

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**“Las Depresiones, un Abordaje Sistémico”**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**MAESTRO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**JULIO CÉSAR CORTÉS RAMÍREZ**

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE.  
REVISORA DEL REPORTE: DRA. MARÍA BLANCA MOCTEZUMA YANO.  
COMITÉ TUTORIAL: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO.  
MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA.  
MTRA. PIEDAD ALADRO LUBEL.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## DEDICATORIAS

*Este trabajo se lo quiero dedicar a mi universidad que me ha dado tanto, a quien desde hace 14 años comenzó a formar a un hombre pensante, crítico, un hombre libre y un ser humano feliz. Que ha encontrado en el conocimiento no solo la forma de ganarse la vida sino de contribuir con un granito de arena a esta sociedad y pueblo que tanto amo y que muchas veces me ha dolido, a través de mi ejercicio profesional he tratado de retribuirle algo a este país que tanto quiero, es por eso que dedico este trabajo a mi Universidad Nacional Autónoma de México con quien tengo un amplio compromiso ético y moral.*

*Quiero agradecer su gran apoyo a todos los profesores y supervisores que me permitieron aprender de sus conocimientos tanto académicos como sus experiencia de vida. Profundamente gracias a la Maestra Blanca Estela Barcelata por su acompañamiento como mi tutora durante los dos años de maestría quien con su consejo y calidez transitó conmigo en este proyecto, gracias a la Dra. Mari Blanca Moctezuma por compartir su brillantez y por sus atinados consejos, al comité tutorial: Dra. Luz de Lourdes Eguiluz, Mtro. Arturo Martínez Lara, Mtra. Piedad Aladro. A todos mis maestros pero especialmente al Dr. Raymundo Macías de quien tuve la fortuna de ser supervisado en mi práctica clínica, a mis profesores: Silvia Vite, Nora Renteria, Maria Elena Rivera, Flavio Sifuentes, Patricia Moreno, Luz María Rocha, Sofía Rivera, Dolores Mercado, Jaqueline Fortes.*

*Por supuesto que este trabajo se lo dedico a mi familia integrada por mi amada esposa y compañera de vida Mónica, a mis padres Andrés y Gloria, a mis hermanos Andrés, Oscar y Angélica, a Hortencia que es una hermana más, a mis sobrinos Eduardo, Leslie y Jesús, a mi abuelita Margarita quien desde el cielo seguirá guiando mis pasos. A mi amigo Carlos compañero del alma, a los amigos de la facultad: Marcela, Paola, Ale, Licha, Israel, Juan, Eiji, Charly, Naye, Jahir, Klayder, Maribel, Elvia, Ana, Lulú, Martha, Domingo, Roberto "el sonoreño", y a todas las personas que de alguna manera me acompañaron y apoyaron en este proceso que desde luego son todos aquellos pacientes que me permitieron entrar a la intimidad de sus vidas.*

## ÍNDICE

	Pág.
<b>I Introducción y Justificación:</b>	<b>1</b>
1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar.	1
1.1. Características del campo psicosocial.	1
1.2. Principales problemas que presentan las familias.	3
1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	3
2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico:	8
2.1. Descripción de los escenarios.	8
2.2. Análisis sistémico de los escenarios.	11
2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes	11
<b>II. Marco Teórico.</b>	<b>12</b>
1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo:	12
1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	12
1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna:	29
1.2.1. Modelo Estructural	32
1.2.2. Modelo Estratégico	38
1.2.3. Modelo de Terapia Breve	47
1.2.4. Modelo Orientado a Soluciones	54
1.2.5. Modelo de Milán	58
1.2.6. Modelos desarrollados con sustento en el pensamiento posmoderno.	64
1. 2. 6. 1. Modelo de Terapia Narrativa.	64
1. 2. 6. 2. El Equipo Reflexivo.	68
1. 2. 6. 3. Modelo Colaborativo.	72
<b>III. Desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales.</b>	<b>75</b>
1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.	75
1.1. Las depresiones un abordaje sistémico.	76
1.2. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia en la que se atendió como terapeuta.	82
1.3. Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención clínica con	106

familias.

<b>1.4.</b> Análisis del Sistema Terapéutico Total basado observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos.	<b>107</b>
<b>2.</b> Habilidades de Investigación	<b>108</b>
<b>2.1.</b> Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa.	<b>108</b>
<b>2.2.</b> Reporte de la investigación realizada usando metodología cualitativa.	<b>118</b>
<b>3.</b> Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria	<b>129</b>
<b>3.1.</b> Elaboración y presentación de productos tecnológicos.	<b>129</b>
<b>3.2.</b> Desarrollar y presentar programas de intervención comunitaria.	<b>134</b>
<b>3.3.</b> Reporte de la presentación del trabajo realizado en foros académicos.	<b>137</b>
<b>4.</b> Habilidades de compromiso y ética profesional.	<b>138</b>
<b>4.1.</b> Discusión e integración de las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional.	<b>138</b>
<b>IV. Consideraciones finales.</b>	<b>140</b>
<b>1.</b> Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.	<b>140</b>
<b>2.</b> Incidencia en el campo psicosocial.	<b>141</b>
<b>3.</b> Análisis del Sistema terapéutico total.	<b>142</b>
<b>4.</b> Reflexión y análisis de la experiencia.	<b>143</b>
<b>5.</b> Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo.	<b>143</b>
<b>V. Referencias.</b>	<b>145</b>
<b>VI. Anexos.</b>	<b>154</b>

# I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

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

### 1.1 Características del campo psicosocial

El siglo XX estuvo caracterizado por importantes transformaciones políticas, económicas, tecnológicas, científicas y sociales, éstas han afectado la conformación de la sociedad en general impactando la dinámica de las familias. Ante el surgimiento de la familia como unidad social, surge la necesidad de cambios paulatinos para que ésta se transforme de acuerdo a los cambios que demanda la sociedad. De esta manera, las relaciones familiares se han transformado, como una manera de responder más eficazmente a las demandas sociales (Minuchin, 1986).

Durante los primeros años de del siglo XXI, el mundo y México enfrentan problemas graves, que se pueden incluir en tres rubros que son la economía, la salud y la educación. La situación de pobreza en la mayor parte del mundo y particularmente en México es un problema complejo que impacta la vida de sus habitantes en gran medida. Desde la década de los 70's en cada sexenio las crisis económicas han traído consigo resultados terribles para el grueso de la población. Estas crisis económicas impactan a la salud de la población, así como a los programas de salud pública a todos niveles. Adicionalmente los recortes en el presupuesto destinado a la salud hace más difícil la situación. Más del cincuenta por ciento de los habitantes del país son pobres, debido en gran medida a la desigualdad en los ingresos, la décima parte mas rica de la población gana mas de 40 por ciento de los ingresos totales, mientras la décima parte mas pobre solo obtiene 1.1 por ciento (Vega, 2005). Contribuyen a la pobreza la profunda desigualdad regional y étnica y las diferencias en cuanto al acceso a la salud, educación y a servicios públicos de buena calidad. Según el Banco Mundial (Vega, 2005) alrededor de 53 por ciento de los 104 millones de habitantes están en esta situación, definida como un nivel de consumo por debajo de las necesidades mínimas de alimentos básicos y algunos otros bienes no alimentarios básicos, no hay nada más contundente que este dato.

El Sistema Nacional de Desarrollo Integral para la Familia (DIF) considera que durante la segunda mitad del siglo XX hubo tres procesos principales que transformaron de manera significativa las relaciones intra familiares y el papel social de la familia: la expansión de la escolaridad entre niños y jóvenes, el ingreso creciente de las mujeres al mercado laboral y la expansión del control de los nacimientos (DIF, 2005). Estos procesos subyacen a cambios en la forma como los miembros de la familia se relacionan y también a cambios en el papel que juegan las familias en la sociedad actualmente.

Ante este contexto económico y social las familias han adoptado estrategias tendientes a mitigar el impacto de los bajos salarios e incluso el desempleo. En la vida familiar se generan cambios en cuanto a la estructura, función, apoyo y roles. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2005), en México 97 millones de personas viven en familia, de ellos 66 millones viven en familias nucleares y 30 millones en familias ampliadas; solamente 2 millones de personas no viven en familia.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias (ENDEF, 2005) es un estudio que se realizó para indagar sobre la estructura de las familias en México y cómo se relacionan. Este estudio reporta que en el año 2000 la población mexicana se agrupaba en 20.6 millones de familias, de las cuales 15.3 millones eran familias nucleares (74%) y 5.3 millones eran extensas (26%). Del total de familias, 81% estaban encabezadas por hombres y 19% por mujeres. De las familias nucleares, 13 millones eran precedidas por jefes, lo que representa 63% de todas las familias y 85% de las nucleares; en contraste, al frente de 2.2 millones había jefas, lo que significa 11% del conjunto de las familias en el país y 15% de las nucleares. En cambio en las familias extensas, 3.7 millones estaban a cargo de hombres, constituyendo 18% del conjunto de familias mexicanas y 70% de las extensas; mientras que 1.6 millones quedaban bajo la responsabilidad de mujeres, siendo sólo 8% de todas las familias y 30% de las extensas.

Esta encuesta encontró que las familias en cuanto a su estructura no han cambiado en los últimos 10 años, pero hay una tendencia ascendente de familias monoparentales encabezadas por mujeres, en el lapso de 1990 a 2000, las familias encabezadas por mujeres incrementaron su número a un ritmo más intenso (5.1% anual) que las familias precedidas por hombres (2.7% anual) además el ingreso en las familias monoparentales es inferior cuando son encabezadas por una mujer que con un hombre.

Como se observa cada vez hay más familias en condiciones de vulnerabilidad, las fuentes de tensión y desintegración familiar se amplía. Las responsabilidades de las mujeres se han incrementado y no se han dado los ajustes de funciones al interior del hogar, para reasignar o modificar roles y relaciones entre géneros. La ruptura de los vínculos familiares ha tenido como resultado que niños queden abandonados a sus propios medios, además de que dejan de asistir a la escuela, viven en condiciones de pobreza extrema, están expuestos a la drogadicción, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales y violencia.

Estos factores desde luego que tiene un efecto en las familias, se puede observar por el lado de la salud que cada día aumentan las enfermedades crónicas características del estilo de vida actual como los casos de cáncer, diabetes, hipertensión, infectados de VIH, adicciones, enfermedades psiquiátricas; por el lado de la educación: analfabetismo, deserción escolar, miles de jóvenes que cada año son rechazados de la educación media superior y superior; y lo relacionado con la situación económica: delincuencia, incremento de delitos violentos, desempleo, etc. Dentro de este contexto social y económico es lógico pensar que estos problemas impactan en la vida de las familias, el estrés, la tensión, la violencia, la frustración, etc., son el pan de cada día de las familias. Por lo anterior, es vital optimizar los recursos con que se cuentan en lo que a salud se refiere porque por un lado tenemos la escasez de recursos y por otro la abundancia de problemáticas en salud. Las políticas actuales acentúan el problema, basta con observar la negativa por parte del gobierno para presupuestar el 1% del PIB a ciencia y tecnología (Senado de la República, 2006).

Estos fenómenos han merecido atención y preocupación nacional e internacional por las implicaciones sociales, políticas y de salud pública, focalizan a la familia como un asunto de interés público, lo que ha generado en las dos últimas décadas diversas reformas en el marco legal y la ejecución de programas de desarrollo social en los que se resalta la necesidad de que participen profesionales especializados en la atención de la familia en los tres niveles de atención a la salud: Prevención, Intervención y Rehabilitación.

## **1.2 Principales problemas que presentan las familias**

Enumerar los principales problemas que afectan a las familias es una tarea compleja, pero tomando en cuenta que la esperanza de vida de los mexicanos ha subido de 34 a 75 años, de 1930 al año 2000 (INEGI, 2005), se ha pasado de un patrón de mortalidad dominado por enfermedades infecto-contagiosas a otro con el predominio de enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, hipertensión, cáncer, esquizofrenia, depresión, etc.).

A nivel mundial cinco de las 10 causas más importantes de discapacidad (depresión grave, esquizofrenia, trastornos bipolares, consumo de alcohol y trastornos obsesivos compulsivos) son problemas mentales (Garfinkel y Goldbloom, 2000). Es importante plantear que el impacto de una enfermedad crónica en uno o más miembros de la familia, es un fenómeno que requiere tratamiento no sólo individual sino familiar, ya que los costos de un tratamiento inadecuado tienen un impacto no solo individual sino familiar y social. Así pues, las enfermedades crónicas, se convierten en uno de los problemas más frecuentes en la vida de las familias. Por otra parte es frecuente la presencia de problemas de adicciones, violencia, problemas de conducta infantil y de adolescencia son otras problemáticas en donde la Terapia Familiar puede incidir.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002) reportó que 3, 508, 641 mexicanos algunas vez en su vida ha probado alguna droga; el mismo INEGI (2005) reportó que en el año 2005 las muertes registradas por suicidio fueron 3, 553. Las cifras van en aumento, por lo que se requiere de atención adecuada y oportuna, ya que el impacto de estos fenómenos afecta directamente la vida de las familias.

Los estados emocionales de los seres humanos se asocian a situaciones de conflicto cotidiano en el entorno social, que incluye lo familiar. Como resultado de esos trastornos, se encuentran las problemáticas de salud mental descritas anteriormente cuya máxima expresión son los suicidios. Pero los conflictos relacionales cuya expresión más aguda es la violencia intrafamiliar van en aumento. Este contexto exige la participación de profesionales especializados que atiendan las necesidades de la población en los tres niveles de atención, como se había mencionado.

## **1.3 La Terapia Familiar Sistémica y la Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada**

En la Psicología se han desarrollado distintas teorías y modelo con posturas filosóficas y epistemológicas diversas, que buscan comprender y explicar al ser humano. En la psicología clínica diversos enfoques elaboran explicaciones a los distintos problemas psicológicos, además de diseñar medios para su intervención. Entre las principales aproximaciones están las Psicodinámicas, el enfoque Cognitivo-conductual, la corriente Humanista, la Gestalt, etc.

La aproximación sistémica es una de las aproximaciones que se encarga de estudiar los procesos humanos, tiene como sustento la Teoría General de Sistemas y la Cibernética. Su origen puede ubicarse en el año de 1942 en Nueva York. Donde la fundación Macy, propició una serie de conferencias que promovieron uno de los cambios epistemológicos mas importantes en el campo de la ciencia en el campo de la ingeniería, biología y ciencias sociales (Wittezaele y García, 1994).

Entre los participantes estaban Gregory Bateson, Margaret Mead, Milton H. Erickson, Norbert Wiener, Kurt Lewin, Heinz Von Foerster, entre otros, y los tópicos tratados en las diferentes oportunidades fueron la Hipnosis, los Mecanismos Teleológicos y la Cibernética. Estas conferencias fueron algo así como el caldo de cultivo de nuevas ideas que con el correr de los años influyeron fuertemente en el desarrollo de muchas disciplinas científicas, especialmente la psicoterapia (Witzezaele y García, 1994).

La aplicación de las ideas cibernéticas (retroalimentación, información, regulación, organización, etc.) al campo de la ciencia, promovió una nueva forma de abordar los problemas, se introdujo un lenguaje interdisciplinario que permitió la construcción de sistemas artificiales además de lograr un entendimiento de los sistemas naturales. Dentro del desarrollo de estas ideas que después se convirtieron en el sustento epistemológico de la Terapia Familiar, Gregory Bateson tuvo un papel fundamental.

En 1952 inició un proyecto de investigación en colaboración con John Weakland, ingeniero químico, con Jay Haley, estudiante de posgrado en artes y con William Fry, psiquiatra; investigaron sobre los procesos de clasificación de mensajes y la forma en que pueden darse paradojas. Dentro de esta orientación se propuso que la conducta de la persona con esquizofrenia debe a una incapacidad para codificar mensajes pautados en diferentes niveles lógicos, y que no hacían una diferencia entre realidad y fantasía (Bateson, 1976).

Don Jackson se interesa por desarrollar los aspectos terapéuticos del Doble Vinculo y funda en 1959 el *Mental Research Institute (MRI)* en Palo Alto. Gregory Bateson no se integra a este proyecto, pero continúan las investigaciones precedentes hasta su partida en 1963 (Witzezaele y García, 1994).

Posteriormente se desarrollaron modelos de intervención (Modelo de Terapia Breve centrado en el problema y el centrado en Soluciones; Estratégico; Milán y los posmodernos – todos descritos en el capítulo dos de este Reporte-) que se fundamentaron a partir de estas ideas y otros evolucionaron junto con el pensamiento sistémico incluso distanciándose epistemológicamente hablando, pero todos tuvieron su origen en los estudios sobre comunicación humana, la Cibernética y el pensamiento de Bateson. El modelo de Terapia Breve (véase el capítulo dos) desarrollado en el Mental Research Institute se puede considerar como el primero que introdujo esta nueva epistemología a la práctica clínica, su efectividad ha sido probada en distintos contextos y tratando problemas psicológicos diversos, actualmente se sigue utilizando la misma metodología.

A continuación se presentan algunos problemas importantes de salud donde la Terapia Familiar ha mostrado resultados eficaces. Como explica Andolfi (1992), la aplicación de la teoría de sistemas a diversas disciplinas ha sido de muchas y diversas formas, pero quizá el uso más extenso dado a esta, es en el estudio de familias y su patología. Desde esta perspectiva, los estudios no se centran en el estudio de un individuo sino en la persona en el marco de su familia, la teoría de las familias con base en el sistema se sustenta en el hecho que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales.

No puede considerarse al individuo, a la familia, o a la estructura social, ni siquiera a las mismas pautas culturales, como sistemas cerrados o como entidades separadas e independientes, sino que son partes interrelacionadas e interactuantes de un todo que cambia y se transforma a lo largo del tiempo, ambos se influyen selectivamente en el proceso de cambio. (Estrada, 1996).

Se inicia con la esquizofrenia que cuyo estudio dio pie al surgimiento de las primeras explicaciones relacionales (que se contraponen a las explicaciones clásicas donde la enfermedad mental es intrapsíquica. Además de que el tratamiento de este problema incluyó a la familia en el tratamiento y posteriormente la inclusión de la familia se extrapoló a otras problemáticas. Haley (1959) ha llevado a cabo un resumen del fondo histórico del tratamiento familiar. Menciona que la explicación de la esquizofrenia cambió desde la antigua concepción en que el problema de estas familias era causado por el miembro esquizofrénico, pasando por la idea de que contenían a la madre patógena, luego por el descubrimiento de que el padre era inadecuado, hasta el énfasis actual que se da al hecho de que los tres miembros de la familia están implicados en un sistema patológico de acción recíproca.

Como se podrá observar se citan estudios clásicos y pioneros que mostraron evidencias de la efectividad del tratamiento familiar, además de que en su estudio se construyeron los fundamentos epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica. En este apartado no se incluye la Terapia Familiar en la Depresión ya que se desarrollará en el capítulo tres.

## • **Terapia Familiar de la Esquizofrenia**

La esquizofrenia ha sido una enfermedad mental que ha generado interés a través del tiempo, cabe señalar que parte importante del sustento teórico de la Terapia Familiar Sistémica surgió de los hallazgos del estudio sobre el Doble Vínculo (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1976), además el autor de este Reporte de Experiencia Profesional ha manifestado su interés profesional realizando estudios sobre la funcionalidad familiar (Barrios, Cortés, 2003), donde encontró que las familias con un integrante esquizofrénico tienen conflictos para relacionarse entre sí, tanto verbal como no verbalmente, se les dificulta el conversar y salir juntos, pedir ayuda y hablar para llegar a acuerdos ante un problema familiar es casi imposible. Además se encontraron problemas de adicciones, con figuras de autoridad, de comportamiento, emocionales trascendentales y dificultades en el cumplimiento de obligaciones.

Aún cuando la farmacología ha avanzado y ha logrado encontrar tratamientos efectivos que reducen significativamente la sintomatología de la esquizofrenia, se ha descuidado la parte interaccional tan particular en este grupo de personas, pues aún cuando se logra la remisión de la "enfermedad", las recaídas son frecuentes y la evidencia de síntomas en otro miembro de la familia es algo que sigue preocupando tanto a psiquiatras como psicólogos. En México, apareció un estudio realizado por Caraveo, Medina Mora y Rascón en 1996 donde se encontró un 0.7% de prevalencia en esquizofrenia en la población urbana adulta. Por lo que de esta manera se ha calculado que la enfermedad afecta entre 500 mil a 700 mil personas en México. La esquizofrenia es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de sintomatología psicótica, y también porque incapacita al paciente de manera considerable alterando su funcionamiento psicosocial y familiar, se han considerado que el tratamiento actual de la esquizofrenia, debe tomar en cuenta cuatro aspectos fundamentales: 1. el tratamiento farmacológico, 2. el tratamiento psicosocial, 3. la terapia familiar y 4.- el manejo del paciente en la comunidad.

