicas y estrategias sugeridas en cada modelo, sino comprender para y por qué podían ser utilizados. Sin embargo, no puedo dejar de reconocer que si bien el aprendizaje requería que pusiéramos en práctica siete modelos distintos, sólo pude trabajar con algunos, de acuerdo al tiempo y los espacios que debí compartir con los demás miembros del equipo. Sin embargo, ello no me impidió que como observadora y parte del grupo de supervisión pudiera sugerir formas de intervenir en todos los modelos que revisé en mi formación.

En este mismo sentido, puedo decir que los modelos utilizados con las familias fueron al azar, es decir de acuerdo con el programa de estudios que tenemos que seguir, lo que me dejó dos aprendizajes nuevos: todos los modelos pueden adaptarse a los diferentes tipos de problemáticas que se presentan en la familia, incluso aquellos que la *Ciencia tradicional* ha definido como trastornos mentales o psiquiátricos. Así también, los modelos pueden adaptarse a cualquier tipo de persona, pero ello hace necesario un aprendizaje minucioso y profundo de estos, de las intervenciones que se pueden realizar y cómo persuadir a la familia a participar dentro del proceso terapéutico. Sin embargo, el uso de los modelos dependerá del estilo propio del terapeuta. Por ejemplo, algunos de nosotros congeniamos rápidamente con el Modelo Estructural, mientras que otros nos acomodamos mejor con el Modelo de Soluciones o el Narrativo, incluso el Colaborativo, ello nos dio la oportunidad de ser versátiles durante la formación, pero al igual que con las familias, se trata de elaborar un traje hecho a su medida, en cuanto a la intervenciones que se llevan a cabo, sobre todo con los modelos como el Estructural, el Estratégico, y los modelos de Terapia Breve, también el terapeuta debe ser libre de trabajar con el modelo o enfoque que mejor se ajuste a su estilo y medida.

Siguiendo con el cúmulo de conocimientos adquiridos debo mencionar el trabajo realizado como observadora dentro del grupo detrás de cámara. A este respecto, creo que trabajar ya sea como miembro de ese equipo de supervisión o apoyada por éste en el trabajo con familias, es la experiencia más rica que cualquier terapeuta puede vivir. Los diferentes puntos de vista y las diferentes percepciones sobre un mismo tema o problema, hacen evidente la noción de una multiplicidad de realidades, ninguna mejor que otra, ello enriquece el trabajo con familias y les devuelve una visión distinta de su propia realidad, pero sobre todo, la posibilidad de que pueden transformarla si así lo desean. El resultado del trabajo con un equipo detrás de cámara son los cambios observados en la familia y los que la familia observa por sí misma en muy corto tiempo.

La inquietud e incomodidad que la familia experimenta ante la idea de estar siendo observada, no sólo por el lente de una cámara de video sino por un grupo de terapeutas, se desvanece rápidamente cuando ésta se siente apoyada, comprendida y el grupo se vuelve un aliado más que un juez. Trabajar con un equipo de terapeutas, con una diversidad de ideologías pero trabajando por un fin común que es la familia, vuelve al sistema terapéutico un sistema relacional donde imperan el respeto, la consideración y el compromiso.

Otro aprendizaje más fue el que me aportaron los supervisores con los que trabajé. Este apartado lo desarrollé de manera detallada en el capítulo tres bajo el rubro *Supervisión*, al que pueden referirse para mayor información.

Una reflexión última es el papel que juega el eclecticismo en nuestro trabajo como terapeutas. En un principio consideraba esta práctica un tanto profana o irreverente, la pensaba incluso, como una falta de ética ante la idea de aplicar en las familias una y otra técnica venidas de diferentes modelos o enfoques. Ahora he aprendido, gracias a la postura de la mayoría de los supervisores, quienes nos proporcionaron, no solo conocimiento, sino experiencias y vivencias propias, que esta práctica dejará de verse sólo como un recurso, si tenemos presente en todo momento, la teoría y las premisas que subyacen a cada modelo, pero sobre todo, si seguimos con celo y profesionalismo la epistemología que las generó, ello hará la diferencia entre el aprendiz y el artesano.

Otra más de las habilidades que desarrollé durante mi formación, fue la creación y aplicación de proyectos de investigación. Una de las experiencias más significativas de este aprendizaje fue el haber usado dos metodologías distintas: la cuantitativa y la cualitativa. La primera, objetiva y sistemática, basada en la observación y el análisis de los resultados, la segunda subjetiva y exploratoria, basada en la interpretación de la información. Ésta última no intenta comprobar nada, sólo describe, conoce, trata de comprender o explicar. El método cuantitativo por su parte, requiere de variables que representan propiedades susceptibles de ser medibles o representan constructos o construcciones hipotéticas que requieren ser comprobadas. Ambas tienen una epistemología propia, la cuantitativa, basada en el método científico, la cualitativa prescinde de él, pero se rige por teorías como la hermenéutica, que fue la que sustentó el trabajo que realicé. Este enfoque pone énfasis en la interpretación de la información y no de datos, que en mi caso, se basó en los relatos, que obtuve del trabajo con las adolescentes. En el caso de la investigación cuantitativa, a través del análisis estadístico mostré que el instrumento

“Exploración de la estructura familiar en mujeres adolescentes” discriminó cinco factores, que tuvieron congruencia con el marco teórico que sustentó mi investigación y que se aboca al análisis de los constructos desarrollados por Minuchin (1974): jerarquías, límites, roles, centralidad, y vínculos. En cuanto a la investigación cualitativa que titulé “La familia, desde la mirada del adolescente”, no sólo se hicieron evidentes estos mismos constructos en el relato de los adolescentes, sino el efecto que éstos tenían dentro del sistema familiar, así como los conflictos y limitaciones que debían enfrentar a través de recursos, como la flexibilidad o y/o la resonancia del sistema y todo esto a través de la mirada del adolescente, pero sobre todo a la luz de la interpretación que sustentó el enfoque fenomenológico. Esta es una breve descripción de los conocimientos adquiridos en la creación y aplicación de instrumentos, para mayor información referirse al capítulo tres de esta tesis, directamente al rubro: *Habilidades de Investigación*.

Finalizando el recuento de las competencias profesionales adquiridas, menciono por último, las habilidades de difusión del conocimiento y prevención comunitaria, las cuales, me permitieron estar en contacto con personas y grupos que conforman la comunidad a través de la creación y presentación del *Taller: ¡S.O.S!... ¡Tengo un adolescente en casa!*, y que fue impartido en el Centro Comunitario “Julián Mac Gregor”. Este proyecto implicó horas de reflexión, discusión y análisis, entre mi compañera Ana Lilia Escalante y yo, sobre las necesidades que este taller debía subsanar, o en las que debía incidir; los objetivos que debía perseguir y / o a quienes se dirigiría. Desde el punto de vista teórico, nuestros conocimientos se ampliaron al dedicar horas a la consulta de lecturas y bibliografía sobre adolescencia, familias, educación, comunicación, todo ello enriqueció nuestro aprendizaje. Desde el punto de vista metodológico y práctico el reto fue mayor, porque ello implicó aprender cómo estructurar el taller, los temas que debía contener, cómo crear dinámicas que fueran respaldadas por la teoría o el modelo que decidimos utilizar, etc.; además de aprender a elaborar manuales tanto para el expositor como para los participantes.

Creo que el aprendizaje mayor fueron las habilidades desarrolladas al trabajar directamente con el grupo de madres que asistieron al taller, ya que ello requirió de dominio escénico, de oratoria, de enseñanza, de empatía de camaradería, etc. No obstante, los resultados obtenidos compensaron las horas de esfuerzo y trabajo pero sobre todo, la enseñanza y aprendizaje que de vuelta obtuvimos de estas madres, al observar y ser testigos del interés y

motivación que manifestaron por mejorar la relación con sus hijos, dispuestas a hacer cambios y abiertas a comprender los abatares por los que el adolescente debe atravesar en el desarrollo de su *sí mismo*.

## **2. INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL**

En el primer capítulo analicé de manera detallada la incidencia de la práctica terapéutica con familias en el campo psicosocial, sin embargo, en este apartado deseo hacer una reflexión de lo que mi propia preparación y trabajo con familias representó.

La pobreza y cómo enfrentarla, fue uno de los temas tratados en el primer capítulo como parte de los retos o problemas que agobian a nuestro país y que hace necesaria y urgente la participación conjunta de las diferentes disciplinas sociales, políticas y de salud, ya incidiendo en su propio campo o trabajando conjuntamente para la solución de dicho problema.

El primer apoyo a la comunidad, que consideraré en este análisis, es la atención terapéutica que se lleva a cabo dentro del programa de residencia en Terapia familiar, sin por ello excluir los servicios que la propia Universidad ofrece dentro de sus diferentes sedes.

Durante la residencia y a la par de la formación, la comunidad se ve beneficiada al contar con el apoyo de terapeutas y coterapeutas, además del equipo que se encuentra trabajando detrás de cámara y un supervisor atendiendo sus casos, esto lo convierte no sólo en un trabajo de calidad y profesionalismo sino costoso económicamente, ya que si lo comparamos con el precio que esto implicaría en la práctica privada, las familias que acogen los centros sedes, estarían imposibilitadas de pagar un servicio así. Por el contrario, las Instituciones a las que la Universidad presta sus servicios y los centros comunitarios de la UNAM en los que trabajé directamente, elaboran un estudio socioeconómico a las familias, que les permite pagar una cuota mínima de recuperación, de acuerdo con sus propias necesidades. Es por ello, que lo considero el primer aporte de la residencia en el campo psicosocial, en apoyo a las familias de bajos recursos.