En el año 1976 Vaughn y Leff (Leff, Kuipers, Berokowitz, Eberleinfries, y Surgeon, 1982) introdujeron el término Emoción Expresada (EE), el cual ha sido particularmente aplicado y estudiado en los casos de esquizofrenia, este es un concepto inicialmente aplicado en el área de las relaciones familiares. La EE es una medida de la calidad de la interacción social entre el familiar y el paciente.

La EE está definida en términos de los comentarios críticos y la hostilidad que el familiar expresa hacia el paciente. Esta también toma en cuenta que tan cálido se muestra el familiar y que tan positivo se comporta hacia el paciente. Los niveles de EE, son medidos usando la Camberwell Family Interview, que es una entrevista semiestructurada diseñada por Vaughn y Leff en 1976 (Leff, Kuipers, Berokowitz, Eberleinfries, y Surgeon, 1982). La variable EE resulta especialmente prometedora en cuanto al abordaje de la esquizofrenia en un marco de psicoterapia familiar, pues su reducción como consecuencia del tratamiento ha demostrado correlacionar con la disminución de la posibilidad de recaídas (Goldstein, 1981).

Estos resultados han llevado a la creación de programas de tratamiento psicoterapéutico familiar que combinan la reducción de EE con el incremento de las habilidades de afrontamiento de la familia (Goldstein, 1991). El formato extenso de este tipo de programas, que generalmente implica tratamientos de un año o más, combina aspectos psicoeducativos y sistémicos, insistiendo en facilitar un cambio en todos los miembros del sistema familiar.

Diamond, Serrano, Dickey y Sonis (1995) revisaron cinco estudios clínicos sobre la eficacia de estos programas (Falloon, Boyd, McGill, Razani, Moss y Gilderman, 1982; Goldstein, 1981; Hogarty, Anderson y Reiss, 1986; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries, y Sturgeon, 1982; Tarrier, Barrowclough y Vaughn, 1988) que cumplen los criterios de rigor metodológico exigibles a la investigación de resultados en psicoterapia. En los estudios anteriores se concluyó que en comparación con el uso exclusivo de medicación, la combinación de terapia familiar y medicación resulta una medida profiláctica de eficacia indiscutible contra la rehospitalización. En el estudio de Tarrier, Barrowclough y Vaughn (1988) la combinación de fármacos y terapia familiar hacía descender en más de un 40% el número de reingresos tras el tratamiento.

En México el tratamiento psicosocial a pacientes esquizofrénicos fue una aportación del Ramón de la Fuente en los años setenta, pero a partir de la década de los noventa, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente arranco un programa para la rehabilitación integral de pacientes con esquizofrenia, el cual ha probado distintas formas de tratamiento desde un enfoque biopsicosocial, que ha tenido por objetivo brindar tratamiento integral a las personas con esquizofrenia y a sus familias (Díaz, Rascón, Valencia, Unikel, Murow, Rascón, Leañós, Ortega, 1999). Los hallazgos y aportaciones de este grupo de investigadores han sido divulgados tanto a nivel nacional como internacionalmente, por ejemplo Rascón (2001) encontró que la presencia de trastornos psiquiátricos en los familiares de esquizofrénicos alcanza hasta un 58.5%. Además de que ha corroborado la EE alta en estas familias, en dos de tres grupos estudiados fue de 65% y 81% (Rascón, 2003).

Valencia, Rascón y Quiroga (2003) publicaron un artículo donde hacen un resumen de las investigaciones realizadas, Los resultados del estudio de los efectos de la intervención en los familiares, se evaluaron mediante diferentes indicadores, respecto a la carga familiar se observaron respuestas en las cargas: Emocional, económica, física y social, destacando mejoría principalmente en la "carga subjetiva emocional" de los familiares después de recibir el tratamiento. En cuanto a la expresión emocional el nivel alto se presentó con más frecuencia, resaltó el componente de sobreinvolucramiento, compuesto por aspectos de sobre protección y autosacrificio, al término del tratamiento se encontraron diferencias en el componente de sobreinvolucramiento y en la EE global. Se encontró asociación entre la expresión emocional alta, un pobre funcionamiento y la conducta sintomática del paciente. Los familiares que expresaron EE alta, reportaron mayor autodescuido, irritabilidad, violencia y aislamiento por parte de su pariente enfermo (Valencia, et. al., 2003).

Si bien se sigue discutiendo el origen de la esquizofrenia, en cuanto a los tratamientos se ha avanzado enormemente en la rehabilitación psicosocial del paciente, en donde ya no se discute la pertinencia de incluir a la familia. Se ha pasado del tratamiento intrapsíquico a un tratamiento sistémico, donde las relaciones familiares y la comunicación son foco en el proceso de rehabilitación.

- **Terapia Familiar de los Trastornos Alimentarios**

El aumento en trastornos alimentarios es alarmante en el mundo y México. Se han asociado a cuestiones que tienen que ver con la moda y también por el estilo de vida actual. Ciertos aspectos del funcionamiento familiar parecen constituir factores de riesgo para la manifestación de un trastorno alimentario, como habían propuesto algunos autores sistémicos desde perspectivas teórico-clínicas ajenas a la investigación empírica por ejemplo, Selvini (1990). En una reciente revisión de 19 estudios al respecto, Humphrey (1994) identificó factores diferenciales en las familias con hijas que padecen trastornos alimentarios. Aparentemente las familias con hijas bulímicas funcionan peor que las familias con hijas anoréxicas. Las primeras se caracterizan por patrones de interacción hostiles, caóticos, de aislamiento, baja capacidad de cuidado y poca empatía; las segundas funcionan de forma menos desorganizada, pero más dependiente y rígida (Diamond, Serrano, Dickey y Sonis, 1995).

En cuanto al tratamiento con Terapia Familiar Sistémica si bien Minuchin, Rosman, y Baker (1978) informaron de una eficacia del 86% en una terapia familiar de orientación estructural, su investigación carece del rigor metodológico de un estudio clínico controlado. En un estudio con rigor metodológico realizado por Russell, Szmukler, Dare, y Eisler, (1987), se asignaron a un grupo de 80 pacientes anoréxicas y bulímicas a dos condiciones tras el tratamiento médico prescriptivo: A) terapia familiar y B) terapia individual de apoyo. La terapia familiar produjo mejoría significativa en términos de mantenimiento del peso y funcionamiento menstrual en las pacientes menores de 18 años, mientras que las pacientes mayores de 18 años mejoraron más en terapia individual. Estos resultados se mantuvieron al cabo de cinco años de seguimiento (Russell, Dare, Eisler, I. y Le Grange, P., 1994).

En un estudio más reciente Espina, Otego y Ochoa de Alda (2000) realizaron un estudio para comparar el cambio producido en psicopatología y ajuste social en pacientes con Trastornos Alimentarios, aplicaron dos tipos de intervenciones: 1) Terapia Familiar Sistémica (TFS), en la que combinaron sesiones familiares e individuales y 2) Grupo de apoyo de padres con terapia de grupo para las pacientes (GAP+TG). Encontraron mejores resultados, estadísticamente significativos en el grupo que se trató con TFS, en cuanto a algunas de las variables comparadas.

- **Terapia Familiar en las Adicciones**

También en este caso, existe abundante literatura sobre los aspectos del funcionamiento familiar que resultan ser factores de riesgo para las adicciones entre adolescentes. Así, la poca calidad de la relación entre padres e hijos, la relación de apego deteriorada, los conflictos familiares crónicos o el consumo de drogas por parte de otros miembros del sistema familiar están altamente asociados al consumo entre adolescentes (Liddle y Dakof, 1994).

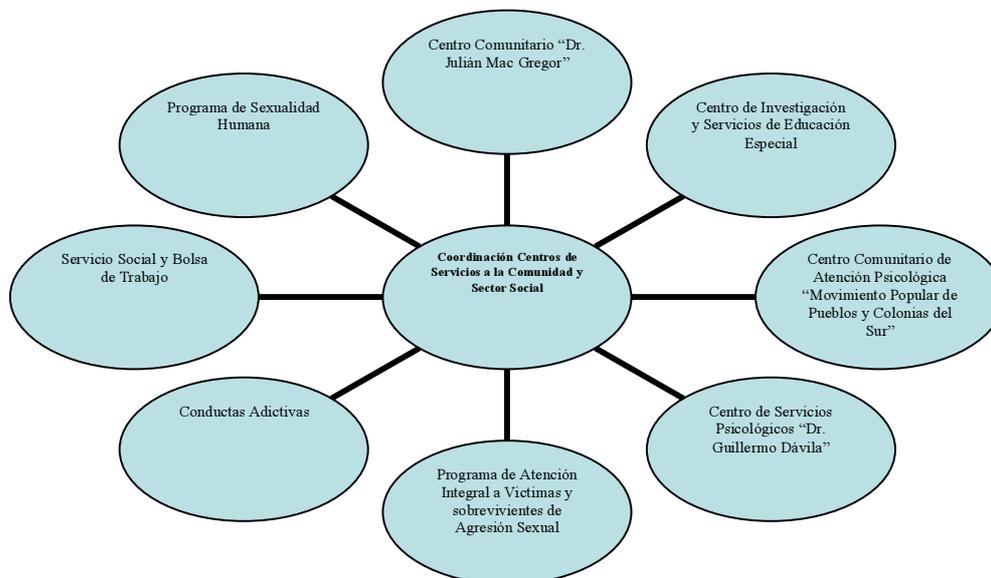
Mención aparte merece el programa de investigación de la Universidad de Miami sobre terapia familiar estratégica breve con jóvenes hispanos socialmente problemáticos, particularmente toxicómanos de entre 12 y 21 años (Szapocznik, Rio, y Kurtines, 1991). Su enfoque se fundamenta en una combinación de las propuestas de Minuchin, Haley y Madanes consiste en una terapia sistémica breve (entre 12 y 15 sesiones) y estratégica (es decir, planificada, focalizada en el problema y pragmática). El programa de investigación de Szapocznik y sus colaboradores ha conseguido demostrar, entre otras cosas, (a) que su adaptación de la terapia familiar estratégica breve a familias de adolescentes hispanos toxicómanos es eficaz, incluso en su aplicación individual, (b) que su uso de conceptos sistémicos estratégicos para fomentar la adherencia de las familias a la terapia incrementa dicha adherencia, así como el seguimiento, (c) que si bien la terapia familiar estratégica breve y la psicoterapia psicodinámica individual obtienen los mismos índices de eficacia en el tratamiento de adolescentes toxicómanos (comparadas con un grupo control), en los datos de seguimiento las familias asignadas a terapia familiar manifiestan menores índices de conflicto post-terapia que los casos tratados con terapia individual (Szapocznik, Rio, y Kurtines, 1991).

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

### 2.1. Descripción de los escenarios

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

De esta coordinación dependen las siguientes entidades:



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

Con esto se pretende que la Facultad de Psicología tenga una presencia constante y de calidad en la sociedad, a través de expertos académicos y que el conocimiento de éstos rebase los muros universitarios, impactando con su trabajo en las comunidades vulnerables de México, atendíéndolas en materia psicológica. También se busca que capacite y actualice a profesionales del sector social que trabajan con poblaciones vulnerables. Por otro lado, intenta mejorar la calidad de vida del personal de instituciones dentro y fuera de la UNAM a través de diferentes estrategias didácticas.

### **Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"** **Facultad de Psicología**

Este Centro atiende tanto a trabajadores y estudiantes de la UNAM como a personas canalizadas por otras instituciones o que acuden directamente, gracias a la difusión que este servicio tiene en distintos medios de comunicación.

**Áreas de atención:** Ofrece atención psicológica en distintas áreas de la terapia: individual, grupal, de pareja, familiar e infantil. También se da atención a sobrevivientes de agresiones sexuales.

**Características físicas:** Cuenta con cuatro cubículos con cámara de Gessell y sistema de circuito cerrado y videograbación; seis cubículos para trabajo individual y tres cubículos de retroalimentación biológica.

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

El servicio del Centro es otorgado por estudiantes de las diferentes residencias del Programa de Maestría en Psicología y por algunos profesores de la Facultad de Psicología. Debido a la alta demanda que tiene el Centro, es difícil dar respuesta a todas las solicitudes. Por tanto, cuando han pasado aproximadamente cuatro semanas, se les canaliza a otras instituciones.

### **Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"** **Facultad de Psicología**

Se ubica en la colonia Ruiz Cortínez, de la Delegación Coyoacán. Esta es una zona que cuenta con gran diversidad de grupos humanos y de escasos recursos, características que la hacen un escenario apropiado para la investigación e intervención en variadas y complejas situaciones y problemáticas psicológicas, a partir de las funciones sustantivas del Centro: formación, investigación, difusión o extensión y servicios.

Acorde con los objetivos de La Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de la UNAM, este Centro pretende participar en la profesionalización de estudiantes de las distintas áreas de la carrera de psicología, así como de posgrado, mediante su incorporación en el diseño, desarrollo y evaluación de programas, proyectos, actividades y acciones, principalmente de índole preventiva, coherentes con el contexto, los fenómenos sociales y los problemas de la colonia y sus colindantes, en la que se ubica. Siempre bajo la supervisión de profesores del área de competencia. A partir del conocimiento y reconocimiento de las características, situaciones y problemáticas de la comunidad donde se ubica el Centro Comunitario, busca contribuir a la comprensión e incidencia en las mismas, con la participación activa de los diferentes grupos de dicha comunidad. El conocimiento de la comunidad, es obtenido por el Centro Comunitario a partir de diferentes fuentes:

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

**Programas:** Las actividades del Centro Comunitario se concentran en diez programas nueve de los cuales se concentran en el área preventiva de las problemáticas de la comunidad donde está inserto. El décimo se dirige al servicio terapéutico.

El éxito de estos programas requiere del trabajo coordinado con otras instancias de la facultad de psicología (Programa de Sexualidad Humana, PAIVSAS, CISEE, Programa de Conductas Adictivas, Programa de Servicio Social; así como de las diferentes áreas de la psicología: social, educativa, clínica, trabajo, experimental y psicofisiología). Así mismo, precisan de relacionarse con otras dependencias de la UNAM. Los convenios interinstitucionales son también de gran importancia para la viabilidad de estos programas. Los organismos que participan son de índole tanto gubernamental como no gubernamental. Los programas, con las problemáticas en las que actúa, son los siguientes:

<b>Programa</b>	<b>Problemáticas</b>
<i>Violencia pública e intrafamiliar</i>	Inseguridad pública, Delincuencia, Violaciones, Maltrato doméstico, Abuso sexual, Violencia en los medios de comunicación, etc.
<i>Problemas en las relaciones familiares</i>	Relaciones padres/madres-hijos/hijas, Relaciones entre hermanos/hermanas, Tipos de familiar, Formas de socialización Hábitos de crianza, Reproducción de roles y estereotipos.
<i>Participación ciudadana</i>	Valores, Educación ciudadana, Organización comunitaria, Identidad,
<i>Problemas escolares</i>	Aprendizaje, Comportamiento, Influencia de los medios de comunicación, Deserción Orientación vocacional, Escenarios y ambientes, Alfabetización, Analfabetismo funcional.
<i>Salud reproductiva y sexualidad</i>	Educación sexual, aborto, Campañas preventivas sobre: embarazo adolescente, VIH, cáncer cérvico-uterino y de mama, etc.
<i>Cultura organizacional y capacitación laboral</i>	Capacitación para el trabajo, Desempleo y opciones laborales.
<i>Adicciones</i>	Drogas, alcohol, tabaco, etc.

<i>Hábitos</i>	Alimenticios, Higiene, Consumo de medios de comunicación.
<i>Conservación del medio ambiente</i>	Conciencia comunitaria, Educación ambiental.
<i>Servicio terapéutico</i>	Problemáticas diversas.

## **2.2. Análisis sistémico de los escenarios**

Los escenarios donde se llevo a cabo el trabajo están dirigidos a atender personas de escasos recursos económicos. Cumplen la función de la Universidad Nacional Autónoma de México de atender a la comunidad con recursos profesionales de calidad. Son servicios que tienen cuotas de recuperación bajas, por lo tanto la lista de espera es grande. Tomando en cuenta factores de costo-desplazamiento, ambos centros atienden a población aledaña a las cedes, sin embargo también encontramos personas que realizan trayectos de más de dos horas lo que demuestra que estos servicios tienen una demanda alta.

Esa demanda tan alta exige a los centros de servicios hacer más eficientes sus servicios, se puede observar que en ambos existen programas para atender diversas problemáticas a distintos niveles de atención. Ambos servicios proporcionan desde actividades preventivas, hasta de atención especializada. Esto permite ofrecer una amplia gama de servicios y por lo tanto contar con las vías de canalización pertinentes para cualquier caso.

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

En los escenarios se formaron equipos de trabajo (terapeuta, equipo terapéutico y supervisor). Las personas fueron citadas por el terapeuta responsable posteriormente a la pre-consulta realizada por un equipo de psicólogos dedicado a esta tarea. Este equipo de psicólogos realizó la primera entrevista y llenado de la primera parte del expediente clínico que incluye los datos sociodemográficos, motivo de consulta y una breve explicación de las áreas afectadas por el problema. Una vez revisados los expedientes por la coordinadora del centro se realiza la canalización a los terapeutas.

La organización de terapeutas y equipo terapéutico dependió de motivos meramente académicos y administrativos (se asignaba un caso a cada terapeuta, dependiendo de un rol y del número de casos asignados). Se trabajó en las aulas con cámara de Jesús y se utilizó el equipo de videograbación en cada sesión, así como un teléfono que permitió la comunicación entre equipo y terapeuta. El tiempo de consulta fue de 60 minutos por sesión, pero se dedicaron 80 minutos para trabajar cada caso, divididos generalmente en: 10 minutos de presesión, en donde se analizaba el plan de tratamiento; 40 minutos de sesión, donde el terapeuta llevaba a cabo el plan de tratamiento; 10 minutos de inter-sesión donde el terapeuta recogía las observaciones y sugerencias del equipo; 10 minutos para el cierre de sesión para hacer las intervenciones finales; por último se dedicaron 10 minutos para los comentarios finales y evaluación de la sesión.

La participación que se tuvo fue la siguiente: 7 casos como terapeuta responsable, 3 casos en co-terapia, y 78 casos como equipo terapéutico.

## **II. MARCO TEÓRICO**

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

A continuación se presentan los fundamentos del marco teórico epistemológico de la Terapia Familiar Sistémica y la Posmoderna, iniciando con una discusión y reflexión de lo que es la Epistemología como la Teoría General de Sistemas, Cibernética de primer y segundo orden, la Teoría de la Comunicación Humana, las aportaciones de Bateson, den sustento a la Terapia Familiar Sistémica, y a partir del surgimiento del constructivismo y construccionismo social se sustentan diferentes formas de pensamiento que dan sustento a los modelos Posmodernos.

### **1.1. Análisis Teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica (TFS) y la Posmoderna**

La palabra epistemología viene de *episteme* (Encarta, 2003) que en griego significa conocimiento. Es una rama de la filosofía que investiga los fundamentos, los límites, los métodos y la validez del conocimiento. Como ciencia, la epistemología es el estudio de la manera en que los organismos piensan y llegan a decisiones que determinan su conducta.

La Epistemología o Filosofía de la ciencia es una rama de la Filosofía que trata de los problemas filosóficos relacionados con la teoría del conocimiento, ocupándose de las definiciones del saber y de los conceptos relacionados con el conocimiento, así como de la relación entre el que conoce y el objeto cognoscible.

Desde un punto de vista más riguroso, la Epistemología se dedica al estudio de la investigación científica y su producto, es decir, el conocimiento científico y sólo es útil cuando se ocupa de problemas concernientes a la ciencia propiamente dicha y propone soluciones claras a los problemas que surgen de ella. Es decir, que la Epistemología debe participar del desarrollo científico y contribuir a cambiar de manera positiva, el trasfondo filosófico de la investigación científica, así como de la política de la ciencia (Bunge, 1980).

Ya dentro de la Psicología, la Epistemología puede ser interpretada de dos maneras diferentes. Por un lado, consiste en el esclarecimiento de los fundamentos epistemológicos de la Psicología como ciencia, es decir, versa sobre las reflexiones acerca del conocimiento que un investigador en Psicología adquiere sobre el propio objeto de su investigación (Bunge, 1980). Por otro lado, puede ser entendida como el análisis de los actos cognitivos, mediante los cuales las personas aprehenden el mundo de los objetos, es decir, una Epistemología psicológica del conocimiento en general. (Gréco, 1979). Una epistemología de la psicología, (Piaget, 1972) consiste en el esclarecimiento del fundamento de la psicología como ciencia, que implica una reflexión sobre el conocimiento que un sujeto (el psicólogo) obtiene sobre el objeto de su investigación. De acuerdo con lo anterior se entiende que los principios conceptuales en los que se base el psicólogo para entender aquel objeto de su interés delimitarán los eventos a los que le pondrá atención y perfilarán la explicación que haga de la realidad.