A la par con la pobreza, mucho de los conflictos que presentan las familias están relacionados con problemáticas que se han vuelto fenómenos sociales y que han rebasado o que han salido del control de las instituciones de salud y del gobierno, como son el alcoholismo, la drogadicción el desempleo, la delincuencia, el suicidio, la violencia intrafamiliar, sobre todo en

mujeres, ancianos y niños. Otros más están relacionados con la deserción escolar y la discriminación, sobre todo por cuestiones de género, entre otros.

En este mismo sentido, la formación como terapeuta también tiene como finalidad el apoyo a la comunidad a través de talleres, programas, cursos, mesas debate, que abran un espacio no sólo para el aprendizaje de nuevos conocimientos, sino para la reflexión, que les permita crear conciencia de su situación y de los recursos que pueden poner en práctica para volverse actores, no solo espectadores pasivos de lo que sucede a su alrededor, y crear con ello una mega conciencia en la comunidad, que genere en cambios sociales.

Dentro de las problemáticas que comúnmente se abordan en la terapia con familias y que personalmente traté y observé en los casos trabajados, están el *desempleo* que crea la sensación de incertidumbre, fracaso y desigualdad social y que tiene mucho más repercusiones en hombres que en mujeres, debido al rol de género que para el hombre representa la imagen de proveedor en el hogar. Otros conflictos constantes en la práctica son la infidelidad, el divorcio y / o la separación de la pareja, cuyas implicaciones tienen mayor efecto en las mujeres y los hijos, quienes se sienten culpables y responsables de la separación, generando, sobre todo en las mujeres, sentimientos de inseguridad y baja autoestima; y en el caso de los hijos, estrés y ansiedad. Esto lleva a una nueva reflexión y al análisis de uno de los conceptos que están fuertemente arraigados a estos conflictos y que tiene que ver con el sistema de creencias familiar, el cual, está en mucho, relacionado con cuestiones de género. Anteriormente se discutió cómo las cuestiones de género se vuelven una construcción social y se encuentran aún controladas por sistemas sociales que irradian su poder y control hacia las familias, en donde, tanto los hombre como las mujeres reciben su yugo, ellos obligados a mantener la imagen dominante, patriarcal y por lo tanto, proveedora, que aún hoy en día la sociedad les exige, y ellas, recibiendo el efecto de esa dominación, dando como resultado problemas como la violencia, la discriminación, el abuso sexual, etc.

Es por ello que otra de las contribuciones que la Maestría en Terapia Familiar logra dentro de la residencia, a la par de la preparación de sus egresados, es incidir, nuevamente en el micro sistema de creencias familiar que ayude a sus miembros a ser conscientes de las construcciones sociales que rigen sus costumbres, principios e ideas y cuestionar con ellos las implicaciones que éstas han tenido en sus vidas. Una preocupación final está en cerrar filas, unir fuerzas, instituciones de salud, de gobierno, profesionales, científicos, maestros, padres de

familia, y gritar con todas nuestras fuerzas para difundir nuestra labor, para que nuestra voz llegue a todos los oídos que conforman la comunidad, que nadie quede sin apoyo, que todos puedan ser atendidos y que la ignorancia en todas sus modalidades quede erradicada.

Cambiando la visión de este análisis hacia el propio terapeuta egresado, la reflexión sería entonces en función de las competencias laborales, la falta de empleo, los bajos salarios y el reto e implicaciones que tiene para los terapeutas familiares, coincidir su formación sistémica con los enfoques tradicionales que imperan en la mayoría de las instituciones gubernamentales. Es por todo lo anterior que la maestría en Terapia Familiar fue creada, es decir pensando en formar profesionales capacitados y preparados para enfrentar la crisis económica, política y social que afecta a nuestro país. El primer obstáculo que el terapeuta egresado tendrá que enfrentar es la competencia laboral y profesional, es decir, la falta de empleo y la competencia para obtener puestos bien remunerados. Hoy en día existen cantidad de empresas, sobre todo de seguros, cuya finalidad es proveer de más y mejores servicios de salud para sus clientes. Uno de estos servicios es la asesoría psicológica vía telefónica y / tratamientos que incluyen un número determinado de sesiones, con la garantía de arreglar su problemática y ser dados de alta en lapso corto de tiempo. Para ello, los modelos de Terapia Breve se vuelven el recurso más importante y es una de las formas en que la residencia en Terapia Familiar capacita y le da al terapeuta las armas para salir adelante. Otra más de las armas con las que el egresado puede contar es la posibilidad de ejercer la práctica privada, la docencia, impartir cursos, programas y talleres y / o pertenecer a un grupo de supervisión. Esto le da la posibilidad de generar ingresos a través de diferentes actividades.

Hasta aquí he llegado a resumir no sólo las competencias profesionales que adquirí en la maestría, lo que demuestra el nivel académico y de calidad que se ofrece en este programa, sino la incidencia que nuestra preparación puede tener en el campo psicosocial, lo que también demuestra por qué se considera a los egresados de esta maestría, profesionales de élite. No obstante, hay que ser realistas, haber terminado la maestría solo representa el comienzo de una nueva lucha por demostrar ahora lo que sabemos, pero sobre todo, ponerlo en práctica y ofrecerlo a quienes más lo necesitan.

### 3. ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL

Ya me referí a este punto e hice un análisis del sistema terapéutico, en el capítulo tres, basado no sólo, en las observaciones clínicas como parte del equipo terapéutico, sino en mi experiencia como terapeuta, apoyada por el grupo de tras de cámara y del trabajo del supervisor. En este mismo capítulo lo analicé como una más de las habilidades que desarrollé durante mi formación. Es por ello que en este momento hablaré de la coterapia otra más de las modalidades terapéuticas que se trabajan en la terapia familiar, y la experiencia que viví trabajándola con dos de mis compañeros, en dos de los casos que presento en mi reporte. Así también, comentaré del sistema terapéutico total, tomando en cuenta, por supuesto, el efecto y la influencia que los pacientes tuvieron en mí, el aprendizaje que adquirí gracias a las intervenciones del equipo y la supervisión de esos casos, además del aprendizaje obtenido como parte del equipo detrás de cámara.

Tuve la oportunidad de trabajar en coterapia con mis compañeros Guadalupe Gonzáles y Domingo Lorenzo. El caso trabajado con Guadalupe fue el de María de la Paz cuyo motivo de consulta fueron los conflictos de pareja por infidelidad que llevó a la ruptura de la relación; además de los problemas emocionales, psicológicos y de salud que esto generó. En un principio sentí grandes dudas y cuestionamientos sobre la forma en que se conduciría el caso, ya que si bien se acordó que la terapeuta sería yo y Guadalupe la coterapeuta no teníamos la más remota idea de cuáles serían nuestras funciones, así que decidimos ser simplemente colaboradoras de un paciente que pedía nuestro apoyo. Veo en retrospectiva y creo que durante las sesiones, tanto Guadalupe y yo nos volvimos partes de un todo integradas, complemento de un sistema total. Cada una de nosotras formamos las caras de una misma moneda, ya que por momentos, a mi me tocó ser el elemento contenedor, cuando Guadalupe confrontaba a la paciente, me volví descubridora de recursos cuando Guadalupe cuestionaba las creencias o ideas de la paciente. Tuve fe en momentos en que Guadalupe dudó. Sin embargo, también ahora creo que no hay verdades absolutas, la realidad se conforma de muchas realidades y nada es permanente, ya que durante el proceso llegamos a un punto en el que yo empecé a dudar, a cuestionar lo que Guadalupe veía claro, empecé a confrontar lo que Guadalupe veía seguro y ante esta disyuntiva, la supervisora pidió al equipo que sirviera de Coro Griego y ellos mismos se dividieron en dos equipos, uno estaba de acuerdo con la opinión de la terapeuta y el otro con el de la coterapeuta,

ello nos hizo comprender lo que el posmodernismo y el construccionismo social proponen al decir que no existe una sola verdad única sino múltiples verdades, ninguna mejor o peor que otra y nos sugirieron que abriéramos nuestros sentimientos a la paciente para que descubriera a través de nuestras opiniones divididas, más bien posibilidades a las que podía acceder, ninguna correcta o incorrecta, todas viables para ella, esto le permitió, decidir sin sentir culpa la realidad en la que deseaba coexistir.

El trabajo en coterapia realizado con Domingo fue el caso de Belén, cuyo motivo de consulta estaba relacionado con el duelo por el rompimiento con su pareja, que generó en ella un estado depresivo agudo, acompañado de llantos constantes, tristeza y enojo. El trabajo que realicé con Domingo me confrontó en lo personal de muchas maneras, unas tuvieron que ver con mi propia exigencia por lograr buenos resultados, otras tuvieron que ver con la relación que establecí con Domingo, a quien fui viendo crecer y evolucionar como terapeuta. Otra de las experiencias con este caso fue la relación que establecí con la paciente por la que llegué a sentir un especial cariño, creo que ello se debió a que la fui viendo trabajar y esforzarse con tanto ahínco por resolver su problema, la constancia con la que asistía a sus citas, la responsabilidad que mostraba a la hora de hacer sus tareas o las directivas que le dejábamos. Esto me hizo reconocer y entender que los avances de las personas que nos consultan, sus cambios y mejoras se deben a ellos, los considero un mérito sólo de ellos, nosotros somos tan sólo un instrumento para que ellos lo logren. Sin embargo no es fácil, ni lo fue para Belén, ya que durante el proceso se le presentaron tropiezos que a pesar de sus esfuerzos le costó superar. Es aquí donde veo el apoyo del equipo que me hizo sentir que no estábamos solos, ya que a partir de las sugerencias de cada uno de mis compañeros, la forma y el modo en que nos retroalimentaron, el respeto y tacto con el que nos devolvían a Domingo y a mí sus comentarios, respecto a lo que podíamos hacer, las dudas se disiparon y el caso salió adelante. A partir de este trabajo en coterapia se estableció entre Domingo y yo una bonita amistad y a pesar de nuestros tropiezos iniciales para acoplarnos, creo que los superamos, ya que siempre sentí un gran apoyo y respaldo de su parte.

En cuanto a mi participación como equipo detrás de cámara debo decir que la responsabilidad del trabajo se vuelve compartida, ello parecería que aligera el proceso terapéutico y lo vuelve más fácil, pero no es así, ya que entre la diversidad de opiniones y de percepciones sobre una misma situación, las intervenciones pueden volverse caóticas, tan sólo un cúmulo de información ruidosa y sin resonancia para el terapeuta. Por ello, es necesario esperar

que sea el terapeuta el que dirija la sesión y le diga al equipo qué es lo que desea trabajar durante ese tiempo; el equipo por su parte, tratará de comprender lo que al terapeuta le inquieta, le incomoda o le interesa manejar y a partir de ello, el equipo propondrá o sugerirá algunas alternativas que puedan ser útiles. En ese mismo sentido, es importante señalar que la percepción que el terapeuta tiene de los acontecimientos que se suscitan durante las sesiones, es a veces muy diferente de la que experimenta el equipo detrás de cámara, por ello insisto, que el terapeuta es quien tiene la última palabra en cuanto al trabajo con su paciente.

Otra situación a considerar y que muchos autores aconsejan tomar en cuenta, es tratar de mantenernos callados el mayor tiempo posible durante la sesión, es decir, evitar hacer comentarios dentro del propio equipo, esto impedirá que las ideas de unos contagien o bloqueen las ideas de otros o se contemple una sola idea. En resumen el trabajo del equipo es atender a la sesión, elaborar hipótesis, hacer sugerencias, proponer intervenciones, ser un apoyo para el terapeuta y para la familia si es necesario y atender a las sugerencias del supervisor. Es ahí, en ese espacio y a través del proceso terapéutico total, que la práctica y la teoría se combinan y forman una canción, compuesta por una teoría que será la melodía de fondo, la que lleve las tonalidades, los tiempos y el ritmo. La letra, será compuesta por el paciente a través de reescribir su historia o a través de nuevos significados que le permitan co crear una realidad más acorde con lo que experimenta. El terapeuta a través de la conversación y el lenguaje, servirá como un colaborador en la composición de esa canción, pero si busca resolver problemas, cuestionará el síntoma o disolverá coaliciones, la letra se convertirá en una serie de intervenciones, directivas y / o sugerencias con las que el paciente podrá terminar de crear su canción. Hasta aquí termina mi análisis de la experiencia vivida como parte o como un elemento más del Sistema Terapéutico Total. A continuación y como cierre de este trabajo describiré la experiencia que viví desde la persona del terapeuta y como profesionalista.

#### **4. IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA Y COMO PROFESIONISTA**

Para concluir este trabajo necesito verme en retrospectiva y lo primero que salta a mi vista y a mi memoria es la imagen de una mujer volcada en los quehaceres del hogar, atendiendo a las tareas escolares de mis hijas, dedicada a cuidar a esa familia que formé con mi esposo hace

25 años y el largo trayecto recorrido hasta el día de hoy. El primer sentimiento que me embarga es el de una profunda gratitud por lo que he obtenido hasta ahora y una profunda sensación de satisfacción que me hace bien, porque el camino andado no fue fácil, pero ha valido la pena.

Algunos tramos parecían demasiado estrechos, otros demasiado oscuros, en algunos encontré barrancos y en otros peñascos que me hacían volver el camino, incluso pensé que fracasaría en mi empeño. Sin embargo hubo otros tan placenteros y luminosos, con paisajes tan coloridos y llenos de aromas que me volvían a la lucha y a creer nuevamente en mí. En este momento puedo sentir que he logrado esta meta y ello ha cobrado en mí, como en todos mis compañeros una transformación, no sólo a nivel de los conocimientos adquiridos, y la experiencia obtenida a través del trabajo con familias, sino a nivel personal, sobre todo en mi compromiso del *ser* mujer y lo que ello implica. Implica adquirir una voz que signifique la voz de todas esas mujeres que creen que la realidad es una y no pueden, ni tienen derecho a cambiarla, incluso ni siquiera la cuestionan a pesar de sentirse extrañas, incómodas, molestas y dolidas. Implica darle voz a las emociones y sentimientos reprimidos en hombres que han sido educados a esconderlos en el alcohol o a transformarlos en violencia, agresividad y que además la justifican. Implica ser la voz de ancianos y jóvenes que se vuelven antagonistas de una realidad social que se encarga de mantenerlos en contra, provocando la marginación de los primeros y la rebeldía de los segundos, llevándolos a realizar conductas de riesgo como la delincuencia, la drogadicción, los embarazos no deseados. Implica ser la voz social que se vuelva el filtro e instrumento para disolver sistemas patriarcales que mantienen subyugados principios, valores e ideas sobre la igualdad de géneros y que haga una justa valoración de las diferencias; en donde el hombre no quede por arriba de la mujer, sino a su lado, trabajando juntos por obtener el mismo bienestar social, el mismo respeto y las mismas consideraciones. Se que el compromiso es grande cuando veo las necesidades de mi país: la pobreza, la falta de empleos, los salarios mal remunerados, la discriminación, las enfermedades, pero sobre todo, la falta de educación y el acceso a ella. Es ahí cuando me veo como una partícula minúscula de la sociedad que intenta ser un instrumento de trabajo para quienes más lo necesitan. Pero sobre todo, hacer mi trabajo con responsabilidad y ética profesional. Ello implica no dejar de prepararme, seguir actualizándome, participar en seminarios, diplomados, combinar la práctica privada con el servicio a la comunidad, incursionar en áreas docentes.

Desgraciadamente las oportunidades se reducen pero tengo esperanza que el futuro de México y los mexicanos mejorará.

Mi transformación también irradió hacia mi propia familia, quienes en un principio miraban curiosos y expectantes los cambios que se estaban generando en mí. Cambié el recetario de cocina por libros científicos y a la par de esos cambios, cambiaron mis ideas, mis pensamientos y toda nuestra circunstancia también cambió. No fue fácil, como todo sistema que pugna por mantener la homeostasis, mi familia tuvo que vivir los choques y movimientos trepidatorios ante esta nueva realidad que estaba yo viviendo. Por momentos dudaba y me preguntaba en lo que todo esto iba a parar. Ahora veo que valió la pena, tengo dos hijas profesionistas, luchando por sus metas, defendiendo sus ideas y aprendiendo a ser respetuosas de las ajenas, pero sobre todo, las veo libres de los prejuicios y del sistema de creencias que a mi me formó, específicamente en cuestiones de género, ello me da la pauta de que algo está cambiando dentro y fuera de casa, que las hace mirar un futuro diferente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, M. (1987). *La adaptación de las mujeres al divorcio*. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Residencia en medicina conductual. Tesis de Maestría no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Aluni, R. (s.f.). *La ética profesional: desde el punto de vista de la psicología transpersonal*. Recuperado el 27 de mayo de 2007, de <http://www.uaq.mx/psicologia/investigacion/psicgarcia/codigoetico>.
- Andersen, T. (1994). *Equipo Reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa.
- Anderson, H. (1999). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Argentina: Amorrortu.
- Azofeifa, V. (2006). *El duelo en la infancia*. Recuperado el 22 de julio de 2006, de [http://www.psicologoencasa.es/articulos\\_ver.asp?Id=19](http://www.psicologoencasa.es/articulos_ver.asp?Id=19).
- Barrera J. (s.f.). *Cuando la pareja se separa*. Recuperado el 22 de julio de 2006, de <http://www.atencion-psicologica.com>.
- Bateson, G. (1979). *Espíritu y Naturaleza*. Argentina: Amorrortu.
- Bertalanffy, L. von. (1968). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Berasategui, B. (s.f.). *Duelo: ¿Qué es?*. Recuperado el 28 de mayo de 2007, de [http://www.psicologoencasa.es/articulos\\_ver.asp?Id=33](http://www.psicologoencasa.es/articulos_ver.asp?Id=33).
- Beyebach, M. (s.f.). *Introducción a la terapia centrada en soluciones*. Recuperado el 28 de mayo de 2007, de [http://www3.usal.es/~master\\_psiapia/ppersonales/art\\_mbb/2.pdf](http://www3.usal.es/~master_psiapia/ppersonales/art_mbb/2.pdf).
- Bruce J., Lloyd, C. & Leonard, A. (1995). *Families in focus. New perspectives on mothers, fathers and children*. U.S.A: Population Council Publication. Recuperado el 22 de julio de 2006, de <http://www.popcouncil.org/gdf/fif.html>.
- Brunet, I. (s.f.). *Epistemología y Cibernética*. Recuperado el 22 de julio de 2006, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=267286>.
- Bucay, J. (2002). *El camino de las lágrimas*. México: Océano.