En la definición que hizo Bateson (1990) de epistemología, la palabra va precedida de un artículo definido o indefinido como "la" o "una epistemología" y significa: Un conjunto de reglas inmanentes usadas para pensar por grandes grupos de personas para definir la realidad.

La epistemología ha salido del campo de la filosofía y se ha adentrado en el de la biología a través de los biólogos experimentales contemporáneos (Keeney, 1983). McCulloch le dio el título

genérico de epistemología experimental y Bateson la considera como una rama de la ciencia combinada con una rama de la filosofía. Como ciencia, la epistemología es el estudio de cómo los organismos particulares o agregados de organismos conocen, piensan y deciden. Como filosofía, la epistemología es el estudio de los límites necesarios y otras características de los procesos del conocer, pensar y decidir (Bateson, 1990). Desde este punto de vista la epistemología se ubica bajo la perspectiva de cómo conocen los que conocen, es decir en las propiedades del observador y no en las propiedades del objeto, aquello que se conoce. Afirma Bateson, que toda experiencia siempre es subjetiva, es el cerebro quien fabrica las imágenes que creemos percibir (Bateson, 1990).

Fishman (1990) concuerda con Bateson, en que una nueva epistemología o conjunto de reglas que gobiernan el pensamiento, es inmanente con la "nueva ciencia" que a su vez es totalmente diferente del sistema de pensamiento predominante del mundo occidental, además de que esos dos sistemas de pensamiento, son autónomos y discontinuos. Las distintas escuelas de TFS se apoyan en una epistemología rica, aunque no siempre homogénea debido a que algunos de sus conceptos básicos provienen de ámbitos relativamente independientes.

Algunas de las raíces del pensamiento sistémico se encuentran en la Física del siglo XX. Durante ese siglo, la Física experimentó una serie de cambios revolucionarios que destronan el paradigma mecanicista imperante desde la física de Newton. Las teorías de la Relatividad y Cuántica muestran una nueva concepción del universo, que no se ve ya como compuesto por una suma de partes separadas, sino como un todo armónico e indivisible, como una red de relaciones dinámicas, que no pueden comprenderse como independientes de su observador e intérprete (Fishman, 1990). Es decir, la conciencia del observador y la realidad observada se consideran desde entonces como dos aspectos inseparables de una misma realidad. En una u otra forma, la nueva ciencia es "constructivista" (Feixas y Villegas, 2000).

Einstein, distanciándose del objetivismo de Newton, sistematiza en su teoría de la Relatividad, que tiempo y espacio son relativos, y al mismo tiempo que se encuentran inseparablemente unidos en el continuo espacio-tiempo. A diferencia de lo postulado en la física newtoniana que diferencia totalmente masa y energía, en la nueva visión, masa y energía son concebidas como convertibles, y eso implica que la nueva visión concibe a la partícula, no como compuesta de cierta materia, sino como concentración de energía, de actividad, de dinamismo. Por ejemplo, la mecánica cuántica sustituye el concepto del átomo indivisible al que ve formado por partículas subatómicas, que a su vez no son ya corpúsculos como los de la física clásica, sino que poseen una doble naturaleza: unas veces se manifiestan como ondas, otras como corpúsculos (Feixas, et al., 2000).

En 1927, Heisenberg formulaba sus relaciones o principio de indeterminación: no es posible medir al mismo tiempo la posición y velocidad de una partícula, pues la misma observación influye en el campo observado de forma que sólo puede determinarse uno u otro dato. Este principio destruye definitivamente la anterior fe en la neutralidad del observador y la idea de una ciencia universal (Feixas, et al., 2000).

Hoy la visión del cosmos se mueve en dirección a una concepción que unifica Relatividad y Mecánica Cuántica, donde el universo es visto como conjunto de relaciones dinámicas, no como suma de partes y eventos aislados, y se es cada vez más consciente de que los "modelos" del cosmos son "construcciones" (con progresivo acercamiento a la realidad) del sujeto observador (Feixas, et al., 2000).

Esta epistemología sistémica se nutrió inicialmente de tres fuentes; (a) la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1956), (b) la Cibernética (Wiener, 1948) y (c) la Teoría de la Comunicación (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967). Además, los conceptos procedentes de enfoques evolutivos

(p.e., Haley, 1983)) y estructurales (p.e., Minuchin, 1979) resultan claves para la concepción sistémica de la familia. El resultado de estas aportaciones teóricas aplicadas a la terapia familiar constituye el denominador común de la Terapia Familiar Sistémica (Fishman, 1990).

## Teoría General De Sistemas

La Teoría General de Sistemas fue desarrollada por Bertalanffy (1956), sin embargo él ya había venido contemplando estas ideas, años atrás, para entenderla es necesario hablar acerca de los conceptos en que se fundamenta. Un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. Ejemplo: Hay miles de ejemplos de sistemas en la naturaleza, desde una célula hasta una galaxia. Entre ellos, la familia es el caso que nos ocupa en la formación como terapeutas familiares (Bertalanffy, 1956).

Teóricamente existen dos tipos de sistemas: a) Sistema Cerrado y b) Sistema Abierto. Un sistema es cerrado cuando no intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Ejemplo: Hay pocos ejemplos de sistemas cerrados en la naturaleza, dado que la mayoría están en interacción dinámica con su entorno. Aun así, una reacción química en un tubo de ensayo herméticamente sellado sería un caso de sistema relativamente cerrado. Un sistema es abierto cuando intercambia energía, materia y/o información con su entorno. Por lo tanto, un sistema abierto es modificado por su entorno y al mismo tiempo lo modifica. Ejemplo: Todos los seres vivos son sistemas abiertos ya que las organizaciones celulares intercambian energía, materia e información con su entorno (Bertalanffy, 1956).

**Totalidad o no sumatividad:** El cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, ya que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. Ejemplo: La rebeldía de un hijo puede desequilibrar las relaciones entre sus padres si éste cumplía la función de mediador en los conflictos que se producían entre ellos (totalidad). Sin embargo, por separado ninguno de los miembros del sistema familiar desempeña el rol que le caracteriza en el sistema familiar (no sumatividad).

**Circularidad:** Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A. Ejemplo: Las demandas de mayor intimidad de un miembro de una pareja pueden chocar con la oposición del otro, cosa que aumenta las demandas del primero y así sucesivamente.

**Equifinalidad:** Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales. Ejemplo: Por cuestiones meramente pragmáticas o contextuales, dos parejas pueden llegar a una forma de organización doméstica sumamente similar a pesar de que las familias de origen de los cuatro miembros que las componen sean extremadamente diferentes.

Otros autores como Shoderbeck (1990) destacan como características de un sistema la organización, la interacción, la interdependencia y la integración.

**Organización:** La afirmación de que "el todo es más que la suma de las partes" señala el hecho de que la organización confiere al agregado características no sólo diferentes de los componentes considerados en forma individual, sino que dichos elementos están agregados de manera organizada. Ejemplo: Una familia es un sistema que está organizado por varios miembros, supongamos que son 5, pero son un sistema no porque estén juntos sino que están juntos sino que están organizados por padre, madre, hijos. Y estos mismos elementos en otro contexto se organizan de otra manera, es decir, en un ambiente escolar los hijos se organizan como alumnos y no como hijos pues la organización en la escuela es distinta a la de la familia.

**Interacción:** Las interrelaciones entre agregados de sistemas pueden ser de múltiples, mutuas y algunas aparentemente unidireccionales o lineales o intermitentes, y pueden exhibir distintos grados de eficacia y prioridades. Ejemplo: En una familia todos los miembros están en constante interacción, incluso cuando los miembros no se hablan es imposible que de alguna u otra forma dejen de interactuar.

**Interdependencia:** El término sistema sugiere la idea de un grupo de entidades individuales, cada una de las cuales tiene una parte peculiar y esencial que cumplir; pero que cada una de ellas es enteramente dependiente para su efectividad de las comunicaciones establecidas entre ella y las otras partes. Ejemplo: Lo que le sucede a un miembro de la familia afecta a su vez a los otros miembros, si el padre pierde el trabajo esto afectará directamente al gasto familiar y desde luego a todos los miembros.

**Integración:** Significa hacer un todo o totalizar; traer partes y juntarlas dentro de un todo. Ejemplo: Los padres e hijos y otros, forman el todo que es la familia.

**Estabilidad:** El todo se renueva a sí mismo constantemente a través de un proceso de transposición; la identidad del todo y su unidad se preservan, pero las partes cambian. Este proceso continúa indefinidamente; algunas veces es planeado y observado, en tanto que otras ocurren sin notarlo; a menudo es alentado pero otras veces se le resiste. Ejemplo: En la familia Sánchez los hijos se casan y a su vez tienen hijos, todos crecen, pero continúan siendo parte de la familia Sánchez.

Una familia es un sistema abierto porque está en constante interacción con otras familias, proviene de por lo menos otras dos familias, que a su vez se formaron de otras, y que igualmente se van a reproducir. La familia es una totalidad, porque está formada por agregados denominados subsistemas, que no es que se sumen y forman a la familia, sino que aparte de ser un elemento se relacionan con otros y esta interacción es la diferencia a la simple sumatividad. Estos elementos son interdependientes, lo que le suceda a un miembro afectará a los otros subsistemas y desde luego a la totalidad (Andolfi, 1992).

La familia es una organización compleja, cada subsistema tiene funciones específicas que tienen que ver por sí y para el sistema, los miembros están integrados, y el proceso de relación es circular, es decir lo que le suceda a un padre es por algo que hizo la esposa, pero ese algo también fue influido por algo que hizo el padre, es decir el proceso no es lineal.

## **Teoría de la Comunicación Humana**

## **Axiomas de la comunicación humana.**

1. ***Es imposible no comunicar.*** En un sistema, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967).

Ejemplo: El silencio tenso y la mirada perdida de dos desconocidos que coinciden en un ascensor, a pesar de su intencionalidad no comunicativa (o precisamente debido a ella) transmiten una gran cantidad de información: -no me interesas-, -no estoy de humor para entablar conversación-, -prefiero ignorarte-...

2. ***Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional.*** Esta diferenciación es jerárquica el aspecto relacional clasifica al contenido, es por ende una metacomunicación. Cuando se confunden los niveles puede resultar una paradoja (Watzlawick cols., 1967).

Ejemplo: Un mensaje "Cierra la puerta de una vez" transmite un contenido concreto (la instrucción de cerrar la puerta), pero a la vez cualifica al tipo de relación entre emisor y receptor (de autoridad del primero).

3. ***La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.*** La definición de una interacción está condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes. Los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin un principio ni un final claro. Así, la definición de cualquier interacción depende de la manera en que los participantes en la comunicación dividan la secuencia circular y establezcan relaciones (Watzlawick y cols., 1967).

Ejemplo: Una hija adolescente se queja de que su madre la trata como a una niña porque intenta sacarle información y ella reacciona ocultándole todo lo que puede. Es claro en el ejemplo que la puntuación de la madre es diferente: se queja de que su hija no confía en ella y de que le oculta cosas porque no es lo bastante madura como para hacerse cargo de su propia vida. Como resultará evidente, la puntuación de una refuerza la puntuación de la otra de forma que resulta imposible decir quién es la "responsable" del problema interaccional.

4. ***Todos los seres humanos se comunican digital y analógicamente.*** Mientras que el nivel digital se refiere al contenido semántico de la comunicación, el nivel analógico cualifica a cómo se ha de entender el mensaje, es decir, designa qué tipo de relación se da entre el emisor y el receptor (Watzlawick y cols., 1967).

Ejemplo: El mensaje "No estoy enojado" (nivel digital) se cualifica con la información analógica (gestos, tono de voz, postura, etc.).

5. ***Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.*** Cuando la interacción simétrica se cronifica hablamos de *escalada simétrica*, y cuando se cronifica la interacción complementaria se habla de *complementariedad rígida*. Desde este punto de vista lo disfuncional no es un tipo u otro de relación, sino la manifestación exclusiva de uno de ellos (Watzlawick y cols., 1967).

Ejemplo: Una pareja puede establecer su relación en la igualdad de estatus profesional (relación simétrica) de forma que cualquier mejora en las condiciones laborales de uno de sus miembros obliga subjetivamente al otro a igualarlo. En el caso de una escalada simétrica, la competencia entre ambos puede llegar a desestructurar el sistema. Por otra parte, algunas parejas se estructuran en roles complementarios tales como "racional" versus "emocional". Si esta complementariedad se hace rígida puede dar lugar a una relación disfuncional en la que uno de sus miembros debe siempre actuar de forma racional (y por tanto no se puede permitir expresar sus emociones) y el otro debe siempre actuar de forma emocional (y por lo tanto no se puede permitir reflexionar sobre sus acciones).

## **Cibernética**

Según Heinz Von Foerster (1991) la historia de la cibernética se puede observar como un proceso que se desarrolla en tres niveles de complejidad: una Cibernética de "0 orden", implícita, la Cibernética de "1er. Orden" reflexión explicitada en la obra de Wiener (1948), y una Cibernética de "2º Orden" reflexión sobre la reflexión de la Cibernética. Resulta imposible acceder a un nivel superior a éste, dado que cuando uno reflexiona sobre la reflexión se cierra el círculo de argumentación, se produce una clausura organizacional que sólo puede trascenderse a sí misma dentro de sí misma.

### **Cibernética de primer orden**

Wiener (1948) fundó la cibernética como ciencia de los sistemas dinámicos, es decir, de totalidades cuyos elementos se encuentran en relaciones funcionales mutuas y que están referidos al todo. La distinción entre materia-energía por un lado, e INFORMACION por otro significa metodológicamente la apertura de una nueva forma de considerar la misma realidad física. Los conceptos de Wiener (1948) sobre la Cibernética introdujeron una nueva dimensión que se describe con los conceptos de transformación y cambio, estabilidad, feedback, isomorfismo, variedad, constricciones de variedad, transmisión de variedad, entropía, cadenas de Markov, control, regulación, selección, aprendizaje, etc.

El elemento conceptual básico está en la Información, que implica "forma". La cibernética parte del postulado de que la forma, la superación del desorden o entropía procede y se apoya en la información. Partiendo de la teoría matemática de Wiener, como recordará luego Bateson (1990), se afirma que la unidad de información es una diferencia que hace la diferencia. Y responder a la diferencia es lo básico de todo sistema. Un sistema de información representa las diferencias, como un mapa en relieve.

En un primer momento, llamado Cibernética de Primer Orden o Cibernética de los Sistemas observados, los fenómenos acaecidos en los sistemas familiares fueron explicados a través de la Segunda ley de la Termodinámica, la cual postulaba que el universo decae, que parte de la energía de un sistema no se transforma en trabajo sino que se gasta, llevándolo a la dispersión irreversible, al desorden, a la entropía.

Así se llega al concepto de retroalimentación negativa, es decir, aquellos procesos mediante los cuales los sistemas corrigen la desviación para mantener su organización, para lograr la homeostasis. La negentropía es entonces el principio ordenador, más allá del cual se encuentra el caos y la destrucción del sistema. En este primer estadio, las intervenciones terapéuticas muestran

un énfasis negentrópico, buscan reestablecer el orden, la estructura para que la familia alcance otra vez el equilibrio (Hoffman, 1987).

Esta Cibernética de primer orden tuvo un segundo momento, Maruyama definió esta etapa del pensamiento sistémico como "segunda cibernética". Maruyama consideró que todo sistema viviente depende, para su supervivencia, de dos procesos: "*morfostasis*" y "*morfogénesis*" (Maruyama, 1963). El primero se refiere al mantenimiento de la constancia de un sistema a través de mecanismos de retroalimentación *negativa* (el *feedback* más frecuente que tiende a estabilizar el sistema). El segundo, por el contrario, a la desviación, variabilidad del sistema a través de mecanismos de retroalimentación *positiva* —en que se amplifican las desviaciones introducidas por toda perturbación externa. Según Maruyama, en cada situación, los procesos de desviación y de amplificación se equilibran mutuamente.

Las desviaciones o fluctuaciones, si se mantienen y no son contrarrestadas por mecanismos correctores, producen una bifurcación que genera un salto cualitativo hacia una nueva organización. En esta segunda etapa del desarrollo del pensamiento cibernético la ampliación de la desviación y los mecanismos de retroalimentación *positiva*, procesos favorecedores del cambio, adquieren un nuevo status, son considerados esenciales para la evolución de los sistemas vivientes.

## **Cibernética de Segundo Orden**

En 1972, la presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética, Margaret Mead, dedicó un discurso al tema "Cibernética de la cibernética". Fue entonces el Profesor Heinz Von Foerster quien sugirió cambiar ese nombre por el de "*Cibernética de Segundo Orden*" o "Cibernética de los Sistemas Observantes" diferenciándola de la Cibernética de Primer Orden definida como Cibernética de los Sistemas Observados. La cibernética de segundo orden, o Cibernética de la cibernética, como la denominó Von Foerster, es el Manifiesto Constructivista. Emerge aquí una teoría del observador, tiene que ser una teoría social y lingüística, cuya noción central es información-organización. Para el *cibernetista*, la noción de organización se encarna tanto en interacciones químicas cerebrales como en interacciones lingüísticas. Se habla de un constructivismo biológico y de un constructivismo social o construccionismo. En el constructivismo biológico tenemos: el constructivismo de Von Foerster (1991), el "traer a la mano" de Maturana (1984) y el constructivismo radical de Von Glasersfeld (1979).

La epistemología tradicional plantea que los datos son incorporados a través del sistema sensorial y procesados por el cerebro para generar una acción. La descripción objetiva del mundo entra en crisis y se plantea la teoría del observador, Maturana menciona que el observador existe como ser vivo en un espacio de coherencia operacional con su circunstancia, en acoplamiento estructural, por lo que sólo pasa lo que puede pasar de acuerdo a la dinámica estructural del sistema y de la circunstancia (Maturana, 1990). El conocimiento no es recibido pasivamente, sino que es construido por un sujeto cognoscente y, la función de la cognición es adaptativa y sirve para la organización del mundo experiencial, no para el descubrimiento de una realidad objetiva ontológica. El conocimiento no es una representación de la realidad, sino una construcción.

La cibernética de segundo orden se ocupa del observador como parte de lo observado. Así, según Heinz Von Foerster (1991), el objetivo de la segunda cibernética es explicar el observador a sí mismo, es decir la cibernética de la cibernética, y se refiere a los sistemas que son capaces de modificar su objetivo o finalidad (o su camino) por sí mismos, sin necesidad de ser guiados por

alguien o algo desde fuera del sistema. Así, la segunda cibernética es una ciencia de acción en la que los mecanismos de comunicación y control permiten que el sistema reoriente o replantee continuamente su camino para alcanzar su objetivo primario.

La cibernética de segundo se orden se caracteriza por:

1- Los postulados de Von Foerster (1991), que señalan que el sistema nervioso posee una cualidad inherente: todas las señales enviadas desde los elementos sensoriales a la corteza cerebral son iguales, la llamó la Codificación indiferenciada. No existe entre ellas ninguna distinción cualitativa; su frecuencia y amplitud son variables, pero no existe ningún indicio cualitativo.

2- El lenguaje como constructor de la realidad, Von Glasersfeld (1979), anota, que si uno habla una determinada lengua ve el mundo de determinada manera. Se retoma de los escépticos, la idea de que no tenemos manera de llegar al mundo externo si no es a través de nuestra experiencia de él, por más que lo viéramos correctamente, no tendríamos modos de saber que nuestra visión es correcta.

3-El organismo tiene una forma física y una modalidad de comportamiento que encaja en el ambiente en que le toca vivir. En cuanto al conocimiento muchas de estas circunstancias son puramente lógicas. Todo nuevo pensamiento debe adaptarse al esquema previo de estructuras conceptuales de un modo que no provoque contradicciones (Piaget, 1979). El conocimiento no nos brinda una representación de un mundo independiente, sino un mapa de lo que puede hacerse en el ambiente en el que uno tuvo experiencias.