- Butler, W. & Powers, K. (1996). Solution-Focused Grief Therapy. S.O., Miller; M. Hubble & B., Duncan (Eds.), *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. (pp. 228-247). EE.UU.: Jossey-Bass Publishers.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995). *Guía Breve de Terapia Breve*. México: Paidós.
- Carter, B. (1991). Divorcio: El de Él y el de Ella. En M. Walters; B. Carter; Peggy Papp y O. Silverstein (Eds.), *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares* (p. 282). México: Paidós.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited: An invitation to Curiosity. *Family Process*, 4 (28), 78-87.
- CONADIC. Consejo Nacional contra las adicciones. (2004). Recuperado el 28 de mayo de 2007, de <http://www.conadic.gob.mx/actualizacion/cirt/>.
- de Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia Breve*. México: Paidós (1985).
- de Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. México: Paidós.
- Elkaïm M. (1996). Constructivismo, construccionismo social y narraciones: ¿Están en el límite de lo sistémico?. *Psicoterapia y Familia* 2 (9), 38-45.
- Epstein, N. B.; Bishop, D.S. & Levin, S. (1978). The McMaster Model of Family Functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4, 19-31.
- Espina, J. y Cáceres, J. (1999). Una psicoterapia Breve centrada en soluciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Recuperado el 28 de mayo de 2007 de <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/orig2-69.pdf>.
- Espinosa, R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En LL. Eguiluz (comp.), *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*, (pp. 116-137). México: Pax.
- Estrada, I. y Salinas, F. (1990). *La teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto: Del Individuo a la familia*. México: Hispánicas.
- Facultad de Psicología. (2005). *Plan de Actividades*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Fayeraben, P. (1986). *Tratado contra el método*. Madrid: Tecnos.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Fernández, E. y Godoy, C. (2002). *El niño entre el divorcio*. Madrid, España: Pirámide.

- Fernández, V. (1981). *Psicoterapia Estratégica*. Universidad Nacional Autónoma de Puebla. México.
- Fisch, R.; Weakland, J.H. y Segal, L. (1994). *La Táctica del Cambo*. Barcelona: Herder.
- Foucault, M. (1970). *El orden del discurso*. El orden del discurso. Barcelona: Tusquets.
- Fundación Vamos México, A.C. (2007).  
<http://www.vamosmexico.org.mx/fundacion/quienes/index.html>
- Galicia, I.X., (2004). Terapia Estratégica. En LL Eguiluz (comp.), *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 81-112). México: Pax.
- García, F.R (2003). *Reporte de experiencia profesional*. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Residencia en Medicina Conductual. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- García, G.I. (2003). *Comprender el duelo*. Recuperado el 22 de julio de 2006 de <http://www.psicocentro.com/cgi-bin/index.asp>.
- Gergen, K. (1985). The Social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Gergen, K. (1991). *El Yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. México: Paidós.
- Gergen, K. (1996). La construcción social: emergencia y potencial. En M. Pakman (comp.), *Construcciones de la experiencia humana*, (pp.139- 182). Barcelona: Gedisa
- Gergen, K. y Hoffman, L. y Anderson, H. (1996). Is diagnosis a disaster?: A constructionist dialogue. En: I. Kaslow. *Relational diagnosis* Recuperado el 25 de mayo de 2006 de <http://www.swarthmore.edu/kgergen1/recent.html>.
- Gergen, K. y Kaye, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of human meaning. En S. McNamee y K.J. Gergen (Eds.) *Therapy as Social Construction*, (pp. 166-185).
- Goolishian, H. y Anderson, H. (1992). Strategic and intervention versus nonintervention: a matter or theory. *Journal of marital and family therapy*, 18, 5-15.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de Santa Cruz.
- Haley, J. (2003). *Terapia no convencional*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu (1973).

- Heims, S. (1991). *The cybernetics group*. EE.UU: MIT Press.
- Hoffman, L. (1987). *Funcionamiento de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el marco de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1991). A reflexive stance for family therapy. *Journal of strategic and systemic therapies*, 10 (3), 4-17.
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1998). *La familia mexicana*. México: Autor.
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000). *Hombre y mujeres de México*. Recuperado el 12 de diciembre de 2002 de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/español/proyectos/censos/cpv2000/bd/pv/2000/m-etadatos/hogares.asp?c=5172>.
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2004). *Hombre y mujeres de México*. Recuperado el 14 de noviembre de diciembre de 2005 de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/español/proyectos/censos/cpv2003/bd/pv/2003/m-etadatos/hogares.asp?c=5172>.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia narrativa y construcción social*. México: Pax México.
- Lyotard, J. (1992). *La condición posmoderna*. México: Iberoamericana.
- Lloyd C. y Duffy, N. (1995). Families in Transition. En B. Jacks., L. Cameron y L. Archie (Eds.), *Families in focus. New perspectives on mothers, fathers and children*. EE.UU: The Population Council.
- Klimovsky, G. (1994). *Las desventuras del conocimiento científico*. Recuperado el 17 de junio de 2007 de <http://es.wikipedia.org/wiki/Epistemolog%C3%ADa>.
- Kuhn, T. (1976). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica
- Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mahoney, M. (1995). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría investigación y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Martínez, M.K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. Programa de Maestría y Doctorado. Tesis de doctorado no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

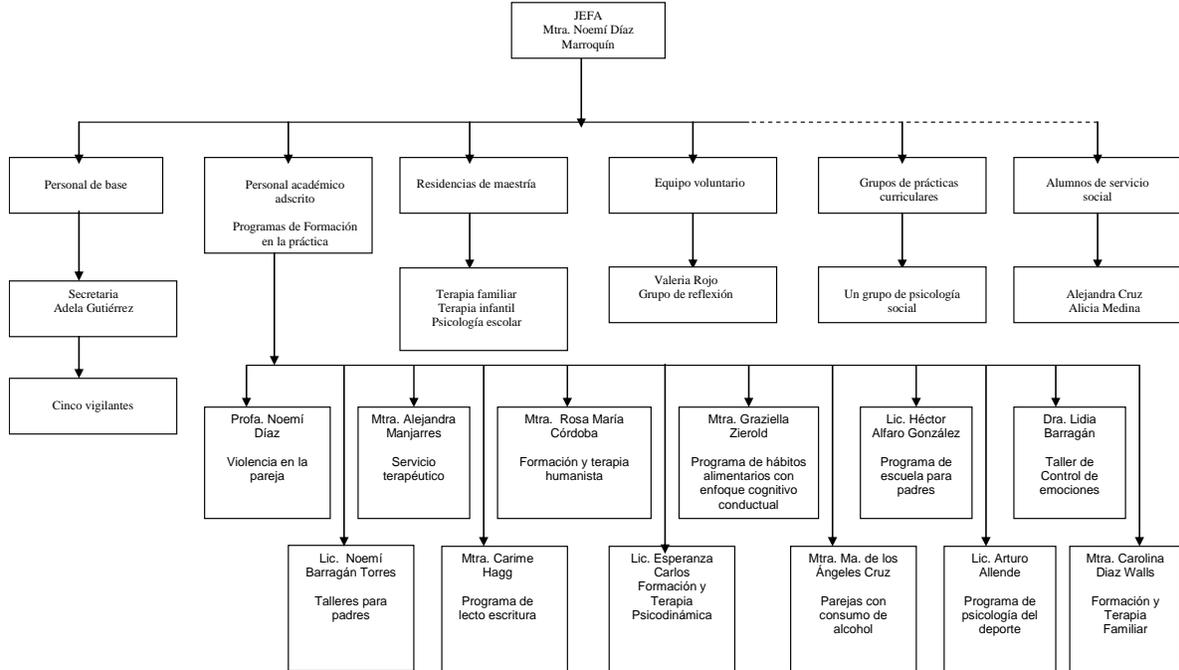
- Maturana H. y Varela F. (1984). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Merino, C. (1996). *Metodología cualitativa de investigación*. Centro de Investigaciones y Servicios Educativos. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.
- McNamee, S. y Gergen, K. (1995). *La terapia como construcción social*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. España: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fischman, H. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Moctezuma, M.B. y Desatnik, O. (2001). *Programa de Residencia en Terapia Familiar*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Moyano, C. y de Palma, M.E. (2000). *Sobre la mediación en el proceso de divorcio. La otra forma de encarar los conflictos en la relación*. Recuperado el 22 de julio de 2006 de <http://www.pagina12.com.ar/2000/suple/psico/00-01/00-01-27/psico01.htm>.
- Nardone G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del Cambio*. Barcelona: Herder.
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Nelson, T.; Fleurdas, C. y Rosenthal, D. (1986). La evolución de las preguntas circulares entrenamiento a terapeutas de familia. Hipótesis, Circularidad, Neutralidad: tres guías para el conductor de la sesión. *Family Process*, 19 (1), 15-22.
- Neymeyer, R. y Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en Psicoterapia*. México: Paidós.
- O'Hanlon, B. y Weiner, M. (1989). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. México: Paidós.
- Pachano, C. (2006). *Divorcio...¿Cómo manejar la situación con los hijos?*. Recuperado el 22 de julio de 2006 de <http://www.psicologoinfantil.com>.
- Parke, R. (1986). *El papel del padre*. Madrid: Morata.
- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. Nueva York: Basic Books.
- Quine, W. (1960). *Palabra y objeto*. Barcelona: Labor.
- Robles, R. (2000). *Marginación y Pobreza*. Recuperado el 27 de agosto de 2000 de <http://www.reforma.com>