4-La autorregulación y la autoorganización de los organismos, nos permite entender el conocimiento como el resultado de una autorregulación. Todo lo que llamamos conocimiento, se crea o se construye a partir de un material que ya le es accesible al sujeto que conoce. Sólo podemos conocer lo que hemos creado. Desde la cibernética, los sistemas autorregulados son sistemas cerrados desde el punto de vista de la información. En su trabajo sobre la organización de los seres vivos Maturana con la colaboración de Varela (Maturana, 1984), propone que éstos se constituyen y operan como sistemas cerrados de producciones moleculares abiertos al flujo material y energético. Maturana acuña el término autopoiesis para referirse a la organización que define y constituye a los seres vivos (autos: sí mismo; poiesis: producir). Maturana (1984) afirma que la organización de una unidad puede describirse como una red cerrada de producciones de componentes que en sus interacciones constituyen la red de producciones que los producen, y especifican su extensión al constituir sus fronteras en su dominio de existencia es un sistema autopoiético, es decir que se organiza así mismo.

Lo que hace a los seres vivos sistemas autónomos es su organización autopoiética, y los seres vivos existen en tanto se realizan como sistemas autopoiéticos moleculares (Maturana, 1984). Los sistemas vivientes son sistemas tales que todo lo que pasa en ellos surge determinado en su dinámica estructural, de modo que lo externo sólo puede gatillar en un ser vivo cambios estructurales determinados en él. Esto significa que el ser humano, en tanto ser vivo, sólo hará, oír y actuar desde sí mismo.

Como señala Maturana (1984), la coincidencia que un observador ve en el operar de un ser vivo con su circunstancia resulta de que su dinámica estructural es concordante con el medio en que opera. Esto es así porque el ser vivo tiene una estructura plástica que cambia en concordancia con la estructura del medio sino se muere (acoplamiento estructural). La noción de acoplamiento estructural es fundamental pues se refiere a la dinámica que hace posible que ser vivo y medio, aunque sistemas

determinados en su estructura, cambien estas estructuras de manera coherente de modo que el ser vivo mientras vive genera conductas concordantes con el medio.

Esta posición teórica es un modo de pensar y no una descripción del mundo. No se propone describir ninguna realidad absoluta, sino sólo los fenómenos de nuestra experiencia. La bisociación que plantea Von Foerster es la que hay entre el observador y lo observado. La comprensión de esta interdependencia de observador y mundo observado, va más allá de la teoría de la relatividad de Einstein, según la cual las observaciones no son absolutas, sino relativas al punto de vista de un observador (Von Foerster, 1991). En los siguientes párrafos se amplían las ideas anteriores.

Von Foerster bautizó la expresión de Maturana: *Todo lo dicho es dicho por un observador* como el teorema número 1 de Maturana y él le añade aquello que denomina el corolario número 1 de Von Foerster: *Todo lo dicho es dicho a un observador*. De esta forma conecta tres conceptos: primero, el concepto de un observador caracterizado por ser capaz de hacer descripciones. Y esto a causa del teorema número 1, porque evidentemente lo que un observador dice es una descripción. El segundo concepto es el del lenguaje. El teorema número 1 y el corolario número 1 conectan a dos observadores a través del lenguaje. El tercer concepto es el de la sociedad, esos dos observadores constituyen el núcleo de una sociedad. Los observadores usan un lenguaje que forman la sociedad al usar el lenguaje. Los pilares de una teoría del observador ya están construidos, uno es el cálculo de las recursiones infinitas y el otro es el cálculo de la autorreferencia (Von Foerster, 1991).

La cibernética de segundo orden es una epistemología que lleva la atención desde los "sistemas observados" hasta "los sistemas que observan", al entender a toda noción cibernética (a toda noción en general) como dependiente del observador. *¿Cómo conocemos?*, es una pregunta que va más por los procesos, por la generación del problema estudiado, que por su sustancia. La pregunta ya no es *¿qué es lo que conocemos?*, sino *¿Cómo es que conocemos?*

## **Aportaciones de Bateson**

A Gregory Bateson se le conoce como el fundador de una nueva perspectiva epistemológica, fue un heterodoxo de gran fortaleza creativa, por lo que muchos de sus planteamientos se abren paso, como claves interpretativas y herramientas metodológicas, en desarrollos teóricos que le sucedieron, predicó una epistemología evolutiva y transdisciplinaria. Articuló la investigación de sociólogos, lingüistas, psicólogos, psiquiatras, biólogos en torno a un punto de encuentro transdisciplinario: la comunicación (Lipset, 1991).

A partir de lo que denominó teoría del 'doble vínculo' (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956), analizó los problemas de las inducciones esquizofrenias derivadas de las contradicciones informativas bipolares en procesos de comunicación como los que se dan entre madre e hijo. Y, por consiguiente, mediante el análisis de los flujos informativos, las interacciones y retroalimentaciones, también intervenir terapéuticamente sobre el espacio de los actores de la comunicación. Bateson recrea una visión sistémica e interdisciplinaria de los procesos comunicativos. La 'metacomunicación' o el 'metamensaje' es la evolvente del conocimiento que da sentido, contextualiza, clasifica la comunicación o el mensaje; incluso, crea vínculos o estructuras de diálogo con otros ambientes o

contextos. Bateson concibió los procesos comunicacionales con un carácter circular y evolutivo, donde el *feedback* tiene una importancia decisiva.

Una de las ideas centrales de Bateson era pensar que hay algo en común en todos los seres vivos, es decir, la pauta que conecta. *¿Cuál es la pauta que conecta a todas las criaturas vivientes?, ¿cuáles son las configuraciones, las formas y las relaciones que pueden ser observadas en todos los fenómenos, para construir una concepción totalizadora de la mente?*, estas son preguntas que se hacía Bateson sobre el conocimiento, él propone la noción de contexto como elemento fundamental de toda comunicación y significación, no se debe aislar el fenómeno de su contexto, pues cada fenómeno tiene sentido y significado dentro del contexto que se produce. Tomó de Jung, el concepto de *pleroma*, para referirse al mundo de la física y de los objetos materiales, el concepto de *creatura* para designar el mundo de los seres vivos, que no puede ser explicado desde una causalidad unidireccional. Se necesita un nuevo lenguaje que permita describir la recursividad de todos los elementos que se mueven conjuntamente en un proceso, para ello son fundamentales las nociones de información y relación (Bateson, 1990).

Bateson propone una concepción totalizadora sobre la naturaleza del orden y la organización en los sistemas humanos. La mente individual es inmanente pero no sólo en el cuerpo. El concepto de mente surgió, para Bateson como un reflejo de partes más amplias y múltiples partes del mundo natural afuera del ser pensante (Bateson, 1976). Es inmanente también en los caminos y mensajes fuera del cuerpo; y hay una mente más amplia de la cual la mente individual es solo un subsistema, pero es también inmanente en el sistema social totalmente interconectado y la ecología planetaria (Bateson, 1990). Bateson fue un pensador que no negaba las contradicciones de sus propias ideas, además se puede vislumbrar en su obra un anticipo del descreimiento posmoderno.

## **De la Cibernética a la Hermenéutica, el Camino a la Posmodernidad**

La historia de la Terapia Familiar puede entenderse como un proceso de legitimación de una práctica clínica y científica que incorporo la ecología de las relaciones humanas y la familia, generando un dominio de estudio y desarrolló modelos sobre comunicación, procesos interpersonales, organización y cambio familiar. (Schnitman y Fuks, 1994).

Aun cuando las metáforas sistémicas han ido cambiando durante más de medio siglo, se puede considerar que el hilo conductor ha sido cuestionar los modelos deterministas, lineales, que buscan causas y efectos. Los teóricos comenzaron a hacerse preguntas acerca de vínculos, recursividad, organización, y la complejidad en las relaciones humanas.

De manera progresiva lo sistémico se centró en el estudio de los contextos de comunicación e interacción, enfatizando en la pragmática; el estudio de las interfases entre contextos ampliándose hacia redes, organizaciones, comunidades; el estudio de las construcciones narrativas por medio de modelos textuales y hermenéuticos e introdujeron el estudio de la terapia como hipertexto con metáforas dialógicas abiertas y multidimensionales.

Otras metateorías como las constructivistas, el construccionismo social, cuestionan la metáfora sistémica. Emergen las perspectivas multidimensionales, complejas y plurales del construccionismo social y del constructivismo, los modelos comunicacionales revisan la noción de

autoridad. La hermenéutica, la semiótica, la crítica literaria, se interesó por la creatividad y la emergencia de lo nuevo; y aportaron énfasis en la reflexividad. Con todas estas aportaciones se abandonaron los modelos de déficit y se abrió el camino para las terapias centradas en el self y el diálogo (Schnitman y Fuks, 1994).

Como las ideas posmodernas y posestructurales fueron formuladas por personas provenientes de los campos de la semiótica y la crítica literaria, resultó cada vez más frecuente el uso de metáforas narrativas o textuales. Fue así como terapeutas como Anderson y Golishian (1992), abandonaron la metáfora cibernética por la hermenéutica. Es decir, la terapia ya no busca encontrar pautas, ni promover cambios de niveles lógicos; en estas corrientes la metáfora de la terapia es la conversación.

## **Constructivismo**

Cuando se habla del constructivismo se trata de una corriente epistemológica desarrollada y elaborada en su forma más radical por Ernst von Glasersfeld (1996), y que cuenta con eminentes personajes en muy diversas disciplinas. Podríamos citar entre otros a Jean Piaget (1972), Maturana (1984), Watzlawick (1984), y Von Forester (1991). El constructivismo es una respuesta a la pregunta de cómo adquirimos el conocimiento y cuál es su relación con la realidad y esta estrechamente ligado con la cibernética de segundo orden.

El desarrollo del pensamiento constructivista parte del cuestionamiento del positivismo lógico cuyo método experimental se defendía como la única vía para generar ciencia. Las cosas, de acuerdo con el análisis de Geymonat (citado por Feixas, et al., 2000), comenzaron a cambiar radicalmente cuando se descubrió el carácter convencional de los axiomas matemáticos, y más tarde, el de las teorías físicas más largamente aceptadas como científicas. Estos descubrimientos pusieron en crisis la imagen tradicional de la ciencia abriendo el camino a nuevos problemas epistemológicos, particularmente a partir de las crisis de la física del siglo XIX y las innovaciones de las matemáticas y la física de principios del siglo XX. Lo que llevó a una crisis de la ciencia tradicional y a preguntarse, ¿Cómo se produce el conocimiento científico, por acumulación o a través de crisis o revoluciones?

Para Feixas, et al. (2000), Caparros, es quien ha recogido los planteamientos más significativos de esta nueva filosofía de la ciencia para la historia y quehacer psicológicos. El primero de estos planteamientos se refiere a la introducción de un doble tipo de teorías científicas, unas más específicas, que responden al concepto tradicional de ciencia y otras más generales llamadas "paradigma", programa de investigación o tradición de investigación. El segundo, es la reivindicación de la naturaleza deductiva y no inductiva de la ciencia, lo que conlleva que la ciencia parta siempre de una concepción del mundo, de unos supuestos ontológicos y metodológicos que determinan a través de las teorías específicas los problemas u sus soluciones. El tercero es la oposición al positivismo, en particular al lógico o neo positivismo.

En la ciencia, el conjunto básico de presupuestos que suministran un marco de referencia en que trabajan los científicos se ha llamado paradigma. Un paradigma tiene dos componentes; la matriz disciplinar y los ejemplares compartidos (Kuhn, 1980).

Estos modelos, incorporan ciertos ideales de orden natural, caracterizaciones de un mundo idealizado (Toulmin, citado por Feixas, et al., 2000). Según Toulmin la ciencia es un conjunto de conceptos que cambian a lo largo del tiempo. Pero el cambio científico no siempre es gradual y continuo.

Para Kuhn (1980) toda ciencia atraviesa una serie de estadios diferenciados: período preparadigmático, ciencia normal, investigación extraordinaria (crisis). Los científicos construyen los fenómenos en formas diferentes, de acuerdo con el paradigma que guía su investigación.

Popper dice que la ciencia empieza sólo con los problemas. Para Popper (citado por Feixas, et al., 2000), el autoconocimiento se da a través de del proceso de conjetura y refutación. Al igual que Kelly, dice que el ser humano es un investigador activo de la realidad, constructor de hipótesis y experimentador obstinado. Hacia 1987 era ostensible, al menos en la costa del Pacífico, la influencia del constructivismo. Un constructivismo apoyado en ideas biológicas (Maturana, 1984), se manejaban conceptos como el de "acoplamiento estructural", "deriva natural", "autopoiesis", un lenguaje muy cercano en la biología. Después se descubrieron formulaciones sociales del constructivismo muy en boga en los años 60, se citaba a dos autores muy representativos del momento, Berger y Luckman (1966), que hicieron célebre un texto, *La construcción social de la realidad*. El paso de un constructivismo a otro queda ilustrado por un artículo de Hoffman (1990).

Aunque parezca mentira el constructivismo es un tema muy europeo. El antecedente es la fenomenología del primer tercio de nuestro siglo, y su defensa de los datos de conciencia como única realidad a la que tenemos acceso. La influencia de esta posición en la psiquiatría europea ha sido notable, existe toda una corriente denominada psicología fenomenológica que ha dado obras más que importantes, desde Jaspers (Psicología de las concepciones del mundo) y Binswanger (Tres formas de la existencia frustrada), hasta Laing (El yo dividido). Más contemporáneamente, un pensador constructivista fue Piaget (1979), de quien no se ven citas. En la tradición americana, constructivista fue Lewin quien desarrolló la psicología de los constructos personales, (Feixas, et al., 1990), que tampoco se ve muy citado por los "descubridores" del constructivismo de la Terapia Familiar.

Para la concepción constructivista se considera que hay efectivamente un continuo proceso circular y repetitivo en el que la epistemología determina lo que vemos; esto establece lo que hacemos; a la vez nuestras acciones organizan lo que sucede en nuestro mundo, que luego determina nuestra epistemología. El conocimiento es la computación de descripciones de una realidad. Von Foerster utiliza este término en el sentido amplio como "toda operación por medio de la cual se transforma, modifica, rearregla, ordena, y demás, entidades físicas observadas **objetos** o sus representaciones **símbolos**" (Watzlawick, 1988).

Toda descripción se sustenta en otras descripciones que son también cálculos, proponiendo definir el conocimiento como procesos ilimitadamente recursivos de cálculo, es decir, la computación de la computación de la computación, etc. En su análisis del lenguaje Von Foerster plantea que éste, se lo puede considerar desde dos puntos de vista diferentes: el lenguaje en su apariencia, que se refiere a las cosas como son, o el lenguaje en su función, que se refiere a las nociones que cada uno tiene de las cosas. Desde la primera posición, uno es un observador independiente, separado del universo y el lenguaje es monológico, denotativo, descriptivo, sintáctico; dice como eso es. Desde la segunda posición, uno es un actor participante en mutua interacción con los otros y el lenguaje es dialógico, connotativo, constructivo, semántico, participativo. Lo que sucede es que nuestras lenguas están ideadas sobre el verbo ser, que al mismo tiempo que conecta las palabras, desde siempre ha estado ligado a la existencia ontológica. El constructivismo no niega la realidad, lo que hace es

sostener que uno no puede conocer una realidad independiente; no formula declaraciones ontológicas (Von Foerster, 1991).

Una vez argumentada esta posición, Von Foerster presenta una hipótesis fundamental: todas estas nociones tienen que ver con una actividad computante por parte de un observador-operador, el cual genera las distinciones que configuran un orden; o fracasa en generarlas, siendo el desorden la manifestación de dicho fracaso; o genera más orden en este dominio y menos en aquél; o compara ordenes diferentes que permiten decir que aquí hay más complejidad que allí.

La emergencia de estas nociones es dependiente del lenguaje usado por el observador, que en realidad no es "un" observador, sino una comunidad de observadores en interacción. Es ese lenguaje el que da el marco de referencia que permite crear distinciones donde no las había. El lenguaje no es un instrumento que describe lo que sucede en un mundo independiente, sino el nombre de un contexto que construye lo que sucede, y es una elección en el dominio cognitivo. Einstein hablando con Heisenberg le dice: en una teoría es imposible aceptar solo magnitudes observables, más bien la teoría decide lo que es posible observar (Watzlawick, 1988).

Liddon (en Neimeyer, 1998) realizó una descripción muy clara entre cuatro formas y facetas del constructivismo.

**Constructivismo Material.** En esta faceta, la *Realidad* está en función de la estructura del sistema cognitivo humano. Es producida por la capacidad del sistema cognitivo para establecer relaciones. El *Conocimiento* no refleja una realidad ontológica "objetiva". Sólo una organización y orden del mundo generado por la experiencia. Los *Sistemas vivos* en su organización son cerrados, no disponen de entradas ni salidas (*inputs/outputs*). Cada sistema es autónomo o autorreferencial que especifica cómo se comportará en todas y cada una de las situaciones que enfrente. Por lo tanto, la información no tiene significado fuera de cada sistema en específico. En resumen, Un sistema no puede instruir o determinar los cambios en otro.

**Constructivismo Eficiente.** En esta forma de constructivismo, el *Conocimiento* es un proceso activo que interpreta y almacena entradas (*inputs*) ambientales como información significativa. El *Ser humano* es buscador activo y usuario de información, con sistemas cognitivos con los que construyen constantemente su visión de la realidad. La *Realidad* está en función de la capacidad del sistema cognitivo para identificar información útil, transformarla en patrones significativos (esquemas) y usarlos para elegir respuestas adecuadas y que influyen en procesamientos futuros.

**Constructivismo Formal.** En esta forma de constructivismo la *Realidad activa*, cambiante, constituida a nivel personal y social. El significado surge del patrón organizacional (forma) de los fenómenos a través del tiempo y en el contexto. La *Actividad humana* se realiza en un contexto sociohistórico y cultural de significados y relaciones.

**Constructivismo Final.** En esta forma de constructivismo el *Conocimiento* es Dinámico y direccional: hacia una mayor complejidad y abstracción. La síntesis es construida de las inevitables contradicciones que surgen en las interacciones persona-ambiente. Confía en el concepto de causalidad final.

Hay tres enfoques que ejemplifican algunas formas de constructivismo psicológico basadas en la metáfora del proceso orgánico:

- Evolutiva y dialéctica: El sí mismo reconstruye su relación con el mundo de forma cada vez más coherente e integrada. El desarrollo cognitivo es un proceso continuado y direccional, dando lugar constantemente a nuevas formas de dar sentido al mundo.
- Perspectiva de sistemas: Las personas son capaces de cambios equilibrados y disipativos. Tienen propiedades de autoconstrucción, dirección personal, autocontrol y autorregulación, son teleológicas. En la asimilación de información Ford señala tres procesos de cambio: Autoorganizativo: mantiene patrones existentes (asimilación), autoconstructor: altera patrones existentes (acomodación) y desorganizativo-reorganizativo: transforma los patrones de funcionamiento dando un nuevo equilibrio dinámico a influencias demasiado grandes.
- Psicología transpersonal: Los seres humanos (como individuos y como colectivo) están en proceso de evolución hacia una totalidad y espíritu integral. El desarrollo completo del ego es considerado un estancamiento del desarrollo. El nivel más alto de desarrollo implica la trascendencia del ego.

Para Neimeyer (1998) el objetivo básico de la psicoterapia constructivista, es la creación de significado, más que la "corrección" de supuestas disfunciones o déficit en el pensamiento, emociones o conductas del cliente. La evaluación se concentra en identificar y reformular las metáforas centrales que constituyen la narrativa personal del cliente. Se busca incidir en niveles profundos de intervención o cambios de 2do. Orden, centrándose en los procesos básicos del sí mismo que mantienen un sentido de identidad del individuo y la conexión esencial con los otros.

El terapeuta debe estar alerta ante la amenaza de suponer o invalidar demasiado pronto sobre la teoría que asienta la teoría del cliente. El terapeuta se mostrará empático, colaborador, respetuoso y casi reverencial ante la "resistencia" al cambio.

Desde esta postura de Neimeyer, el terapeuta fomenta armonía en las cuestiones implícitas, a menudo inarticuladas en la conducta del cliente, intenta ayudarlo a tejer a lo largo de su experiencia "hilos de significado" que lleven a encontrar respuestas provisionales o preguntas mejores y más incisivas.

Dentro de una atmósfera personal e interpersonal en la que se puedan reformular y resolver los problemas en el lenguaje. De tal forma que los clientes lleguen a una validación social para representar nuevas identidades menos "saturadas del problema". (Neimeyer, 1998).

La terapia constructivista puede verse desde cuatro metáforas (Neimeyer, 1998) poniendo énfasis en puntos distintos.

### **Terapia como una ciencia personal**

La Teoría de los Constructos Personales, Kelly (1955), es considerada la primera teoría constructivista clínica significativa. Ha sido retomada además de los posteriores teóricos de los constructos personales, por terapeutas constructivistas que trabajan fuera de la tradición de los constructos personales.