- Rodríguez C. (2004). La escuela de Milán. En LL. Eguiluz (comp.), *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (p. 194). México: Pax
- Sánchez, D. (2000). *Terapia Familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sauceda, J.M., Castillejos, G. y Maldonado, J.M. (2003). Violencia doméstica. El maltrato a la mujer. *Asociación Mexicana contra la violencia hacia a la mujer*, 39 (4), 362-367. Recuperado el 28 de agosto de 2007 de [http://www.anmm.org.mx/gaceta\\_rev/vol%20139/n4/simposio/v139\\_n4\\_SI3\\_III.pdf](http://www.anmm.org.mx/gaceta_rev/vol%20139/n4/simposio/v139_n4_SI3_III.pdf)
- Secretaría de Desarrollo Social. (2006). Recuperado el 11 de junio de 2007 de <http://www.sedesol.gob.mx/index/index.php?sec=0&len=1>.
- Selvini, M. (1990). *Crónicas de una investigación*. México: Paidós.
- Selvini, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited: An invitation to Curiosity. *Family Process*, 19 (1), 68-77.
- Selvini M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. México: Paidós. (1986).
- Selvini, M.; Cirilo, S.; Selvini, M y Sorrentino, A.M. (1998). *Muchachas anoréxicas y Bulímicas. La terapia familiar*. México: Paidós.
- Shotter, J. (1996). El lenguaje y la construcción de sí mismo. En M. Pakman (comp.), *Construcciones de la experiencia humana* (pp. 213-226). Barcelona: Gedisa.
- Suárez M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En LL. Eguiluz (comp.), *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (p. 143). México: Pax.
- Tirapegui, E. (s.f.) *Coraje y Lucidez*. Recuperado el 21 de agosto de 2007 de [http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=Maturana+Varela&btnG=Buscar+con+Google&met=lr%3Dlang\\_es](http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=Maturana+Varela&btnG=Buscar+con+Google&met=lr%3Dlang_es).
- Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan Systemic Approach: Part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 01 (2), 113-125.
- Ulloa, O. P. (1997). Salud y seguridad social, controversias de la reforma. *Revista del Senado de la República*, 3 (9), 195-225.
- Vargas, P. (1990). *Construccionismo, Constructivismo y terapia Sistémica*. Recuperado el 18 de marzo de 2004 de <http://www.mx.geocities.com/systacad/constr.htm>.
- Water, D. (1994). Prisioneros de nuestras metáforas: las terapias conversacionales, ¿tornan obsoletos a los otros métodos? *The Family Therapy Networker*. Recuperado el 28 de mayo de 2007 de <http://www.redsistemica.com.ar/articulo42-1.htm>.

- Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson, D. (1967). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder (1986).
- Watzlawick, P.; Weakland, J.H. y Fisch, R. (1989). *Cambio. Formación y solución de problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- White, M. y Epston, D. (1980). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. México: Paidós.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Wikipedia. (2006). *Divorcio*. Recuperado el 22 de julio de 2006.  
<http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Divorcio&oldid=8332645>.
- Wikipedia. (2007). *Constructivismo (filosofía)*. Recuperado el 21 de agosto de 2007.  
[http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Constructivismo\\_%28filosof%C3%ADa%29&oldid=10574151](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Constructivismo_%28filosof%C3%ADa%29&oldid=10574151).
- Witzezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.

## APÉNDICE A

### ORGANIGRAMA POR FUNCIONES DEL CENTRO COMUNITARIO DR. JULIÁN MAC GREGOR



## APÉNDICE B 1

### FACTOR 1

<b>Estructura Familiar en la Etapa Adolescente</b>	
<b>REACTIVOS</b>	<b>S<sup>2</sup> = 8.3 Carga Factorial</b>
1. Mis papás me comprenden	.685
2. Mi papá me apoya con la tarea	.655
3. Puedo exponer a mis padres mis puntos de vista	.617
4. Estoy de acuerdo con todo lo que piensan mis padres	.614
5. A mi papá le platico todo lo que me pasa	.562
6. Mis papás ignoran lo que hago	.560
7. Mis padres confían en mi	.557
8. Mis padres están al pendiente de mis calificaciones escolares	.517
9. Cuando yo faltó a comer mi familia me extraña	.482
10. Las reglas en casa son justas	.450
11. A mi mamá le platico todo lo que me pasa	.449
12. Mis papás resuelven los conflictos platicando	.443
13. Obedezco las órdenes de mis padres	.381
14. Mis papás platican todo lo que ocurre en la familia	.375
15. Mis padres entran en mi habitación sin tocar la puerta	.368
16. Mi mamá critica a mis amigos (as)	.366
17. Mi actividad principal es ir a la escuela	.360
18. Cumpló con mis tareas escolares	.355
19. Mis papás critican a mis amigos (as)	.323
20. Contradigo a mis padres	.312
21. Mis papás me dejan ir a fiestas	.302

## APÉNDICE B 2

### FACTOR 2

<b>Subsistema Parental: Rol paterno, Funciones de Jerarquía y Autoridad</b>	
<b>REACTIVOS</b>	<b>S<sup>2</sup> = 8.1 Carga Factorial</b>
1. Mí papá dice lo que se debe hacer en la casa	.689
2. En la casa se hace lo que papá dice	.668
3. Toda mi familia hace lo que dice mi papá	.637
4. Mi papá me cuida cuando estoy enferma	.634
5. Mi papá está enterado de lo que pasa en la casa	.613
6. Mi papá reúne a la familia	.606
7. Me llevo mejor con mi papá	.591
8. Mi papá se preocupa por mi	.583
9. Cuando mi papá sale por unos días todos lo extrañamos mucho.	.583
10. Mis papás deciden las reglas familiares juntos	.558
11. Mi papá es el que lleva el dinero a la casa	.534
12. Mi papá participa en las labores domésticas	.524
13. Mis padres son muy unidos	.504
14. Cuando mi papá se ausenta nos entristecemos	.487
15. Mi papá y yo nos divertimos mucho, cuando mi mamá no está	.446
16. Trato de tener mejores calificaciones que mis hermanos (as)	.413
17. Cuando hay un problema mis papás se dejan de hablar	.406

## APÉNDICE B 3

### FACTOR 3

<b>Pautas Interaccionales entre los subsistemas parental y fraterno</b>	
<b>REACTIVOS</b>	<b>S<sup>2</sup> = 8.0 Carga factorial</b>
1. Mis papás sólo ponen atención a alguno de mis hermanos(as)	.759
2. Yo tomo la ropa de mis hermanos sin permiso	.735
3. Mis papás me comparan con mis hermanos (as)	.729
4. Mis papás prefieren a mis hermanos (as)	.721
5. Mis hermanos toman mis cosas sin avisarme	.638
6. Mis hermanos (as) son mejores que yo	.613
7. Mi mamá prefiere a mis hermanos (as)	.603
8. Mi hermano (a) me manda a hacer todo	.558
9. Cuando alguno de mis hermanos se ausenta todos estamos tristes	.549
10. Mis hermanos (as) me obedecen	.549
11. Le platico a uno alguno de mis hermanos (as) lo que me pasa	.538
12. Algunos de mis ermanos (as) trabajan para apoyar a mi familia	.536
13. Mi hermano (a) es más atractivo que yo	.515
14. Mis hermanos (as) me apoyan si mi mamá me regaña	.511
15. Mis hermanos (as) me apoyan si mi papá me castiga	.505
16. Mi mamá y alguno de mis hermanos (as) están en mi contra	.393
17. Mis hermanos y yo colaboramos con las labores de la casa	.350
18. Alguno de mis hermanos (as) cuida de nosotros	.346

## APÉNDICE B 4

### FACTOR 4

<b>Alianzas y Coaliciones Transgeneracionales</b>	
<b>REACTIVOS</b>	<b>S<sup>2</sup>= 7.0 Carga factorial</b>
1. Me molesto con mamá cuando pelea con papá	.694
2. Defiendo a mi mamá cuando pelea con papá	.575
3. A mi papá le disgusta que mi mamá me regañe	.555
4. Mis papás se faltan al respeto	.543
5. Si le doy la razón a mi papá mi mamá se enoja	.528
6. Si le doy la razón a mamá mi papá se enoja	.514
7. Cuando mamá discute con papá, acostumbra regañarme	.499
8. Me enoja con papá cuando discute con mamá	.491
9. Cuando papá discute con mamá, acostumbra desquitarse con migo	.484
10. Mi papá nos habla mal de mi mamá	.458
11. Mi madre me compara con ella	.373
12. Mis papás me golpean y me insultan	.364
13. Defiendo a papá cuando pelea con mamá	.349
14. Mi madre compara mi figura física con la de ella	.330
15. Mi mamá tiene un trabajo	.322