### **La terapia como reconstrucción narrativa**

El objetivo es la "Reescritura biográfica" de las historias vitales que se han vuelto limitadoras e incoherentes y requieren una corrección o elaboración más significativa; en forma de construcción o reconstrucción. Proporciona un significado que está dictado por las historias que vivimos y que contamos, por la manera en que se asocian en secuencias significativas. Contrasta con la terapia cognitiva que intenta dismantelar los pensamientos automáticos distorsionados o las creencias irracionales.

### **La terapia como desarrollo del sí mismo**

Se centra más en las "reglas personales de la vida", "esquemas desadaptativos tempranos" cargados emocionalmente y que están en la base de trastornos psicológicos. Pone mayor atención a las fases evolutivas tempranas o a las relaciones de apego. Propone un modelo de evaluación más evolutivo que exige una ampliación de estrategias y técnicas terapéuticas. Mahoney (1989) lo describe como "flujo de conciencia". Se basa en el cuestionamiento profundo del sí mismo (cuidadoso y guiado).

### **La terapia como una elaboración conversacional**

Considera a los sistemas humanos en esencia generadores de lenguaje, que definen su organización a través del discurso y la negociación. El significado surge a través del acto de comunicar, en vez de residir en los sí mismos individuales o conocedores. La terapia se convierte en un ejercicio de lenguaje entre todos los miembros del sistema organizado alrededor de un problema. El terapeuta utiliza preguntas circulares, actúa como director de la conversación (Neimeyer, 1998).

### **Construccionismo Social**

Para hablar de construccionismo social es indispensable referirnos a Gergen (1986), él señala como las principales influencias al surgimiento de la Construcción Social a : 1) la crítica ideológica de Hegel; 2) la crítica literaria (esta que "intenta dismantelar el enfoque mimético del lenguaje", encarnada en el desconstruccionismo); 3) el trabajo de Berger y Luckman (1966) donde se hace hincapié en *la relatividad de perspectivas, el vínculo de las perspectivas individuales con el proceso social, y la reificación a través del lenguaje.*

Gergen (1994) en su libro *Realidades y Relaciones*, analiza los vínculos entre el constructivismo y el construccionismo social: al sostener ambos que el saber es una construcción de la mente y al rehusar definir el conocimiento como el reflejo fiel de una realidad o de un mundo independiente de nosotros (conceptualización que caracteriza al modernismo), estos dos enfoques rechazan el dualismo sujeto/objeto. Sin embargo, para los construccionistas los conceptos tales como "el mundo" o "la mente" no poseen la estatura ontológica que los constructivistas parecen darle, puesto que pertenecen a prácticas discursivas y pueden por lo tanto, ser cuestionados y negociados dentro del lenguaje. Se aprecia que los puntos se van conjuntando para dar fin al mito de la realidad

objetiva. A partir de este pensamiento, la teoría no intenta señalar las características del mundo tal cual es, sino que a una convención social, un acuerdo, una construcción que es mantenida a través del lenguaje.

De acuerdo a Gergen (1994), el constructivismo continúa ligado a la tradición occidental del individualismo, puesto que describe la construcción del saber a partir del proceso intrínseco del individuo, mientras que el construccionismo social intenta, por el contrario, ligar las fuentes de la acción humana a las relaciones sociales. En este sentido Gergen afirma que la construcción del mundo no se sitúa en el interior de la mente del observador, sino más bien en el interior de las diferentes formas de relación.

### **El Lenguaje como Herramienta de Construcción**

El lenguaje ya deja de ser pues, un medio donde se encierra una verdad objetiva. El lenguaje es una herramienta mediante la cual vamos construyendo la realidad, una realidad que está dependiendo de un acuerdo social. Bajo este nuevo protagonismo del lenguaje como constructor de realidades es que también se retoman las ideas vigotskianas sobre el mismo y de la construcción compartida con el medio social (Mc Namee y Gergen, 1996).

También en la obra de Derrida (1978, 1996), el lenguaje y más concretamente el texto, toman un lugar escénico fundamental. La obra de este autor va a dar lugar al surgimiento de formas prácticas como las que usan White y Epston (1992). En la práctica terapéutica construccionista, está la idea de que si el lenguaje no es portador de una realidad objetiva y el mismo es el que nos lleva a construir un mundo donde no podemos desarrollarnos en buena forma junto con nuestras potencialidades, es mejor que abandonemos la misma (construcción) y busquemos una forma que nos abra más posibilidades que ya están potencialmente.

Gergen (1996) propone sobre que lo que llamamos proceso terapéutico:...la psicoterapia puede pensarse como un proceso de *semiosis*: la forja de un significado en el contexto de un discurso de colaboración. Se trata de un proceso en el que el significado de los acontecimientos se transforma a través de una *fusión de los horizontes de los participantes*, se desarrollan modos alternativos de narrar los acontecimientos y evolucionan posturas respecto al yo y los demás. Gergen aquí habla de que el proceso terapéutico debe de buscar el forjar significados, significados estos que están contruidos por un contexto microsocial que está en relación con la persona y donde el terapeuta pasa a ocupar un lugar en el mismo, donde será introductor de nuevos significados.

Según los construccionistas las formas que nosotros narramos nuestras situaciones o nuestro mundo, nada nos dicen sobre un mundo real, sino que dependen de unos acuerdos sociales que tienen que ser mantenidos constantemente con quienes nos relacionamos. Esto último es bien importante, ya que marca una diferencia con una concepción de constructos permanentes (por ejemplo la teoría de la atribución, o el constructivismo), para que la realidad que yo narro pueda ser tomada como seria o "creíble", necesito de otros actores sociales que aprueben la misma como válida.

Gergen (1996) dice que hay cuatro tipos básicos de narraciones dependiendo su forma progresiva o regresiva; y progresiva y regresiva se refiere a si el estado de sentimiento general de bienestar es ascendente o descendente respectivamente *trágica, comedia-novela,... y fueron felices y epopeya-heroica*. Así que si esa modalidad de narrar que utilizamos no es efectiva y nos limita al

actuar, en la pragmática, la labor del terapeuta será ayudarnos en la consecución de formas más adecuadas o eficaces de narrar.

Todas estas dilucidaciones que vimos están basadas fundamentalmente en los 5 supuestos básicos del construccionismo que relata Gergen (1996):

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

Estos presupuestos de la Construcción Social hacen hincapié en la construcción de las realidades y su manutención a través de un proceso social. Vemos la construcción y manutención como procesos creados con otros en la comunicación y mantenidos también gracias a la misma.

Gergen (1996) señala que la forma de co - construir o "forjar un nuevo sentido" con el paciente es muy variada y que se han desarrollado muchas formas de trabajo para ello. Aquí traeremos solo algunos ejemplos, pues si no la extensión necesaria para incluirlos a todos no nos permitiría seguir con las metas propuestas. Goolishian y Anderson (1992) emplean una forma de "investigación interesada" (esta se lleva a cabo haciéndole preguntas al paciente de forma que las mismas den crédito a su realidad y le "urja" progresar); Andersen (1991) con su equipo han desarrollado lo que denominan "equipo reflexivo", donde los que se encuentran detrás del espejo pasan a compartir sus construcciones con la familia; White y Epston (1993) emplean cartas, escritas por ellos mismos o por el paciente; Schnitman (1994) hace hincapié en las posibilidades positivas.

Para los construccionistas (Gergen, 1996), el significado humano es esencial en el proceso de cambio. El intenso diálogo sobre el significado se aleja del significado en la mente individual, para postular que son las relaciones las que lo crean; pasando de una construcción individual a una social.

El construccionista no abandona los valores tradicionales (Gergen, 2004) sino 1) amplía el rango de los valores puesto que cualquier resultado puede ser visto como positivo y 2) moviliza diálogos donde se discuten los valores, o los resultados. Para el construccionista no existen problemas, causas, fuerzas, estructuras, que no se deriven de las interpretaciones con base en el pensar común. No significa que "nada existe", sino que al intentar articular lo que existe, al ubicarlo en el lenguaje, penetramos al mundo de los significados generados socialmente. El construccionismo sí reconoce la importancia de la verdad en su contexto. Estar conscientes de las construcciones no quiere decir que los terapeutas deban deconstruir la realidad del paciente. Una terapia efectiva no

necesita generar crisis ontológicas, de hecho si es efectiva dejará intactas las creencias del cliente (Warhus, 2004).

Tal vez para muchos, acostumbrados a pensar en estructuras, reglas, inconsciente o cualquier otra esencia o estructura, veamos en esta propuesta de cambiar la forma de narrar parece o milagrosa o por el contrario demasiado inocente, que los cambios son trabajosos y hasta puede haber casos donde nunca se pueda cambiar. Así que tenemos que ponernos unos "lentes" diferentes para llegar a comprender lo que es la construcción social. Con respecto a las esencias dice que no existen como tales sino que son construidas por nosotros a través de los relatos.

## **1.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y la Posmoderna**

### **I. Introducción**

Como explica Andolfi (1992), la aplicación de la teoría de sistemas a diversas disciplinas ha sido de muchas y diversas formas, pero quizá el uso más extenso dado a esta, es en el estudio de familias y su patología. Desde esta perspectiva, los estudios no se centran en el estudio de un individuo sino en la persona en el marco de su familia, la teoría de las familias con base en el sistema se sustenta en el hecho que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales. No puede considerarse al individuo, a la familia, o a la estructura social, ni siquiera a las mismas pautas culturales, como sistemas cerrados o como entidades separadas e independientes, sino que son partes interrelacionadas e interactuantes de un todo que cambia y se transforma a lo largo del tiempo, ambos se influyen selectivamente en el proceso de cambio (Estrada, 1996). La familia se puede concebir como un sistema abierto organizado, separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquía entre ellos.

### **II. La Familia como Sistema**

La familia humana es una organización única, es la unidad básica de la sociedad, provee las condiciones para la unión del hombre y la mujer, de manera que éstas pueden tener hijos y asegurarles alimentación y energía (Ackerman, 1964).

Por lo tanto, familia es una entidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, las cuales difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales (Minuchin y Fishman, 1994).

En este mismo sentido Espejel, (1995); Macías, (1988) definen a la familia como el grupo natural de adscripción humana, generalmente ligado por lazos de biológicos o de consanguinidad, que incluye dos o más generaciones al menos en alguna etapa de su ciclo vital, y que permite o facilita la subsistencia de sus miembros, la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades.

Andolfi (1992) define la familia, como un organismo vivo en constante transformación, una entidad compleja que se modifica a través del tiempo, con el fin de asegurar su continuidad y el crecimiento psicosocial de sus miembros, en respuesta a los cambios en el desarrollo de la familia a través de su ciclo vital y de los cambios externos. Este doble proceso de continuidad y crecimiento, permite que la familia se desarrolle en conjunto y a su vez asegure la diferenciación de sus integrantes.

Para Minuchin (1979), la familia posee tres características esenciales, a saber, es un sistema sociocultural abierto en constante transformación, se desarrolla desplazándose a través de ciertas etapas de evolución las cuales le exigen reestructuraciones constantes y se adapta a las circunstancias cambiantes manteniendo su continuidad, a la vez que fomenta el crecimiento psicosocial de sus miembros. Estas etapas por las que atraviesa la familia se pueden entender al revisar su ciclo vital.

Es necesario revisar el ciclo vital de la familia, porque es un elemento fundamental para evaluar a las familias, porque como menciona Minuchin la familia no es una unidad estática, está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales, por tal motivo los terapeutas detienen el tiempo cuando investigan familias. Este corte transversal es muy importante hacerlo, ya que proporciona el estado de cosas que está teniendo lugar en la familia y provee elementos de evaluación que permitan una intervención posterior, considerando la interacción dinámica y relacional que se da y que le permite posibilidades de intercambio de crecimiento (Minuchin, 1979).

### **El Ciclo Vital de la Familia**

El Ciclo Vital de una Familia, se refiere a la trayectoria de vida de la familia, delimitada por fases críticas que encierran momentos especiales de dificultad para toda la familia, el ciclo vital favorece el conocimiento del contexto de la familia (Estrada, 1996).

1) **El desprendimiento.** (Adultos Libres). Es cuando el joven o la joven abandonan a la familia de origen y sale en busca de un compañero fuera de su familia, en donde hay que asumir la propia responsabilidad emocional y financiera.

2) **El encuentro.** (Recién Casados). Se trata de integrar un sistema de seguridad interna, que incluya a uno mismo y al compañero. Al formar el sistema conyugal, tiene que haber un reordenamiento de las relaciones con las familias extensas y amigos, para incluir al cónyuge. También implica la necesidad de establecer acuerdos. Esta etapa es fundamental en la cimentación de la familia.

3) **Los hijos.** (Niños Pequeños). La llegada de los hijos requiere de espacio físico y emocional, además de que es importante tomar en cuenta las demandas que la sociedad impone la familia: casa, vestido, transporte, profesión, etc. Implica la necesidad de reestructurar el matrimonio y las reglas que hasta entonces lo han venido rigiendo.

4) **La Adolescencia.** (Hijos Adolescentes). De todos los eventos que afectan a la familia, la llegada de los hijos a la adolescencia, tal vez es el que más pone a prueba la flexibilidad del sistema. Se combinan varios factores: tiene que aumentar la flexibilidad de las fronteras familiares para permitir la independencia de los hijos; cambio de foco hacia cuestiones conyugales y profesionales de la mitad de la vida; comienzo del cambio hacia el cuidado conjunto de la generación de los mayores.

5) **El Re-encuentro.** (Nido Vacío). Se refiere al aislamiento y la depresión de la pareja, puesto que a estas alturas sus actividades de crianza han terminado. Podemos agregar que esta fase coincide casi siempre con una etapa individual de suma importancia: la pareja recibe el impacto de la biología que declina. Además se dan cambios sociales y familiares muy importantes: la necesidad de admitir y hacer lugar a nuevos miembros (cónyuges de sus hijos) en la familia; el nacimiento de los nietos; la muerte de la generación anterior; la jubilación; la declinación en la capacidad física; el conflicto con las nuevas generaciones; el problema económico de los hijos que inician una nueva familia; la necesidad de explorar nuevos caminos y horizontes; la necesidad de independizarse de los hijos y nietos para otra vez formar una pareja.

6) **La Vejez.** Esta es una de las etapas más difíciles del ciclo vital, aquí los esposos se encuentran más cercanos a la muerte, se enfrentan a la pérdida del cónyuge, hermanos y otros pares y preparación para la propia muerte. En esta etapa se necesita, tener la habilidad suficiente para aceptar realistamente las propias capacidades así como las limitaciones.

### **Tipos de Familia**

Existen modelos que nos permiten clasificar a las familias de acuerdo a su estructura, es decir, de acuerdo a como se encuentra conformada, para lo cual es necesario tomar en cuenta los cambios y modificaciones que pueden ocurrir estas a lo largo de su ciclo vital. Para fines de este trabajo solo mencionare una que realiza Minuchin (1994):

- **Familias de pas de deux.** Esta compuesta de dos personas solamente. Por ejemplo si se trata de madre e hijo es posible que el hijo viva en un mundo de adultos, y es posible que el vínculo entre ellos alimente mutua dependencia.

- **Familias de tres generaciones.** Lo indicado cuando se trabaja con este tipo de familias es hacerlo dentro del sistema cooperativo hacia una diferenciación de funciones y no promover la formación de una estructura acorde a la norma cultural. Es muy importante no subestimar la influencia de la familia extensa sobre las funciones de la familia nuclear.

- **Familias con soporte.** Cuando son muchos los niños en un hogar, es común que uno de ellos e incluso varios de los mayores reciben responsabilidades parentales. Para que estas familias funcionen es necesario que las responsabilidades parentales sean claras.

- **Familias acordeón.** En ciertas familias uno de los progenitores se ausenta por lapsos prolongados (militares, trabajadores emigrantes, etc.), en estas familias el cónyuge que permanece en el hogar asume funciones adicionales a expensas de la colaboración entre los miembros de la pareja. Estas familias tienen que ajustar sus funciones cuando este miembro se aleja y reajustarlas cuando vuelve.

- **Familias cambiantes.** Algunas familias cambian constantemente de domicilio, el ejemplo más frecuente es el progenitor soltero que cambia de pareja una y otra vez. Cuando se cambia de contexto es posible que se pierdan redes de apoyo familiar y comunitario. La función del terapeuta será ayudar a la familia para que defina con claridad su estructura organizativa.

- **Familias Huésped.** Se refiere a las familias que albergan de manera temporal a un miembro de otra familia que se encuentra en alguna situación vulnerable, a un problema potencial en esta configuración familiar es que en ocasiones la familia se organiza como si no fuera huésped. El niño es incorporado al sistema familiar. Si después desarrolla síntomas, pueden ser el resultado de

tensiones dentro del organismo familiar. Es preciso evaluar el nexo del síntoma con la organización familiar. Si la sintomatología es el producto del ingreso del niño en un sistema nuevo, éste funciona como si atravesara una crisis de transición.

Existen otros dos modelos de que pueden servir de guía para el trabajo terapéutico. Uno de ellos es el Modelo Mac Master desarrollado por Epstein (IMP, 1996) que es una guía de diferentes áreas de la familia que el terapeuta evalúa para diagnosticar el funcionamiento de una familia [Ver anexo 1]. El segundo modelo denominado Triaxial de funcionalidad familiar fue desarrollado por Wen-Shing Tseng y John F. McDermott Jr. (IMP, 1996) Presupone el conocimiento de la psicopatología infantil. Toma en cuenta tres ejes: el eje I representa los aspectos del desarrollo de la familia y se relaciona con los aspectos históricos y longitudinales. El eje II enfoca los subsistemas familiares, identifica las localizaciones básicas de los problemas interpersonales dentro de la familia y se basa en un estudio cruzado de las funciones familiares. El eje III ve a la familia como un grupo, una matriz o sistema e intenta categorizar la disfunción familiar a través de esta dimensión visual [Ver anexo 2].

## **1.2 .1 Modelo Estructural**

### **1. Introducción.**

Este modelo fue desarrollado principalmente por Minuchin (1978, 1979, 1994) se fundamentan principalmente en la Teoría General de Sistemas y en la cibernética de primer y segundo orden. Minuchin fundamenta sus teorías en una epistemología estructuralista; el estructuralismo plantea comprender al hombre a través de mirarlo como objeto de observación y análisis, como cualquier otro objeto de la ciencia. En el estructuralismo el hombre pasa de ser sujeto de la historia y de la cultura, a ser objeto que se conoce por la objetividad y la neutralidad científica.

Por lo tanto, la familia es concebida como un todo organizado que cumple funciones que le exige el contexto, cuando algo en el sistema funciona mal la familia tiene dificultades para reestructurarse y superar las crisis que se generan por la evolución constante o por eventos que afectan a uno o más miembros. Las acciones e interacciones de cada familia no son entidades independientes, sino partes de un movimiento necesario dentro de un sistema organizado, por lo que cada acción es **complementaria**. Este modelo fue desarrollado en los barrios pobres de New York, donde toda la familia vivía muchas veces hacinada en una habitación, con recursos intelectuales muy pobres, llevó a que este modelo a ser eminentemente familiar, con predominio de intervenciones directivas, y puestas en acto durante la sesión.

El abordaje de los problemas de las familias desde esta perspectiva sistémica estructural incluye el contexto social y la atribución de responsabilidad compartida entre los integrantes sobre lo que ocurre en la familia con relación al síntoma. Hay un interés por encontrar cómo es que todos los miembros del sistema (familiar, institucional, social) participan en el sostenimiento del síntoma; además busca entender cómo es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos miembros para mantener la homeostasis familiar.

### **2. Conceptos del Modelo**

Como todo sistema complejo, la familia incluye subsistemas, que son las reglas que definen quienes y cómo han de participar en las transacciones interpersonales. Minuchin (1994) señala las siguientes categorías:

- a) Subsistema (holón) individual, esta formado por un solo individuo, incluye el concepto de sí mismo, los determinantes personales e históricos del individuo, lo que le permiten adaptarse a las diferentes situaciones;
- b) Subsistema (holón) conyugal, esta constituido por la pareja;
- c) Subsistema (holón) parental o de padres, sus principales funciones son la crianza y educación de los hijos, este subsistema debe de modificarse continuamente en la medida que crecen los hijos;
- d) Subsistema (holón) fraterno o de hermanos, lo constituyen el primer grupo de iguales con los que el hijo participa.

Los **límites** o fronteras familiares internas son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares. Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser **difusos, rígidos o claros**. Límites difusos son aquellos que resultan difíciles de determinar; límites rígidos son aquellos que resultan difíciles de alterar en un momento dado; límites claros son aquellos que resultan definibles y a la vez modificables. Se considera que los límites claros comportan una adaptación ideal.