## FACTOR 5

<b>Subsistema Parental (Rol materno, centralidad y afectos)</b>	
<b>REACTIVOS</b>	<b>S<sup>2</sup>= 5.0 Carga factorial</b>
1. Mi mamá se preocupa por mí	.664
2. Me llevo mejor con mi mamá	.604
3. Mi mamá siempre está pendiente de lo que nos hace falta	.596
4. Mi mamá me cuida cuando estoy enferma	.591
5. Cuando mi mamá sale por unos días todos los extrañamos mucho	.571
6. Mi mamá organiza las fiestas familiares	.418
7. Cuando mi mamá no asiste a una reunión familiar, ésta ya no se hace	.393
8. Mi mamá organiza las actividades los fines de semana	.349

## APÉNDICE C

### Cuestionario para elaborar el Relato de vida en Familia

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

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

Esta es una investigación que pretende conocer lo que piensas de tu familia, por lo que estamos solicitando tu colaboración para que en las hojas que se te proporcionaron, relates tu vida en familia. Procura contestar de manera individual y personal las siguientes preguntas.

***Cuéntanos ¿cómo te sientes dentro de tu familia? Contesta las siguientes preguntas comentándonos por qué crees que las cosas son así o no son así.***

***1.- ¿Han cambiado tus padres en la manera de tratarte?***

- a) ¿Cómo era hace dos años y cómo es ahora la relación con tus papás? Coméntanos por qué crees que las cosas son así ahora.*
- b) ¿Describe cómo es ahora la relación con tus hermanos? (si los tienes).*
- c) ¿Describe cómo es ahora la relación con tus abuelos? (si los tienes).*
- d) ¿Con quiénes más convives en casa? Describe cómo es la relación con ellos*

***2.- ¿Han cambiado tus deberes y privilegios en el hogar? ¿Cómo era antes? ¿Cómo es ahora. Coméntanos por qué crees que las cosas son así ahora.***

***3.- ¿Quién decide lo que tienes que hacer y lo que puedes hacer dentro y fuera de casa?***

- a) ¿Estás de acuerdo o no con las decisiones que esa persona toma con respecto a ti? Comenta por qué sí o por qué no estás de acuerdo*

***4.- ¿Tus papás acostumbran premiarte o castigarte?***

- a) ¿Por qué motivos suelen premiarte o castigarte?*
- b) ¿Qué formas utilizan para premiarte o castigarte?*

***5.- ¿Cómo se llevan tus papás entre ellos?***

- a) ¿Te agrada o no esa forma de tratarse?*
- b) ¿Por qué sí y por qué no?*

***6.- ¿Qué actividades y pasatiempos realizan juntos (padres e hijos)?***

***7.- ¿Cómo se distribuyen las obligaciones dentro de casa?***

- a) ¿Qué actividades realizas tú en casa?*
- b) ¿Estás de acuerdo con las actividades que realizas?*
- c) ¿Por qué sí o por qué no?*

**8.- Pláticanos si existe algún miembro de tu familia al que consideres más importante y por qué.**

**9.- ¿Relata algún hecho o situación importante (bueno o malo) que haya sucedido dentro de tu familia o qué les esté sucediendo en el momento actual?**

a) ¿A quién le sucedió?

b) ¿A quién le afectó más y por qué crees que le afectó más?

c) ¿Cómo te sentiste tú?, ¿cómo se sintieron tus papás?, ¿cómo se sintieron tus hermanos?

d) ¿Qué hicieron o han hecho para resolverlo?

**Utiliza estas preguntas como guía para que trates de darnos la mayor información posible, pero sobre todo RELATA cómo te has sentido en cada uno de esos momentos y por qué. Ten la seguridad de que la información que nos proporciones será totalmente confidencial y sólo será utilizada con fines académicos guardando tu anonimato.**

## APÉNDICE D

### Ejemplo del Análisis cualitativo aplicado al relato de una adolescente

A continuación se describe el relato de familia de una adolescente dividido en párrafos. En cada párrafo se han subrayado los indicadores de sentido. Después, aparece un cuadro que presenta el análisis cualitativo que se hace de los indicadores de sentido y la descripción de las *categorias* en donde dichos indicadores se agrupan y que aparecen en negritas. El nombre de la adolescente ha sido modificado para guardar su anonimato.

Belén Fernández/14 años/ 3° de Secundaria/ Turno matutino

*Hace como tres años yo vivía con mi mamá y papá y la relación que llevábamos era muy diferente a la de ahora, porque hace tres años me apoyaban los dos, nada más uno se iba a trabajar y vivíamos juntos los cinco; y ahora mis papás se separaron, mi hermana se fue con él y yo me quedé con mi mamá y mi hermano, mi mamá se juntó y la relación que llevo es diferente porque ahora yo cuido a mi hermano en lo que llega mi mamá.*

La presencia de hijos adolescentes en la familia, marca una etapa significativa en la vida familiar (**ciclo vital de la familia**), aunado a otros factores que pueden alterar su evolución, como por ejemplo, los cambios (flexibilidad) observados por la adolescente, en cuanto a la separación de sus padres, la nueva pareja de la madre, la ausencia y falta de atención del padre (eventos desestabilizadores); así como las nuevas funciones (roles) que realizaba, sobre todo en el cuidado de su hermano (rol de crianza).

Estos mismos cambios (flexibilidad) implicaron hacer modificaciones en los hábitos o costumbres (patrones de interacción). La percepción de falta de apoyo que antes sí recibía de sus papás podría traducirse en desinterés, alejamiento o abandono que influiría en la relación con ellos (**relaciones interpersonales débiles, lejanas**) hechos que aumentan la **brecha generacional** o repercuten desfavorablemente en el **desarrollo de su identidad**.

*La relación con mis abuelos ha sido la misma, ellos no cambiaron nada, mi papá ahora ya casi no me apoya y mi mamá sí.*

En esta familia, los abuelos no forma parte del sistema familiar (**subsistema extrasistémico**), no obstante se perciben cercanos, probablemente apoyando a la madre en el cuidado de la adolescente y de su hermano (**familia soporte con funciones de crianza**). Así también, el que sus abuelos no hayan cambiado (**flexibilidad**) podría traducirse o ser percibido por la adolescente como: lealtad, apoyo, confianza (**vínculos, alianzas**). Lo anterior me llevó, posteriormente a analizar las relaciones afectivas (**vínculos**), así como la cercanía o distanciamiento que existía tanto dentro como fuera del sistema familiar (**límites**) y que sigue a continuación.

**La relación que la adolescente mantenía con sus padres** (subsistema parental) **parecía vulnerable** ante la percepción de falta de atención y apoyo del padre (coaliciones). **Lo anterior hacía suponer que no existían** vínculos afectivos (difusos) **entre ellos o sus relaciones interpersonales eran débiles y lejanas; no así con la madre, de quien sí percibía apoyo** (vínculos, alianza) **a pesar de su rol proveedor, que obligaron a esta familia a cambiar** (flexibilidad) **sus hábitos** (patrones de interacción) **que llevaban a cabo anteriormente, debido al trabajo de la madre fuera de casa.**

**En cuanto a la relación con su hermana** (subsistema fraterno) **también se veía vulnerable debido a la falta de convivencia** (patrones de interacción) **entre ellas que derivara en confianza y apoyo** (vínculos difusos, coaliciones) **o que fortaleciera su relación afectiva que se percibía débil y lejana aún siendo ambas del mismo género** (límites de género, rígidos).

**El rol de crianza que ahora tenía con el hermano** (subsistema fraterno), **la diferencia de edades y de género** (límites intergeneracionales y de género, de difusos a rígidos), **eran factores que podían interferir en sus vínculos** (difusos, coaliciones) **y por ende en sus relaciones afectivas** (relaciones interpersonales, de normales a débiles).