El concepto de **tríada rígida** se refiere a las configuraciones relacionales paterno-filiales en las que el hijo se usa rígidamente para desviar o evitar los conflictos parentales. Según Minuchin (1974), se pueden dar tres configuraciones de tríada rígida. (A) **Triangulación**: cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro. (B) **Coalición**: Uno de los progenitores respalda al hijo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor; esta situación tiene el efecto de crear un vínculo entre el progenitor defensor y el hijo para ir en contra del otro cónyuge. (C) **La desviación de conflictos**, que se produce cuando se define a un hijo como "malo" y los padres, a pesar de sus diferencias mutuas en otros aspectos, se unen en su esfuerzo para controlarlo o cuando se le define como "enfermo" y se unen para cuidarlo y protegerlo.

**Concepto de familia.** Para Minuchin una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales; las transacciones repetidas establecen pautas acerca de que manera, cuando y con quien relacionarse; esas pautas apuntalan al sistema. Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de una familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción: uno genérico, que implica reglas universales que gobiernan la organización familiar; el otro es idiosincrásico, que implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia.

**Definición de problema.** Desde el punto de vista del modelo los problemas no son individuales, la familia es un sistema complejo que funciona mal y que es necesario corregir. Se considera a la familia como un organismo sometido a tensión. La tarea del terapeuta es cuestionar la definición que la familia da del problema.

**Objetivos de la terapia.** El objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes

**Cambio terapéutico.** El cambio terapéutico se logra modificando aspectos de la estructura de la familia que a su vez producen cambios de conducta.

### 3. Método general del proceso terapéutico

La terapia estructural recurre a diferentes estrategias de intervención dependiendo del tipo de familia, pero invariablemente interviene provocando una crisis en la tendencia homeostática de la

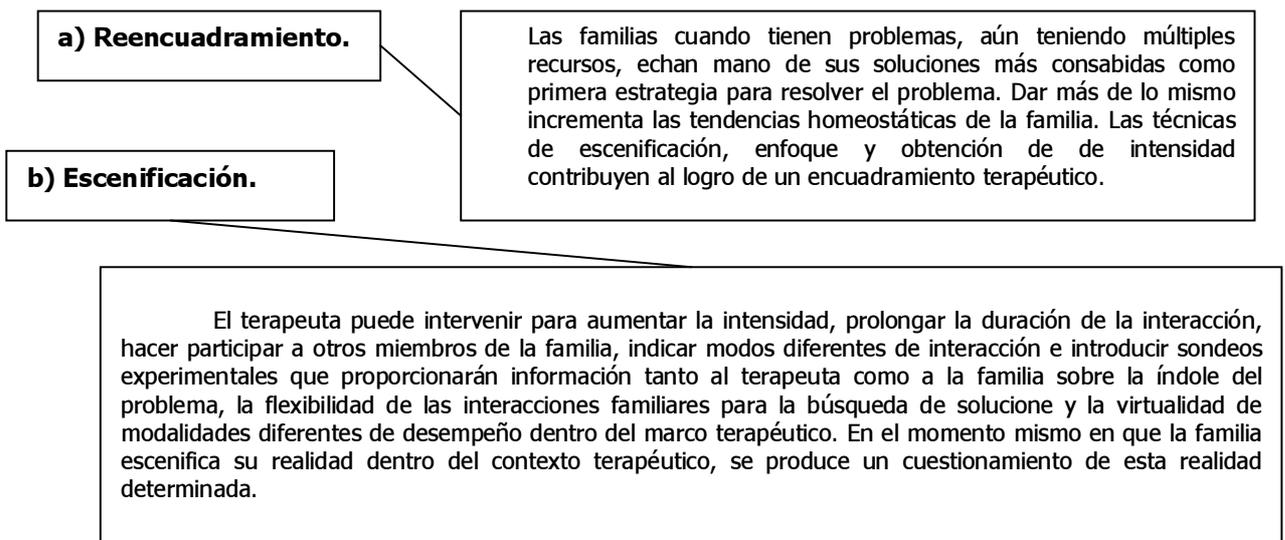
familia. Se busca reorganizar la estructura de la familia ya que esto producirá cambios en la conducta de los miembros.

El terapeuta adopta una postura directiva, además de que las intervenciones se realizan dentro del espacio terapéutico. Resulta esencial la presencia de todos los integrantes de la familia, así como el paciente identificado (integrante que manifiesta síntomas o aquel señalado por la familia como portador del problema).

Durante la entrevista el terapeuta realiza un análisis estructural de la familia (Subsistemas, Límites, Roles, identifica al paciente, etc.). Una vez realizado este análisis procede a realizar las intervenciones con la finalidad de romper la homeóstasis que impide la reestructuración de la familia.

#### 4. Técnicas de Intervención

##### Esquema 1. Reencuadramiento y Escenificación.



Las principales técnicas del modelo estructural son el **Reencuadre** y la **Escenificación**. La primera atiende al objetivo de hacer que la familia avance hacia un manejo más diferenciado y eficiente de su realidad disfuncional; y la segunda es la técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que dance en su presencia, se ponen en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia.

## Esquema 2. Enfoque e Intensidad.

### c) Enfoque

El terapeuta tiene que seleccionar un enfoque y elaborar un tema para trabajar sobre él y a su vez desechar los diversos campos que no son por el momento útiles para su meta terapéutica. Su actividad de recopilación de datos atañe al proceso de cambio, no al historial o la descripción de la familia. Como las interacciones de la familia tienden a ser isomórficas, la investigación en profundidad de este pequeño segmento le proporcionará información útil sobre las reglas que gobiernan la conducta en otros muchos campos de la vida familiar. El oficio del terapeuta es asistir al cambio familiar, no hacer que ellos se sientan cómodos.

### d) Intensidad.

Las familias difieren unas de otras en el grado en que exigen lealtad a la realidad familiar, y por fuerza la intensidad de mensaje del terapeuta habrá de variar según sea lo que cuestione. Un mensaje terapéutico tiene que ser **reconocido** por los miembros de la familia, lo que significa que deben recibirlo de un modo que los aliente a experimentar cosas según modalidades nuevas. Se puede repetir el mensaje, repetir las interacciones isomórficas, modificar el tiempo que dura la interacción, cambiar la distancia entre los

En la terapia familiar estructural, el **enfoque** se puede comparar con la realización de un montaje fotográfico. Para el clínico es preciso deslindar fronteras, poner de relieve los lados fuertes, señalar problemas, investigar funciones complementarias. El terapeuta necesita hacer que la familia oiga, y esto exige que su mensaje supere el umbral de sordera de la familia, por lo que requiere aumentar la **intensidad**.

### Esquema 3. Reestructurar.

#### e) REESTRUCTURACION

##### 1. Captar las pautas transaccionales de la familia

Toda comunicación es siempre reforzada, calificada o negada por el contexto interpersonal de la transacción, lo hace mediante: **a)** *Dramatización de las pautas transaccionales.* **b)** *Recreación de los canales de*

**2. Señalamiento de los límites.** El terapeuta familiar ayuda a crear el intercambio flexible entre autonomía e interdependencia que promoverá el desarrollo psicosocial de sus miembros.

**4. Asignación de tareas.** Se utiliza para señalar y actualizar un área de observación que puede no haberse desarrollado en forma natural en el flujo de las transacciones de la familia. Se realizan dentro y fuera de la sesión.

**3. Intensificación del estrés.** El terapeuta puede producir situaciones de estrés en partes diferentes del sistema lo puede hacer mediante: **a)** *Bloqueo de pautas transaccionales.* **b)** *Acentuación de las diferencias.* **c)** *Desarrollo del conflicto implícito.* **d)** *Unión en alianza o coalición.*

**6. Manipulación del Humor.** El afecto que acompaña a las transacciones familiares constituye uno de los múltiples indicios que determina la conducta del terapeuta. El terapeuta puede recurrir a una imitación del estilo familiar, para suscitar mecanismos de enfrentamiento de la anomalía por parte de la familia.

**5. Utilización de los síntomas.** El terapeuta combate la tendencia de la familia en centralizarse en el portador del síntoma. a) Enfoque centrado en el síntoma. El trabajo con los síntomas del paciente identificado puede constituir el camino más rápido para diagnosticar y modificar las pautas transaccionales disfuncionales de la familia. b) Exageración del síntoma. El terapeuta puede reforzar los síntomas del PI, aumentando su intensidad, convirtiéndose así en una maniobra reestructurante. c) Desacentuación del síntoma. Se puede utilizar el síntoma como una vía que permitan alejarse del PI. d) Adopción de un nuevo síntoma. Se trata de desplazar el foco de atención a otro miembro que no sea el PI. e) Reetiquetamiento del síntoma.

**7. Apoyo, educación y guía.** El terapeuta debe comprender la importancia de estas funciones y saber cómo estimularlas.

Para lograr el objetivo de la terapia que es **reestructurar** a la familia es imprescindible que el terapeuta se una a la familia utilizando alguna de las técnicas descritas.

#### Esquema 4. Fronteras y Desequilibrar.

##### f) Fijación de fronteras

**Distancia psicológica:** El terapeuta construirá un mapa tentativo sobre las alianzas, coaliciones, etc. Trazará fronteras entre tres personas en caso de que interacciones diádicas disfuncionales se mantengan en virtud de un tercero como desviador, aliado o juez, podría decir "en este consultorio sólo tengo una regla, es una regla muy simple, pero es evidente que a esta familia le resultará muy difícil respetarla, y es que nadie debe hablar por otro..."

**Duración de la interacción:** Extender o alargar un proceso, que es un modo de incrementar su intensidad, puede ser también un recurso para demarcar subsistemas o separarlos.

##### g) Desequilibramiento

El terapeuta tendrá que utilizarse a sí mismo como miembro del sistema terapéutico para cuestionar y modificar la distribución del poder en la familia.

**1. Alianza con miembros de la familia.** Para desequilibrar, recurrirá a su alianza con un miembro de la familia, destinada a modificar su posición jerárquica dentro del sistema familiar.

**1.1. Alianza alternante.** La meta de esta técnica consiste en atribuir a cada subsistema pericias diferentes y complementarias.

**2. Ignorar a miembros de la familia.** Esta técnica demanda la capacidad de hablar y obrar como si ciertas personas fueran invisibles.

**3. Coalición contra miembros de la familia.** El terapeuta participa como miembro de una coalición contra uno o más miembros de la familia, le impone poseer la capacidad de llevar adelante un enfrentamiento y de utilizar su posición de poder como el perito del sistema para cuestionar y descalificar la pericia de un miembro de la familia. Como consecuencia de esta técnica, el miembro blanco, se tensa, pero el miembro que entra en coalición no queda menos tensionado. Participa en la coalición al precio de ser capaz de rebasar el umbral de interacciones habituales y de apoyar al terapeuta en un franco desafío a un miembro poderoso de la familia.

Las técnicas de **fijación de fronteras** regulan la permeabilidad de las que separan a los holones entre sí. La meta del **desequilibramiento** es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema.

## Esquema 5. Complementar y Realidades.

### h) Complementariedad.

Los seres humanos como unidades interdependientes, entran en conflicto entre el concepto del yo como unidad y el yo como parte de un todo, hay complementariedad de opuestos. Una de las metas en terapia de familia es ayudar a los miembros de esta a que vivencien su pertenencia a una entidad que rebasa el sí mismo individual, esta operación apunta a modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia cuestionando la idea íntegra de jerarquía. Para promover un modo diferente de conocimiento, el terapeuta tiene que cuestionar la epistemología habitual de los miembros de la familia en tres aspectos:

- 1. Cuestionamiento del problema.** La terapia parte del consenso, compartido por los miembros de la familia y el terapeuta, de que algo anda mal. En ciertas familias es evidente que una persona es la portadora de los síntomas, p.e. en familias psicósomáticas. En estos casos el terapeuta puede utilizar la autoridad de su pericia y declarar que la experiencia que él tiene le ha enseñado que las familias siempre participan en el mantenimiento del problema y a menudo lo hicieron en su origen. En otras ocasiones el terapeuta cuestionará extendiendo el problema a más de una persona.
- 2. Cuestionamiento del control lineal.** El terapeuta cuestiona la idea de que un solo miembro puede controlar el sistema familiar, cada persona es el contexto de las demás.
- 3. Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos.** El terapeuta cuestiona la epistemología de la familia introduciendo el concepto de un tiempo ampliado y encuadrando la conducta individual como parte de un todo más vasto. Las técnicas que consisten en introducir un esquema más amplio son en general de índole cognitiva. El terapeuta puede indicar a los miembros de la familia que sus interacciones están gobernadas por reglas.

### i) Realidades

Todo cambio en la estructura de la familia modificará su visión del mundo sustentada por la familia será seguido por un cambio en su estructura, incluidos los cambios en la estructura, incluidos los cambios en el uso del síntoma para el mantenimiento de la organización familiar.

**Realidad.** Minuchin concibe que lo que reconocemos en los hechos es el significado que atribuimos al agregado de hechos, además la realidad se tiene que compartir con otros que la validen. Esta concepción del mundo validada socialmente encuadra a la realidad que encuadra a la persona. La familia es la matriz donde las reglas sociales se cortan a la medida de la experiencia individual.

El modo en que la familia elabora su estructura es análogo al proceso por el cual la sociedad crea sus instituciones: Berger y Luckman (1966) distinguen cuatro niveles de legitimación de las instituciones sociales.

- 1. Vocabulario Básico.** En Terapia Familiar, el terapeuta atenderá a las palabras que emplea la familia. **Esquemas explicativos.** Corresponde a los mitos y la historia familiar, que organizan tanto el pasado como el presente. El terapeuta puede reordenarlos o ampliarlos
- 2. Conocimiento de especialistas.** El terapeuta es quien tiene la pericia y las credenciales para encuadrar lo normal y lo atípico por referencia de la familia.
- 3. Aspectos Universales.** El terapeuta puede recurrir a estas realidades universales para cuestionar la lealtad que los miembros de la familia guardan a su realidad.

#### **Cuestionar la concepción del mundo.**

El terapeuta procura presentar algunos de los diferentes universos parciales que se sitúan fuera del núcleo básico de universo de la familia y que sus miembros ignoran.

**Técnicas:** *constructos cognitivos, paradojas, lados fuertes de la familia.*

El terapeuta no solo descubre sino que construye realidades.

Las acciones e interacciones de cada familia no son entidades independientes, sino partes de un movimiento necesario dentro de la coreografía de un ballet, por lo que cada acción es **complementaria**. Por otra parte Una familia no sólo tiene estructura, sino un conjunto de esquemas cognitivos o **Realidades** que legitiman la organización familiar.

## Esquema 6. Construcciones.

### i) Construcciones.

La libertad del terapeuta como constructor de realidades está limitada por su biografía, por la realidad finita de la estructura familiar y por la peculiar modalidad con que la familia ha elaborado su estructura.

#### 1. Símbolos universales.

Con esta técnica, el terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyaran en una institución o en un acuerdo que rebasaran el ámbito de la familia, como si se refiriera a la realidad objetiva. En algunas familias conviene señalar, "puesto que eres mayor...menor...usted debería...etc". La fuerza de las construcciones universales reside precisamente en el hecho de que se refieren a cosas que "todo el mundo conoce".

#### Verdades familiares.

El terapeuta presta atención a las justificaciones que la familia utiliza para sus interacciones, usa su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento. Por ejemplo: "como son buenos padres dejarán crecer a sus hijos...cortarán los cables que los unen".

Cuando el terapeuta ha seleccionado, de la propia cultura de la familia, las metáforas que simbolizan su realidad reducida, las utilizará como una construcción cada vez que surjan.

#### Consejo especializado.

En esta técnica, el terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia y la fundamenta en su experiencia, conocimiento o sabiduría.

"he visto otros casos que...si se pone a investigar esto, descubrirá que...".

El terapeuta puede desplazar las posiciones de explicación, por ejemplo aprovechando su preeminencia como líder del sistema para incluir la perspectiva de un miembro de la familia o pasar a una diferente perspectiva familiar.

El objetivo del terapeuta estructural es convertir la concepción del mundo de la familia a una donde no se haga necesario el síntoma, y a una visión de la realidad más amplia y flexible, a través de proveer a la familia nuevas **Construcciones**.

## 1.2.2. Modelo Estratégico

### 1. Introducción

Jay Haley utilizó la palabra "estratégica", para referirse a aquella terapia en la que el profesional traza la intervención específica para el problema que se le presenta, no obstante el término "estratégico" también se identifica con los planteamientos de los creadores del modelo de terapia breve (Watzlawick, Fisch, Bodin, y Weakland, 1986). En los inicios del grupo de Palo Alto, antes de que se creara el Instituto de Investigación Mental (MRI), Haley trabajó con Bateson y con Weakland (entre 1952 y 1962) sobre problemas de comunicación; esta cercanía se dio especialmente cuando se desarrollaba la teoría del doble vínculo.

En el año de 1963, Haley publicó *Estrategias en Psicoterapia*, el estilo de terapia de Haley está fundamentado en las ideas derivadas acerca de la comunicación, en las directivas que provienen de las técnicas usadas por Erickson; mantuvo contacto con él de 1952 a 1980. Haley (1980) sostiene que el terapeuta debe ser activo y directivo, este es un elemento de la naturaleza de la terapia estratégica. Menciona también que la mayoría de las terapias, aunque no se reconozca, han sido influidas por la hipnosis.

La mirada de Haley hacia la familia estuvo influenciada por las ideas que Minuchin y Montalvo, que trabajaron con él hacia finales de la década de los 60 cuando trabajo con ellos en la Child Guidance Clinic de Filadelfia. (Haley, 1980). El enfoque estratégico de terapia en aquel en la cual el terapeuta inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema (Haley, 1980).

Para Haley, un concepto primordial es el poder, para él una de las tareas fundamentales del terapeuta es identificar coaliciones o distinguir las jerarquías confusas, y entonces restablecer las jerarquías de poder para promover una jerarquía congruente. De ahí que la terapia estratégica busca cambiar las estructuras de poder existentes en la familia que suelen ser inadecuado que transgreden los cánones sociales. Considera que el problema tiene un contexto social, la labor del terapeuta es promover un cambio, cuya consecuencia es un comportamiento novedoso y a veces imprevisto.

### **Influencia de Milton Erickson**

Durante los trabajos del grupo de Palo Alto, Haley junto con Weakland tuvo contacto con Milton Erickson, ya que estaban interesados en estudiar el fenómeno de la hipnosis. La hipnosis Ericksoniana esta basada en los diferentes estados de relajación más o menos profundos y en la participación activa del paciente. Por medio de una conversación o un lenguaje simbólico, el terapeuta guía el inconsciente del paciente para permitirle encontrar soluciones a sus problemas.

Para Erickson, la hipnosis es un estilo de comunicación e intercambio entre dos personas que facilita y promueve el contacto con los recursos que cada individuo posee, para prevenir o enfrentar y resolver situaciones problemáticas de la vida cotidiana. Erickson trabajaba retomando el lenguaje del paciente, estaba convencido de que cada intervención específica tenía que estar diseñada para cada persona específica. Esta perspectiva fue retomada por Haley y Madanés, quienes consideran el lenguaje como elemento importante en la terapia, y buscan diseñar una estrategia para cada problema específico. La influencia de Erickson en la terapia estratégica radica en la focalización del proceso de cambio como la principal preocupación, además en el estilo directivo del terapeuta y en las famosas técnicas llamadas ordalías.

## **2. Conceptos del Modelo**

### **Poder y organización**

La existencia de un orden jerárquico es inevitable porque está en la naturaleza misma de la organización. Es importante tener en cuenta que la jerarquía es mantenida por todos los integrantes de la organización. La organización familiar incluye personas de diferentes generaciones, diferentes ingresos, diferentes grados de inteligencia, etc. Estas líneas jerárquicas guardan relación con funciones de la familia. La jerarquía más elemental involucra el límite generacional (Haley, 1980).

### **Secuencias**

Una jerarquía puede delinearse observando las secuencias de hechos que ocurren dentro de una organización. Una estructura está compuesta por actos reiterados entre personas. Puede definirse al cambio terapéutico diciendo que es aquel que se produce en los actos reiterados de un sistema autorregulante, preferiblemente el que da paso a un sistema más diversificado. La tarea terapéutica consiste en cambiar la secuencia interviniendo en forma tal que imposibilite su continuación (Haley, 1980).

## **Ciclo vital**

La terapia estratégica toma en cuenta las etapas por las cuales atraviesa la familia y trata los problemas de manera distinta en cada etapa.