*Mis deberes ahora son diferentes porque antes yo no cuidaba a nadie y no hacía quehacer y ahora tengo que cuidar a mi hermano y hacer quehacer y lavar mi ropa. La que decide lo que tengo qué hacer dentro y fuera es mi mamá y yo no estoy de acuerdo cómo se distribuyen los quehaceres de la casa porque yo hago todo. Casi no me castigan cuando me porto mal, nada más hablan con migo, mis tíos, mi mamá y a veces mi papá.*

**Las funciones** (roles) **que más se destacan, en el discurso de la adolescente son tres: los que ella desempeña la crianza de su hermano, quehaceres y responsabilidades** (rol parental, deberes y obligaciones), **que además de que han cambiado** (flexibilidad baja), **le parecen injustas por la sobrecarga que representan para ella** (sobreexigencia). **También se aprecian las que desempeña su madre como proveedora. Por otro lado, la adolescente expresó, de manera implícita, la función de crianza que los abuelos y tíos desempeñan con sus nietos, sobre todo en el cuidado de su educación cuyo eje principal es la comunicación, aunado a la ausencia de castigos** (métodos disciplinario, autoritativo, no autoritario). **El contacto con este subsistema extrasistémico, me llevó a explorar la cercanía o distanciamiento** (límites) **que existía entre subsistemas y dentro de ellos.**

**Con respecto a los abuelos y los tíos se puede decir que representaban más bien una fuente de apoyo y refugio (familia soporte, vínculos fuertes, alianza) ante las tensiones que los cambios experimentados (eventos desestabilizadores, flexibilidad baja) generaban en la adolescente y dentro del sistema familiar.**

**Por otro lado, no parecían interferir, (límites extrasistémicos, semipermeables; límites intergeneracionales, flexibles) más bien apoyaban en la educación (métodos disciplinarios) y en las decisiones de la madre en cuanto a los deberes y obligaciones que debía realizar su nieta, al mismo tiempo que mostraban respeto ya que la adolescente tiene claro que es su madre y no sus abuelos quienes decide lo que ella debe hacer (límites intergeneracionales flexibles), así como apoyo y aceptación (vínculos claros, alianzas) ante la decisión de su hija de elegir una nueva pareja. Todo lo anterior representa y resume también el grado de involucramiento (muy involucrada), es decir, el interés, preocupación y cooperación que el subsistema extrasistémico tenía con la familia de origen de la adolescente.**

**Siguiendo con la exploración de la cercanía o distanciamiento (límites) entre los miembros de esta familia, era de esperarse que ante el alejamiento y falta de atención del padre y la separación de las hermanas, pero sobre todo, la falta de vínculos y de relaciones interpersonales lejanas, los límites con la hermana (límites de género) y con el padre (límites intergeneracionales y de género) parecieran más bien rígidos, y por lo tanto, poco involucrados. Con la madre (subsistema parental) los límites eran claros pero un poco rígidos, sobre todo en la percepción de sobreexigencia en cuanto a sus nuevos deberes y obligaciones y una injusta repartición de las mismas. Sin embargo, el método de enseñanza autoritativo, (no autoritario) es decir, sin castigos pero con normas y reglas claras, además de buena comunicación, favorecían la relación afectiva entre ellas (relaciones interpersonales normales), los vínculos (alianzas) y por lo tanto favorecían la percepción de una madre involucrada aunque medianamente ante el rol de proveedora que debía cumplir.**

*Mi mamá y papá se llevan no muy bien pero tampoco muy mal porque casi no se hablan y así yo no veo a mi padre.*

**Dentro del subsistema conyugal se aprecian límites de género rígidos ante el rompimiento e indiferencia que muestra los padres entre sí (vínculos difusos, coaliciones) pero que afectan a la adolescente debido a la imposibilidad de convivir con su padre y el desinterés de éste por buscarla (relaciones interpersonales lejanas, vínculos poco claros). La indiferencia de la adolescente ante la ausencia del padre y la hermana, hablan de una posible negación como etapa del **duelo** que la adolescente vive ante esas pérdidas.**

*Al miembro de mi casa que quiero más es a mi tío Rubén, pero él no está con migo, hace cinco años el se fue a Nueva York y yo me puse muy triste porque lo quiero, porque él estuvo con migo desde el kinder, convivimos más tiempo con el que con mi padre.*

Este párrafo es el primero donde explícitamente la adolescente habla de sentimientos de afecto y cariño al referirse de manera especial hacia un miembro de la familia extensa, un tío que está lejos, pero que aún recordaba no sólo por el cariño que él le demostró (**relaciones interpersonales intensas**) sino por la atención que éste le prestaba, así como la convivencia que también existía entre ambos (**vínculos fuertes, alianzas**). Lo anterior hace suponer que ese tío representó un papel central en la vida de la adolescente (**centralidad**), incluso, opuesta a la que tenía con su padre.

## APÉNDICE E 1

<b>ESTRUCTURA FAMILIAR</b>		
<b>CATEGORÍA</b>	<b>SUBCATEGORÍA</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>CONFIGURACIÓN FAMILIAR</b>		<b>Definición de la familia de acuerdo con su constitución tipo de familia y número de miembros.</b>
TIPO DE FAMILIAS		Definición de familia de acuerdo al número de miembros.
	Nuclear	Está conformada por los padres y los hijos.
	Uniparental	Parejas divorciadas, separadas o viudas.
	Extensas o Soporte	Familias que forman dos troncos generacionales con distintas reglas pero se reparten las funciones parentales.
	Familias acordeón	Uno de los progenitores se ausenta por lapsos prolongados.
	Familias cambiantes	Cambios de domicilio o de parejas que funcionan como esposos(as), padres o madres.
	Familias con fantasma	Familias que tienen problemas para reasignar las funciones del padre ausente.
	Familias descontroladas	Familias con un hijo adolescente o que presentan síntomas físicos u orgánicos.
CICLO VITAL		Transición por varias etapas del desarrollo familiar, desde su formación hasta su integración.

## APÉNDICE E 2

<b>ESTRUCTURA FAMILIAR</b>		
<b>CATEGORÍA</b>	<b>SUBCATEGORÍA</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
CICLO VITAL	Etapa adolescente	Cambio de la relación por la separación de los hijos. Se cuestionan los valores familiares. La brecha generacional sufre grandes alteraciones.
<b>ESTRUCTURA FAMILIAR</b>		<b>Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la interacción de los miembros de una familia a través de pautas transaccionales.</b>
SUBSISTEMAS		Diferenciación de los miembros de la familia de acuerdo con el desempeño de funciones.
	Conyugal	Está compuesto por un hombre y una mujer que se unen para formar una familia con funciones de apoyo y complemento.
	Parental	Lo forman los padres con opción de excluir a uno de ellos. Su función es promover la socialización, los valores y la protección sin renunciar al mutuo apoyo.
	Fraterno	Lo forman los hermanos quienes aprenden a ganarse el reconocimiento a negociar y se promueve la socialización.
JERARQUÍA		Obligaciones y responsabilidades en base a generaciones, edad, sexo y funciones.

## APÉNDICE E 3

<b>ESTRUCTURA FAMILIAR</b>		
<b>CATEGORÍA</b>	<b>SUBCATEGORÍA</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>LIMITES</b>		Reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Su función es proteger la diferenciación de los subsistemas.
	Extrasistémicos	Los que separan a la familia del medio externo.
	Intergeneracionales	Límites que separan a los miembros de acuerdo con el subsistema en el que participan y su jerarquía.
	Género	Límites que separan a los miembros de acuerdo con las funciones de género que realizan.
<b>NIVELES DE INVOLUCRAMIENTO</b>		<b>Grado de comunicación y preocupación entre los miembros.</b>
	Familias aglutinadas	Disminuye la distancia entre los miembros y los límites se esfuman.
	Familias desligadas	Límites rígidos, comunicación difusa. No existe sentido de pertenencia, protección o lealtad.
<b>ROLES</b>		Funciones que realizan los miembros de acuerdo al subsistema al que pertenecen y su jerarquía.
	Idiosincráticos	Ideas y creencias que giran alrededor del rol que se desempeña.

## APÉNDICE E 4

<b>ESTRUCTURA FAMILIAR</b>		
<b>CATEGORÍA</b>	<b>SUBCATEGORÍA</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
ROLES	Disciplinarios	Funciones prácticas que se llevan a cabo.
	Sobreexigencias	Pautas de interacción que implican sobrecarga relacionada con la obligaciones y responsabilidades dentro del hogar.
CENTRALIDAD		Significancia que tiene un miembro por su poder de convocatoria e involucramiento dentro del grupo.
RELACIONES INTERPERSONALES		Relación diaria que se establece entre los miembros de acuerdo con los patrones de interacción que se han establecido a través del tiempo.
VÍNCULOS		Expresiones de afecto que se dan entre los miembros del sistema.
	Alianzas	Dos personas comparten un interés del que no participa un tercero.
	Coaliciones	Acciones conjuntas contra un tercero que da lugar a traídas o conflictos.
VALENCIA	Rechazo mutuo. Ambivalencia mutua. Aceptación de A ambivalencia de B. Ambivalencia de A aceptación de B.	Grado de afectividad entre los miembros de la familia.

## APÉNDICE E 5

<b>ESTRUCTURA FAMILIAR</b>		
<b>CATEGORÍA</b>	<b>SUBCATEGORÍA</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
CRISIS DE IDENTIDAD		Poco sentido de dirección, dificultad para tomar decisiones que resultan precipitadas, drásticas e impulsivas.
CRISIS GENERACIONAL		Conflictos provocados por la brecha generacional, relacionados con la aprobación de los padres hacia las ideas, modas y conductas de sus hijos.
SENTIDO DE PERTENENCIA		Reconocerse como parte del núcleo familiar, percepción de amor, aceptación e involucramiento entre los miembros y de esta misma forma, saber expresarlas a los otros miembros.
EVENTOS DESESTABILIZADORES		Demandas que se presentan excesivamente rápidas, simultaneas, demasiado complejas y por demás diversas; que exigen confrontar grandes retos, constituyendo fuentes de vulnerabilidad personal.