## **Conflictos trigeracionales**

Es la situación típica de la familia pobre donde falta uno de los progenitores y se incluye a un abuelo en el sistema, la secuencia se desarrolla así: 1) la abuela se hace cargo del nieto protestando porque la madre es una irresponsable y no atiende al niño como debiera. De este modo se forma una coalición contra la madre. 2) la madre se retira. 3) el niño se porta mal o manifiesta síntomas. 4) la abuela protesta. 5) la madre se hace cargo del hijo. 6) la abuela protesta, y trata de "salvar al niño". 7) la madre se retira. 8) el niño se porta mal, etc. (Haley, 1980).

## **Conflictos bigeneracionales**

Esta separación solo es por fines prácticos ya que en todas las situaciones hay varias generaciones involucradas.

*La madre agobiada.* Es una estructura típica en familias con muchos hijos y de madre se ocupa de todos y cada uno de ellos, sin que haya jerarquía entre los niños.

*Oposición entre los progenitores.* El conflicto bigeneracional clásico es cuando un progenitor se coaliga con un niño contra el otro progenitor. La secuencia típica: 1) Un progenitor mantiene una relación intensa con el hijo. Este progenitor intenta tratar al niño con una mezcla de afecto y exasperación. 2) se acentúa la conducta sintomática del niño. 3) la madre o el niño recurre al padre para que le ayude a resolver su dificultad. 4) el padre interviene para hacerse cargo del niño. 5) la madre reacciona contra el padre insistiendo en que no maneja adecuadamente la situación. 6) el padre se retira. 7) madre e hijo se tratan con mezcla de afecto y exasperación hasta llegar a un impase. Un niño con síntomas siempre está manteniendo la unión de un matrimonio problema.

**Concepto de familia.** Haley analiza a la familia como una organización social, que debe ser vista en términos jerárquicos; la familia es una organización en la que se establecen jerarquías y se elaboran reglas sobre quiénes tienen más poder y estatus, así como sobre quiénes juegan los niveles secundarios. Haley cuestionó la teoría de sistemas aplicada a la familia, en el sentido de que las familias funcionasen como sistemas autocorrectivos que promueven la homeostasis, pues para él esta concepción aplicada a la terapia promovía la estabilidad.

**Definición de problema.** Para Haley la expresión de síntomas, quejas, la conducta inadecuada o el problema pueden presentarse, la mayoría de las veces, por un ordenamiento jerárquico confuso (Haley, 1980). Esto da por resultado perturbaciones en la forma de adaptarse al ciclo de vida familiar por el cual atraviesa.

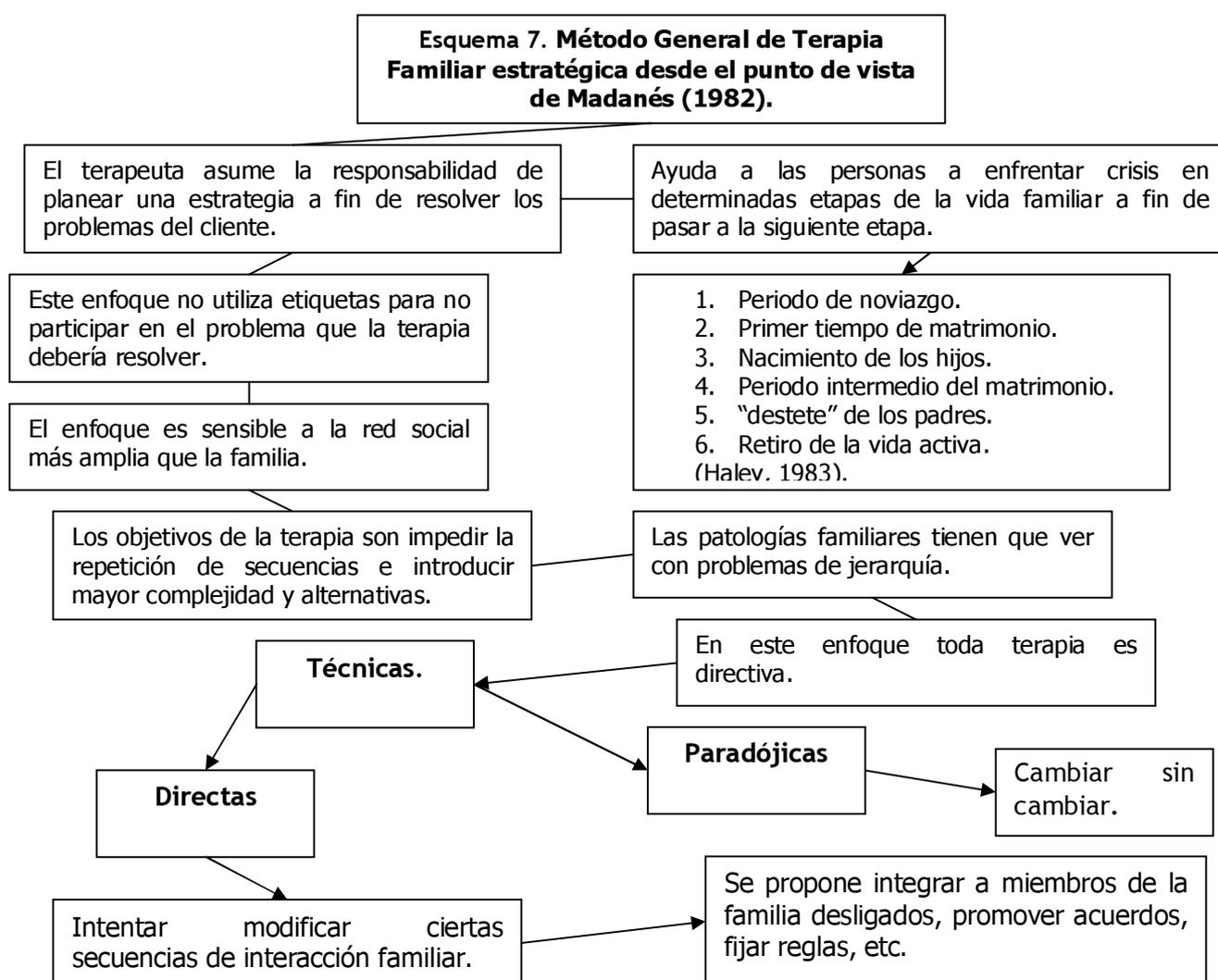
**Objetivos de la terapia.** El objetivo de una terapia estratégica es lograr un cambio en la organización jerárquica. Para él la unidad terapéutica a intervenir es la tríada: individuo-familia-contexto social. Por lo que concibe a los problemas en un contexto más amplio: la sociedad. Desde el momento en que el paciente acude al terapeuta, éste también forma parte de ese entramado social. Para Haley no es suficiente reconocer que en el problema del cliente no sólo se encuentra involucrado él, que él no es la unidad de intervención; ni tampoco la familia y el grupo de pares. La

propuesta es incluir también a los profesionales que de una u otra forma están en contacto con el problema y/o el cliente, y considerar el contexto social en que ocurre.

**Cambio terapéutico.** El cambio se logra cuando el problema es resuelto propiciando que la relación de poder que se establece entre los involucrados en el problema sea la adecuada. El cambio ocurre por obra del terapeuta que se pliega al sistema vigente y lo modifica por medio de su participación interna.

### 3. Método general del proceso terapéutico

El método más típico es proceder en etapas; la primera consiste en determinar las secuencias; la segunda es fijar un objetivo específico, que es trazar un límite generacional e impedir la formación de coaliciones a través de él. La tercera etapa es crear una forma de anormalidad diferente. Conviene transformar un sistema defectuoso en otro defectuoso que a su vez pueda dar paso a uno normal.



En el esquema anterior se muestra un resumen de la terapia estratégica, desde la perspectiva de Madanés, en donde se hace énfasis en la postura directiva del terapeuta.

#### 4. Técnicas de Intervención

##### Esquema 8. La primera entrevista (Haley, 1980)

El acto terapéutico empieza por la manera de examinar el problema. El acto de intervención saca a luz los problemas y las pautas de relación a modificar.

En la primera entrevista se trabajará con el grupo natural en cuyo seno se manifiesta el problema, iniciando así de inmediato la búsqueda de una solución. El terapeuta debe solicitar la asistencia de todos los involucrados en el problema. Desde este enfoque se trabajara no con el individuo sino con la unidad social involucrada en el problema.

##### Etapas de una primera entrevista.

###### Etapa social.

Se saluda a la familia y se procura que se ponga cómoda. El terapeuta debe observar el estado de ánimo de la familia, dato necesario para conseguir que cooperen en el cambio. Generalmente la conducta de los niños dará ciertos indicios sobre lo que les han dicho sus padres acerca de la terapia. Muchas veces la forma en cómo se sientan puede indicar como se organizan. El terapeuta debe considerar sus conclusiones como provisionales, y no debe comunicárselas a la familia.

###### Etapa de planteo del problema.

Lo habitual es que el terapeuta les pregunte por qué han venido o qué problema los aqueja, pasando así de una situación social a una situación de terapia.

**Modo de formular la pregunta.** Generalmente la familia llega a la consulta sin saber por qué se convoco a todos. Es importante es tener en cuenta que entre más específico se muestre el terapeuta, tanto más se centrará a la familia en un aspecto determinado de la cuestión.

**A qué miembro de la familia debe dirigirse la pregunta.** Hay que tomar en cuenta a aquella persona que se preocupa más por el problema; otro aspecto a tomar en cuenta la jerarquía dentro del sistema, para decidir a quien dirigirse, el terapeuta debe tomar en cuenta el problema presentado.

**Cómo escuchar la exposición del problema.** El terapeuta no hará ninguna interpretación o comentario para ayudar al individuo a ver el problema bajo una perspectiva diferente, se limitará a recoger hechos y opiniones.

**La observación del terapeuta.** Al mismo tiempo que el terapeuta lleva la entrevista, debe observar cómo actúa y qué dice cada uno de los entrevistados, sin comunicar jamás a estos sus observaciones.

**Contenido del problema presentado.** Al conversar sobre un problema una familia describirá a un individuo, indicando qué anda mal en él. Cualquier formulación sobre el problema puede emitirse en función de una, dos, tres o más personas.

###### La etapa de interacción.

Para averiguar cuál es el problema se procede en dos etapas, la primera consiste en recabar la opinión de todos los presente, lo que obliga al terapeuta a manejar directamente la conversación; la segunda es hacer que todos los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema. El terapeuta estará siempre atento a las conversaciones entre dos personas, para introducir un tercer interlocutor.

**Organización de la familia.** La información sobre límites, alianzas y coaliciones, la podrá obtener el terapeuta a través de la observación de cómo se conducen.

###### Definición de los cambios deseados.

A esta altura de la entrevista es importante obtener del grupo una formulación suficientemente clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia. Nunca se insistirá bastante en que el problema a ser resuelto por el terapeuta debe ser uno que la familia desee solucionar, pero planteado en forma tal que lo haga resoluble. Se llaman síntomas o quejas a problemas observables, medibles para que se detecte si el terapeuta puede influir en ellos.

###### Conclusión de la entrevista.

La primera entrevista debe concluir con la concertación de una nueva cita, que puede plantear la presencia de otro miembro de la familia, e incluso dejar una "tarea" para que la familia la realice en casa.

La **primera entrevista**, es sumamente importante en este modelo ya que se considera que terapia es exitosa cuando resuelve los problemas de un cliente, por lo tanto el terapeuta debe saber cómo formular un problema y cómo resolverlo.

**Esquema 9. Como impartir directivas.**

**Finalidad de las directivas:** 1. Hacer que la gente se comporte de manera diferente. 2. Intensificar la relación Terapeuta-Paciente. 3. Para obtener información de las pautas de los pacientes.

**Tipos de directivas:**

1. **Directas.** las personas reciben una directiva para cumplirla.

2. **Paradójicas.** directivas que tienen el propósito de que no se cumplan.

a) Ordenar a la gente que haga algo. El terapeuta tiene que acompañar la directiva con otro mensaje, que pueden ser señales no verbales para magnificarla, o pedir la colaboración de otros miembros de la familia.

b) Ordenar a la gente que haga algo diferente.

1. mediante buenos consejos

2. directivas que cambien la secuencia.

**MOTIVAR A UNA FAMILIA PARA QUE CUMPLA LAS DIRECTIVAS.** En el enfoque directo, el terapeuta les dice a los integrantes de la familia que conoce y comparte su deseo de resolver el problema que les aqueja, se ofrece la tarea como medio para resolverlo. De manera indirecta, se puede hacer cuando la familia no esta dispuesta a cooperar, el terapeuta debe escuchar los intentos de solución empleados y hace hincapié en los fracasos, de modo que adviertan que lo que ellos han intentado fracaso, y esto da la posibilidad de que el ofrecimiento del terapeuta sea recibido.

**Características de la tarea:**

**Precisión.** Las instrucciones deben ser claras y directas.

**Participación total.** Una buena tarea incluye a todos los integrantes de la familia, a menos que sea el propósito excluir a uno. Es necesario que alguien ejecute la tarea, otro ayuda, alguno más supervisa, etc.

**Informe sobre la tarea.**

- Si la tarea se cumplió. Debe felicitar a la familia.
- No se cumplió. No debe pasarse por alto, el terapeuta debe ser firma con la familia, y hacerles ver que los que fracasaron son ellos.
- Se cumplió parcialmente.

**Tareas paradójicas.** Son técnicas en las que el terapeuta espera que los pacientes se resistan a hacerla, y de ese modo cambien.

**Tareas metafóricas.** El terapeuta puede utilizar tareas metafóricas que son formulaciones acerca de una cosa que se parece a otra, es la relación de analogía entre una cosa v otra.

**Enfoque global de la familia.** Se transiten dos mensajes en dos niveles distintos. "cambie, sin cambiar". Los peligros de este enfoque es que los dos mensajes no lleguen simultáneamente, las personas pueden sentirse desesperanzadas.

**Directivas que implican a una parte de la familia.** Ocurre con frecuencia que el terapeuta aplique el enfoque paradójico a una o dos personas en particular. El procedimiento es el mismo.

**Etapas de la paradoja.**

1. Establecer la relación.
2. Definir el problema.
3. Fijar objetivos.
4. Ofrecer un plan.
5. Descalificar al miembro de la familia que trata de ayudar en el problema.
6. Impartir la directiva paradójica.
7. Observar la reacción y alentar la conducta usual.
8. El terapeuta debe evitar que la familia perciba que el éxito es del terapeuta.

Toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que otra persona haga algo es una directiva, los terapeutas estratégicos se preocupan del como se dan las directivas a parte de la técnica en sí.

## **Las paradojas terapéuticas**

Los cambios que experimenta una persona en el curso de la psicoterapia consisten, según sea el problema, en modificaciones de la intensidad emocional, cambios de la ideología o sistema de creencias y cambios en la conducta. Desde este enfoque la psicopatología es posible porque el hombre es un animal clasificador y el cambio ocurre cuando una persona ha de resolver paradojas planteadas en los términos de su sistema de clasificación. La creación de una clase plantea problemas sobre la relación de la clase con sus elementos y la clase no puede ser elemento.

En el contexto de la psicoterapia el paciente se halla ante una definición paradójica de la relación, que es obligada en un contexto de voluntariedad. Se encuentra con una relación en la que no se le culpa ni se le disculpa, pero que contiene ambos mensajes a la vez. Por ejemplo, a los padres de un niño con problemas no se les culpa del conflicto, pero si cambian, el conflicto desaparecerá.

El cambio que ocurre en el curso de la psicoterapia parece ser discontinuo; aunque la mejoría del paciente puede ser en conjunto gradual, se efectúa por fases. En un momento dado sufre angustia y al cabo de un momento siente alivio. Con frecuencia su relación con el terapeuta cambia de una lucha tenaz a un contacto indiferente. La psicoterapia es una profesión única, el terapeuta solo dispone de sí mismo para trabajar. Por tanto la psicoterapia es un arte.

## **Metáforas**

En el modelo estratégico se considera al síntoma como una metáfora sobre la situación en que se encuentra una persona, y la manera en que la familia interactúa en torno del síntoma es una analogía sistémica de otros sistemas de interacción. La conducta sintomática es una solución, aunque desafortunada, para las dificultades de la pareja, por cuanto equilibra el poder de ambos y proporciona un foco de interacción que estabiliza la vida matrimonial. Los síntomas son actos comunicativos que ejercen una función dentro de una red de relaciones interpersonales; no son "bits" de información sino analogías referentes a múltiples aspectos de la vida del individuo.

## **Intervenciones con problemas de interacción entre padres e hijos**

Desde este enfoque la conducta perturbada de los niños es vista como una analogía de las dificultades de alguno de sus padres, que funciona como una tentativa de resolver esas dificultades. La interacción familiar en torno de los síntomas del niño se convierte en una metáfora de la interacción en torno de los problemas de los padres, y sustituye a esta interacción. Cuando el niño se conduce en forma perturbada, el sistema de interacción en torno de las dificultades de los padres es remplazado por el sistema de interacción en torno del problema de los padres.

Pasos para realizar la terapia en estos casos:

1. el terapeuta parte de la base de que un síntoma expresa analógica o metafóricamente un problema de los padres y es también una solución.

2. determina qué metáfora expresa la conducta perturbada del niño, y a quien esta ayudando.
3. el terapeuta determina cuál es el sistema de interacción que gira en torno de los síntomas del niño, y de qué otro sistema de interacción es aquella una metáfora.
4. el terapeuta planea una intervención que modificará la acción metafórica, o suministrará una metáfora alternativa, o cambiará las consecuencias que tiene la metáfora para los padres.

Tres tipos de estrategias:

**1. El cambio de la acción metafórica.**

El terapeuta puede modificar la conducta perturbada de un hijo reemplazando su síntoma por otra acción, de modo tal que la nueva acción metafórica cumpla una acción positiva en la familia sin las consecuencias infortunadas del comportamiento sintomático.

**2. El suministro de una metáfora para el éxito en lugar del fracaso.**

Si un hijo ayuda a los padres en formas desafortunadas, el terapeuta puede procurar otras formas, más positivas, en que brinde esa ayuda. Las nuevas conductas apropiadas del hijo pueden entonces convertirse en metáforas de los éxitos, y no de los fracasos, del padre o de la madre. Si el progenitor triunfa, la conducta problemática del niño pierde su función, ya que deja de ser una analogía de los fracasos del progenitor.

**3. El cambio de la solución metafórica.**

La conducta perturbada de un niño es a la vez una metáfora y una solución del problema de un progenitor. Si el terapeuta puede cambiar estas consecuencias, de modo que se conviertan en un sacrificio para el progenitor o en una solución desagradable para el hijo, su conducta perturbada ya no cumplirá su función y será desechada.

*Preguntas que el terapeuta debe hacer a la familia.*

¿Cuándo se produce el síntoma, de qué manera, dónde y con quién?, ¿qué hace cada integrante de la familia cuando se produce el síntoma? ¿La persona que presenta el síntoma se asemeja a alguien más? ¿Qué cosas cambiarían si el problema desaparece? ¿Se ha presentado anteriormente el síntoma? Al responder estas preguntas, la familia responde quién es protegido por la persona sintomática, quién tiene ganancias secundarias, etc.

*Preguntas que el terapeuta debe hacerse a sí mismo.*

1. ¿cuál es la metáfora expresada por el síntoma? 2. ¿cuál es el pedido de la conducta sintomática? 3. ¿quién es el foco de preocupación de la persona sintomática? 4. ¿cuál es la ganancia interpersonal que la conducta brinda? 5. ¿Cómo puede mantenerse la conducta de ayuda benevolente o la ganancia prescindiendo de la conducta?, etc.

El terapeuta se formula el problema, pero no necesariamente le enuncia a la familia como redefinir el problema, solo les comunica lo que deben hacer. El terapeuta cuando traza una estrategia debe traducirla en acciones concretas que le permitan ponerla en práctica. Deben anticiparse y responderse las objeciones de los miembros de la familia, redefiniendo y reformulando la situación e impartiendo nuevas directivas. Una vez resuelto el problema el terapeuta debe desengancharse lo más rápido posible de la familia.

## Esquema 10. Intervenciones en la terapia del matrimonio vista como un triángulo.

Si pensamos en unidades de tres personas, un matrimonio no existe como entidad independiente, la descripción debe incluir un amigo, un terapeuta, uno de los padres, un hijo, un síntoma u otra tercera persona o entidad.

El trabajo con parejas ha evolucionado, de pensarse en díada comportamiento individual, hacia un pensamiento en tríada, en donde la interacción entre ambos es lo importante.

El problema marital no sólo es exclusivo de cada pareja sino que varía de acuerdo con el modo en que esa pareja ha acudido al terapeuta.