## APÉNDICE F

### ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA?

#### RECUERDA

**Cada uno de nosotros tiene el derecho, podemos y debemos cambiar una relación violenta.**



Asignatura: Teorías y Modelos  
Profesora: Carolina Díaz

ALUMNAS:  
GARCÍA GONZÁLEZ MA. GUADALUPE  
ANA LILIA ESCALANTE ZAMUDIO  
LOURDES SOTO HERNÁNDEZ

UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

#### ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA?



**¿ES POSIBLE CAMBIAR UNA RELACIÓN EN LA QUE HAY VIOLENCIA?**

### ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA?

#### LA VIOLENCIA

Es todo atentado a la integridad física y emocional del individuo, acompañado por un sentimiento de coerción y de peligro

Poco a poco se convierte en una fuerza destructora de sí mismo y del otro.

La violencia afecta tanto a quién la ejerce como a quién la padece y se puede manifestar de diferentes formas.

Algunas se le observa públicamente y toma la forma de grandes arrebatos en los que los participantes se enfrascan en un intercambio de agresiones que pueden ser físicas o verbales.

Pero en otros casos la violencia ocurre en un ámbito privado casi secreto en el que la víctima puede sentirse merecedora de lo que le ocurre.

#### SOLUCIONES QUE HAN DEMOSTRADO NO FUNCIONAR

- A veces se recurre a negar que se está viviendo una relación violenta.
- Aceptamos que tenemos una relación violenta pero no dejamos que nadie lo sepa.
- Nos convencemos de que así es la vida y que nada tenemos que hacer.
- Tomamos acciones que parecen aumentar el problema.
- Empleamos mensajes confusos para tratar de detener la violencia no dejando claro qué de la relación debe cambiar.

#### Y... ¿POR QUÉ NO FUNCIONAN?

- Por más que neguemos la existencia del problema se manifestará en algún momento y sus consecuencias cada vez serán mayores.
- Cuando impedimos que alguien lo sepa nos cerramos las posibilidades de obtener apoyo.
- Si creemos que la vida es mala y es natural ser víctima de violencia nada

podremos hacer para cambiarlo.

- Cuando no tenemos claro que y por qué debemos cambiar la relación violenta no es posible efectuar el cambio.

#### OTRAS ALTERNATIVAS PUEDEN SER.

- Tener claro el problema.
- Repasar cuáles han sido los intentos de solución intentados y que no han dado el resultado deseado, para intentar cosas nuevas.
- Identificar dentro de estas situaciones cuáles con los aspectos que mantienen la situación violenta.
- Identificar en qué momentos y en qué circunstancias ocurre la violencia y tratar de introducir algunos cambios en estos aspectos.
- Si la violencia se mantiene en secreto, podemos empezar a contárselo a alguien.
- Ten presente que actualmente hay diversas instituciones que te pueden ayudar a cambiar una relación violenta.

**APÉNDICE G 1**  
**¡S.O.S. TENGO UN ADOLESCENTE EN CASA!**

Cronograma	Contenido	Objetivos	Actividades		Recursos	Evaluación
			Enseñanza	Aprendizaje		
<p style="text-align: center;"><b>Sesión 1</b></p> <p style="text-align: center;"><b>1 hora</b> <b>10 minutos</b></p>	<p><u>ENCUADRE</u></p>	<p>Promover la integración de las participantes para generar un clima de confianza.</p> <p>Describir los objetivos del taller</p>	<p>Técnica de la telaraña</p>		<p>Bola de estambre</p>	<p>Aportarán la información que se les solicitó.</p>

## APÉNDICE G 2

### ¡S.O.S. TENGO UN ADOLESCENTE EN CASA!

Cronograma	Contenido	Objetivos	Actividades		Recursos	Evaluación
			Enseñanza	Aprendizaje		
<p><b>Continuación</b> <b>Sesión 1</b></p> <p><b>1 hora</b> <b>20 minutos</b></p>	<p><b>Tema 1</b></p> <p><u>Ciclo de la Familia</u></p>	<p>Normalizar la etapa del ciclo vital por la que atraviesa la familia con hijos adolescentes.</p> <p>Describir los conflictos más comunes presentes en esta etapa.</p>	<p>Explicar los factores socio culturales que demandan padres competentes</p> <p><b>Técnicas:</b></p> <p><i>Explorando el ciclo vital</i></p> <p><i>Tarea de fórmula</i></p>	<p>Que los padres aprendan las etapas por las que atraviesa la familia; los cambios que se experimentan en algunas de ellas y los factores sociales y culturales que influyen en el entorno familiar.</p>	<p>Cartulina y plumón</p>	<p>Exposición de ideas respecto al tema.</p> <p>Participación individual y en parejas.</p>

## APÉNDICE G 3

### ¡S.O.S. TENGO UN ADOLESCENTE EN CASA!

Cronograma	Contenido	Objetivos	Actividades		Recursos	Evaluación
			Enseñanza	Aprendizaje		
<p style="text-align: center;"><b>Sesión 2</b></p> <p style="text-align: center;"><b>2 horas</b> <b>55 minutos.</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Tema 2</b></p> <p style="text-align: center;"><u>Buscando excepciones.</u></p>	<p>Identificar las habilidades y recursos que los padres llevan a cabo al relacionarse con sus hijos.</p>	<p>Resaltar los recursos que los padres ponen en práctica en la solución de conflictos.</p> <p style="text-align: center;"><b>Técnica “Collage”</b></p>	<p>Que los padres visualicen los recursos que ya tienen, les pongan un nombre, se los adjudiquen y los sigan poniendo en práctica.</p>	<p>Rotafolio para el collage, revistas pegamento blanco, tijeras, cinta adhesiva hojas de papel y plumas.</p>	<p>Elaboración exposición y explicación del collage.</p>

## APÉNDICE G 4

### ¡S.O.S. TENGO UN ADOLESCENTE EN CASA!

Cronograma	Contenido	Objetivos	Actividades		Recursos	Evaluación
			Enseñanza	Aprendizaje		
<b>Sesión 3</b>  <b>2horas</b> <b>30 minutos.</b>	<b>Tema 3</b>  <u>Comunica- ción entre padres e hijos.</u>	Reflexio- nar sobre la forma en que acostum- bran escuchar a sus hijos.  Proponer alternati- vas para escuchar a sus hijos.	<b>Técnica Expositiva</b>  Característi- cas de la escucha profunda.  <b>Técnica</b>  “Poniendo en práctica la escucha profunda.”  <b>Lluvia de ideas</b>	Identificar experiencias o situaciones en las que los participantes se sintieron escuchados o han sentido que han escuchado a alguien con atención e interés.  Identificar algunos elementos cognitivos y emocionales de la escucha activa o escucha profunda.	Rotafo- lios, tabla compara- tiva de las caracterí- sticas de la <i>escucha analítica</i> y la <i>escucha profunda</i> .	Aportación de experiencias   Exposición de dudas y comentarios  Participa- ción en las dramatiza- ciones y comentarios .

## APÉNDICE G 5

### ¡S.O.S. TENGO UN ADOLESCENTE EN CASA!

Cronograma	Contenido	Objetivos	Actividades		Recursos	Evaluación
			Enseñanza	Aprendizaje		
<p><b>Sesión 4</b></p> <p><b>2 horas</b> <b>40 minutos.</b></p>	<p><b>Tema 4</b></p> <p>Los conflictos familiares: “El pan nuestro de cada día”.</p>	<p>Considerar la existencia de conflictos familiares como eventos cotidianos y frecuentes.</p> <p>Identificar los conflictos que desean resolver a través de objetivos específicos.</p>	<p>Normalizar los conflictos en la relación padres e hijos.</p> <p>Aprender a distinguir entre un problema complejo y un problema que puede cambiarse.</p> <p><b>Técnica:</b> <b>“Qué no”</b></p>	<p>Que los padres visualicen los conflictos como parte de la vida cotidiana.</p> <p>Que comprendan cómo los conflictos se vuelven un problema.</p> <p>Aprender a definir un problema en términos objetivos, concretos y reales.</p>	<p>Hojas de papel impresas con el título: “qué no”</p> <p>Plumas y rotafolio.</p>	<p>Participación individual y por equipos a través de sus respuestas y reflexiones.</p>

## APÉNDICE G 6

### ¡S.O.S. TENGO UN ADOLESCENTE EN CASA!

Cronograma	Contenido	Objetivos	Actividades		Recursos	Evaluación
			Enseñanza	Aprendizaje		
<p style="text-align: center;"><b>Sesión 5</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Cierre del Taller</b></p> <p style="text-align: center;"><b>2 horas 30 minutos.</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Tema 5</b></p> <p style="text-align: center;">Buscando soluciones para resolver los conflictos.</p>	<p>Aprender a solucionar los conflictos poniendo en práctica los recursos y habilidades que han funcionado en otros momentos y que se pierden de vista.</p>	<p>Centrarse en los recursos y fortalezas de los padres a través de descripciones, explicaciones únicas y preguntas centradas en las excepciones</p> <p><b>Técnicas:</b> <i>Buscando soluciones para resolver conflictos.</i></p> <p><i>Evaluación por escrito del taller</i></p>	<p>Aprender la diferencia entre centrarse en los conflictos (más de lo mismo) y centrarse en las soluciones (más de lo que funciona).</p> <p>Identificar las excepciones. Comprender los alcances y beneficios en la relación con el adolescente, centrarse en las soluciones</p>	<p>Rotafolios</p> <p>Hojas de evaluación</p>	<p>Participación a través de comentarios de forma escrita</p>