### Los síntomas como problemas presentados.

Siempre que un individuo casado presenta un síntoma grave, este desempeña una función en su matrimonio y su solución traerá consecuencias en él. Tratar a un solo individuo por sus síntomas es como suponer que un palo tiene un solo extremo. Ejemplo: Una esposa deprimida puede tener un esposo que se beneficia con este problema pero al mismo tiempo se exaspera por él.

### La crisis familiar como problema presentado.

Cuando hay amenazas de violencia o de suicidio, o comportamiento antisocial, suele recurrirse al terapeuta. El terapeuta marital necesita reunir a los cónyuges y cambiar ese ciclo de erupción o ayudarles a separarse. Crisis significa inestabilidad. Requiere de más acción del terapeuta.

### El niño como problema presentado.

En la mayoría de las terapias con niños perturbados cabe suponer que si los padres pudieran admitir fácilmente sus dificultades maritales, el niño no será la forma de hacer evidentes los problemas. Cuando un hijo adolescente se desprende del hogar, sus padres celebran un nuevo contrato matrimonial, el terapeuta enfrentado con esa clase de problema debe ayudarlos a elaborar un nuevo conjunto de temas de que ocuparse.

### El matrimonio como problema presentado.

Una pareja presenta un problema marital en un intento de permanecer unida, de otro modo no acudiría a formularlo. A veces uno de los esposos está resuelto a separarse pero no le ha revelado al otro su decisión. En la mayoría de los problemas subyace una actitud protectora que hace que el problema continúe. El examen de un problema marital presentado pone en evidencia que la pareja sigue reglas habituales de conducta y el problema radica en ellas. La influencia terapéutica se hace sentir en la forma en que el terapeuta cambia esa regla. El terapeuta debe pensar en términos de tríada, el conjunto de coaliciones en que se mueve varía de acuerdo con su sexo, y su edad. Si la pareja se separa durante la terapia no habiendo acudido a esta para plantear el problema de la separación, el terapeuta es parte de la misma y ha contribuido a que se produzca estableciendo coaliciones.

Para algunos terapeutas la pareja matrimonial en realidad es una tríada, porque está definida en función de la inclusión o exclusión de un tercero, por lo tanto los terapeutas estratégicos ofrecen alternativas de intervención como las mostradas.

## **1.2. 3. Modelo de Terapia Breve**

### **1. Introducción**

A lo largo de la década del 40 se realizaron en New York una serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Macy, en las que un grupo selecto de científicos provenientes de las más diversas disciplinas (antropología, matemática, filosofía, fisiología, neurología, psiquiatría, etc.) se reunían a investigar sobre la posibilidad de alcanzar una "ciencia del control" (Lipset, 1991). Entre los participantes estaban Gregory Bateson, Margared Mead, Milton H. Erickson, Norbert Wiener, Kurt Lewin, Heinz Von Foerster, entre otros, y los tópicos tratados en las diferentes oportunidades fueron la Hipnosis, los Mecanismos Teleológicos y la Cibernética. Estas conferencias fueron algo así como el caldo de cultivo de nuevas ideas que con el correr de los años influyeron fuertemente en el desarrollo de muchas disciplinas científicas, especialmente la psicoterapia (Vargas, 2004).

En 1948 G. Bateson decidió mudarse a San Francisco, y allí inició su primer contacto formal con la psiquiatría al asociarse a Jurgen Ruesch, con quien publicó el libro "Comunicación: la matriz social de la psiquiatría". La preocupación de Bateson se centraba en encontrar los fundamentos teóricos para una teoría sistémica de la comunicación (Ruesch y Bateson, 1951).

### **El Grupo de Palo Alto**

Gregory Bateson encabezó una serie de trabajos sobre la Cibernética, la Teoría General de Sistemas y la Teoría de la Comunicación, lo que más tarde conformarían los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica. Esta inquietud lo llevó a fundar, en 1952 el "Proyecto Bateson" (gracias a una beca de la Fundación Rockefeller), el llamado "Proyecto de Bateson" se desarrolló en el Hospital de la Administración de Veteranos en Menlo Park, California, entre 1953 y 1962, el grupo estuvo conformado por John Weakland, Jay Haley, William Fry y Don Jackson. En el contexto de las conferencias Macy, Bateson mantiene contacto con Wiener y adopta una gran cantidad de conceptos de la Cibernética para aplicarlos al estudio de la comunicación, las interacciones y las paradojas; también retoma las aportaciones teóricas de Whitehead y Russell respecto a la Teoría de los Tipos Lógicos (Wittezaele y García, 1994).

Como parte de las actividades del grupo, Weakland y Haley comenzaron en 1953 a viajar periódicamente a Phoenix, Arizona, para entrevistar a Milton H. Erickson. Erickson era un psiquiatra especializado en hipnosis, que en aquellos tiempos era uno de los pocos, si no el único, en realizar una forma de psicoterapia breve muy personal y heterodoxa. Este contacto fluido entre Erickson, Haley y Weakland influyó notablemente en la conformación de la mirada clínica en el grupo (Haley, 1980).

En 1956 el grupo (al que ya se había sumado Don D. Jackson, psiquiatra de gran experiencia, formado con las ideas de Harry S. Sullivan) publicó su artículo más importante y difundido: "Hacia una teoría de la esquizofrenia" en la que se formula el concepto de doble vínculo como pauta de comunicación que se encuentra en la génesis de la esquizofrenia (Bateson, Jackson, Haley, y Weakland, 1956). En este artículo se manejaron dos principios fundamentales para la Terapia Familiar Sistémica, dichos principios se basaron en lo siguiente:

- La familia como un sistema cibernético gobernado por reglas, que busca la estabilidad a través de circuitos de retroalimentación reactivados por errores, considerando al síntoma en función de la homeostasis para conservar el equilibrio del sistema familiar.
- La hipótesis del Doble Vínculo fue planteada como un patrón de comunicación que se establece entre personas atrapadas en un sistema permanente que produce definiciones conflictivas de la relación. Esta expresión alude a mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico.

El Grupo siguió trabajando hasta 1962, año en que se disolvió, pero durante todo ese tiempo produjo una enorme cantidad de publicaciones que han tenido una importancia decisiva en la evolución de la terapia sistémica (Haley, 1980).

De 1953 a 1962 los diferentes miembros del Grupo de Palo Alto publicaron más de sesenta artículos, en común solo publicaron dos: *Hacia una teoría de la esquizofrenia* (1956) y *Una nota sobre el doble vínculo* (1962).

En este último artículo el Grupo de Palo Alto define una posición común sobre el doble vínculo, consideran que es una clase de secuencias cuando los fenómenos son estudiados bajo el concepto de niveles de comunicación; que es una condición necesaria, pero no suficiente para explicar la etiología de la esquizofrenia, y a su vez, es un derivado de la comunicación esquizofrénica; y por último, que es una situación de "personas cogidas" en un sistema continuo que engendra definiciones conflictivas de la relación y, por consiguiente, un sufrimiento subjetivo (Wittezaele y García, 1994).

Don Jackson se interesa por desarrollar los aspectos terapéuticos del Doble Vínculo y funda en 1959 el *Mental Research Institute (MRI)* en Palo Alto. Gregory Bateson no se integra a este proyecto, pero continúan las investigaciones precedentes hasta su partida en 1963.

## **El Mental Research Institute (MRI)**

En marzo de 1959 Don Jackson contrató a Jules Riskin y Virginia Satir y fundó el Mental Research Institute, que, aunque no tiene una continuidad institucional con el Grupo Bateson, sí representa una continuación en las ideas así como en la presencia de varios de los integrantes, como Haley y Weakland. Bateson nunca formó parte del MRI, salvo como consultor (Haley, 1980).

De 1958 a 1962 coexisten el Grupo de Palo Alto y el Mental Research Institute (MRI), periodo que inicia a partir de la creación del MRI y la desintegración del Grupo de Palo Alto con la partida de Bateson (Wittezaele y García, 1994).

El equipo del MRI inicialmente estuvo conformado por Don Jackson, director y fundador del instituto, Jules Riskin, director asociado y Virginia Satir. Se sumaron diversos colaboradores, entre ellos se encontraron: Paul Watzlawick; John Weakland, quien después de ausentarse del Grupo de Palo Alto retoma sus investigaciones en el MRI; Jay Haley, que continúa sus investigaciones con familias bajo el financiamiento del MRI; Janet Beavin, quien investiga sobre las relaciones simétricas y complementarias; y William Fry con sus trabajos sobre paradojas.

En 1967 se publicó "*Pragmática de la Comunicación Humana. Un Estudio de Patrones Interaccionales, Patologías y Paradojas*" (traducido como **Teoría de la Comunicación Humana**). Sus autores son Paul Watzlawick, Don Jackson y Janet Beavin. Esta obra, que presenta las nuevas ideas sobre comunicación fundadas en la cibernética y la teoría general de los sistemas es considerada hasta hoy un clásico en el campo de la terapia sistémica.

En ella, los autores se referían fundamentalmente a la comunicación como comportamientos o conductas que afectan a las personas en su interacción, y plantean en forma de axiomas de la Comunicación Humana (Watzlawick y cols., 1967) algunas de las ideas surgidas de su trabajo con Bateson.

A partir de estos axiomas los autores desarrollaron conceptos respecto a la comunicación patológica y el Modelo del Centro de Terapias Breves del Instituto de Investigación Mental de Palo Alto.

La aportación principal de estas investigaciones a la Terapia Familiar Sistémica consistió en abandonar el esquema tradicional de análisis de procesos psíquicos intra-individuales sustituyéndolo (y/o complementándolo) con el análisis de los procesos de interacción-relación comunicacional –que ellos inicialmente contemplaban como análisis de relaciones interpersonales (entre madre e hijo etc.), esto es, pasaron del foco centrado en la psique individual a foco centrado en el "sistema social".

El proceso psíquico (objeto de la terapia) fue así observado como elemento de una **comunicación** que en los casos a tratar terapéuticamente era visto como comunicación distorsionada dentro de un "campo social" (campo de fuerzas, según la idea de Kurt Lewin).

El equipo del MRI se dedicó entonces a fundamentar una nueva visión de la psicoterapia, desde la perspectiva interaccional, que se desarrollará más adelante. En este marco Jay Haley desarrolló su modelo Estratégico de resolución de problemas, y en 1967 abandonó el MRI para unirse a Salvador Minuchin y Braulio Montalvo en la Philadelphia Child Guidance Clinic.

### **El Brief Therapy Center (Centro de Terapias Breves)**

En enero de 1967 Richard Fisch propuso a Jackson la creación de un proyecto para desarrollar un modelo de terapia breve. Ese proyecto dio origen al Brief Therapy Center, al que como se ha mencionado se sumaron Watzlawick, Weakland y Art Bodin. Este grupo desarrolló lo que hoy se conoce en el mundo entero como el Modelo de Palo Alto, generando un cambio radical en la psicoterapia, al desarrollar un modelo breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio (Watzlawick y cols., 1986).

Fue así que los integrantes del grupo, se propusieron promover activamente un cambio en los consultantes, fijando arbitrariamente un límite al número de sesiones (fijadas en 10 porque tenían que entregar sus reportes, no porque 10 sesiones fuera una cuestión metodológica). Al mismo tiempo, decidieron atender a todos los consultantes en la Cámara Gessell (hecho que hoy puede parecer bastante natural, pero que para aquellos días era bastante osado). A partir de la discusión de estos casos clínicos surgieron los trabajos más importantes del grupo.

De esta manera, el proyecto del CTB comenzó como una investigación y poco a poco se fue convirtiendo en un modelo de tratamiento que emplea técnicas innovadoras para el cambio y que contempla de manera interaccional los problemas humanos. En términos generales los principales ejes que fundamentan teóricamente el modelo de Terapia Breve son: la Teoría de la Comunicación Humana, la Teoría de Grupos, la Cibernética de Primer y Segundo Orden, la Teoría del Cambio y la influencia de Milton Erickson, respecto a los trabajos de Hipnosis.

## 2. Conceptos del Modelo

El modelo de terapia breve no pretende presentar "la realidad" o "la verdad", sino una idea de eficacia, es decir su importancia se mide pragmáticamente por sus consecuencias (Espinosa, 2005). No busca causas históricas, considera que la conducta está configurada y conservada por los esfuerzos que tienen lugar en el sistema de interacción. Por lo que el mantenimiento de un problema se debe a conductas actuales y para eliminarlo se deben alteara los patrones de interacción familiar (Fisch, Weakland y Segal, 1984). El modelo se interesa por hacer intervenciones que bloqueen o interrumpen dichos circuitos de interacción. No busca patología. No es normativa, no utiliza estándares o conceptos de salud-enfermedad. No es una terapia de crecimiento. No busca que el paciente conozca o clarifique la verdad, lo que hace es redefinir la realidad actual para dar opciones (Fisch y cols., 1984).

**Concepto de familia.** La familia es concebida como un sistema evolutivo que pasa por crisis o dificultades cuyo mal manejo dará origen a problemas. La persistencia en una actitud inadecuada frente a las dificultades no implica necesariamente la existencia de defectos fundamentales en la organización familiar.

**Definición de problema.** Para los creadores de este modelo hay una distinción muy clara entre dificultades y problemas. Las dificultades son un estado de cosas indeseable que pueden resolverse mediante un acto de sentido común. Los problemas son el resultado de enfocar mal una dificultad. Y se emprenden acciones y estas se convierten en el problema, p.e. cuando una persona tiene insomnio, el sentido común le indica que tiene que esforzarse para dormir, desde luego la solución se convierte en el problema cuando se hace *Más de lo mismo*. Mencionan tres maneras de enfocar mal las dificultades y por lo tanto se vuelven problemas (Watzlawick y cols., 1986):

- A. **Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad, es preciso actuar, pero no se emprende la acción.** A este tipo de soluciones los autores las denominan "las terribles simplificaciones". En este tipo de enfoque de problema o la persona niega que exista, o lo define como un problema sin importancia. Y aunado a la negación la persona ataca a aquellos que los señalan o tratan de enfrentarlos.
- B. **Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente, se emprende una acción cuando no se debería emprender.** A este rubro lo denominan "síndrome de utopía". O bien la persona ve soluciones donde no hay ninguna o el extremo de que existe la solución única o absoluta y que la persona la ha encontrado.
- C. **Se comete un error de tipificación lógica** y se establece un "juego sin fin" cuando se intenta un cambio 1 en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediato superior, *la acción es emprendida a un nivel equivocado*. Desde luego estamos hablando de las paradojas, se mandan mensajes a niveles lógicos distintos, y es imposible salir de la situación de manera lógica. El ejemplo clásico de paradoja es "se espontáneo".

**Objetivo de la terapia.** En terapia breve se trata de influir de modo que el problema o dificultad originaria se solucione. El objetivo del terapeuta breve es hacer intervenciones que bloqueen o interrumpan dichos circuitos de interacción que mantienen el problema (los intentos de solución). El objetivo puede conseguirse por dos vías: 1) Impidiendo que la conducta que mantiene el problema se lleve a cabo. 2) Rectificar la opinión del cliente acerca del problema para que no se sienta perturbado. Es una terapia enfocada en el cambio.

**Cambio terapéutico.** Watzlawick, Weakland y Fisch, para explicar de manera teórica el concepto de **Cambio**, recurren a hacer una analogía con la Teoría de los Grupos (Galois, 1832; en Watzlawick, y cols., 1986) y la Teoría de los Tipos Lógicos (Whitehead y Russell, 1912; en Watzlawick y cols., 1986). Los autores hacen énfasis, en que no se cubre el rigor Lógico al utilizar estas teorías, sino que se trata de una analogía simplemente.

La Teoría de los Grupos tiene algunos principios: 1) los grupos tienen miembros que comparten por lo menos una característica en común; 2) los miembros pueden cambiarse de posición pero el grupo sigue intacto; 3) un grupo tiene un miembro de identidad, que en combinación con un miembro da como resultado el mismo miembro, por ejemplo,  $5 \times 1 = 5$ , siempre y cuando la regla de combinación sea la multiplicación; 4) cada miembro tiene su opuesto, y el resultado nos da el miembro de identidad, por ejemplo  $5/5 = 1$ , donde la regla es la multiplicación, el opuesto es la división, por eso el miembro de identidad es 1.

Con la teoría de los Grupos los autores del libro Cambio (Watzlawick y cols., 1986) explican los cambios tipo 1, que también pueden entenderse como cambios mediante retroalimentación negativa que conservan al sistema en homeostasis.

Para explicar cambios que trascienden a un sistema o cambios tipo 2, los creadores del modelo, recurren a la Teoría de los Tipos Lógicos, en donde uno de los axiomas, dice que los miembros del grupo forman una clase pero la clase no puede ser miembro de sí misma. Es decir los cambios tipo 2 ocurren, cuando se pasa de un tipo lógico al tipo lógico inmediato superior, supone un salto, una variación, discontinuidad que modifica al sistema. De esta manera se evitan las confusiones y paradojas. Por ejemplo, en comunicación es imposible solucionar problemas de relación si trato de resolverlos a nivel de contenido; el cambio tipo 2 surge cuando existe Metacomunicación, es decir se cambia a un tipo lógico superior.

### 3. Método General del Proceso Terapéutico

En terapia breve el paciente es quien reporta el problema, se analiza quién está motivado para cambiar, ya que conocer esta información se relaciona con la posibilidad de éxito. Por lo tanto, en este modelo es importante, utilizar la postura del paciente, para no ir en contra de ella sino usarla a favor de la solución. El modelo distingue entre "paciente" que es quien presenta algún síntoma, y "cliente", que se refiere al miembro o miembros del sistema familiar que están afectados por el problema y dispuestos a hacer algo (Fisch y cols., 1984).

Los autores del libro *la táctica del cambio* (Fisch y cols., 1984) recomiendan estar alerta con los llamados "compradores fingidos", que son pacientes que quieren hacer citas para terceros, o quieren terapia por teléfono, o quieren continuar de la misma manera que con su terapeuta anterior, o piden citas en lugares externos al consultorio, etc. Estas personas pueden convertirse en clientes si se logra establecer un contrato terapéutico.

#### 4. Técnicas de intervención

Las intervenciones constituyen un medio para interrumpir la solución intentada. Entre más sencilla y directa sea la intervención es mejor. Existen dos tipos de intervenciones en este modelo:

##### **a) Intervenciones principales**

1. **Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.** A este grupo pertenecen la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico y sexual, funcionamiento intestinal, problemas de carácter, bloqueos creativos y de memoria. El rendimiento en estas áreas es fluctuante, sin embargo los pacientes potenciales definen las fluctuaciones como problema.

Es probable conseguir la solución cuando el cliente renuncia a sus intentos de coacción y deja de esforzarse demasiado. Se le pide al paciente que renuncie a una conducta concreta cuando le enseñamos a llevar a cabo otra que la excluya. La estrategia global para solucionar el problema de rendimiento se centra en invertir el intento del paciente por superar el problema suministrando razones y directrices que llevan al cliente a fracasar en su rendimiento.

2. **Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.** Los clientes suelen quejarse de estados de terror o ansiedad como en el caso de fobias, timidez, bloqueos en el rendimiento. Estas problemáticas son autorreferenciales. El terror y la ansiedad están dentro del sistema cognoscitivo del paciente y se mantienen sin que intervenga nadie más. Las intervenciones que se requieren son directrices y explicaciones que expongan al cliente a la situación al mismo tiempo que se exige una ausencia de dominio de ella.
3. **Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.** Los problemas vinculados con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren mutua colaboración, entre estas situaciones están las peleas conyugales, problemas entre padres e hijos. La solución intentada asume la forma de exigir a la otra parte que los trate como si fuesen superiores. Un modo de intervenir es hacer que el solicitante se coloque en una actitud de inferioridad. Pero hay que prestar atención en la forma en que el terapeuta convence al cliente de intentar la solución. En este tipo de soluciones intentadas se encuentran las amenazas incumplidas. En ocasiones los padres no utilizan su postura de superioridad porque temen perder todo control sobre el hijo.
4. **Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.** Esta solución puede resumirse en la siguiente afirmación: "Me gustaría que lo hiciese, pero todavía me gustaría más que quisiera hacerlo". Esta paradoja se manifiesta a través de numerosas formas clínicas – problemas conyugales, problemas de crianza y esquizofrenia. En estas situaciones lo que puede constituir una sencilla petición de sumisión, que puede aceptarse o rechazarse, se transforma en un intercambio que genera problemas. El hilo conductor es: una persona intenta obtener la sumisión de otra, al mismo tiempo que niega que esté pidiendo tal sumisión. La estrategia global para afrontar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario. Este tipo de pacientes a menudo están motivados por el deseo de mostrarse benévolos: "no quiero que lo haga, si es que él no se

siente feliz haciéndolo". El terapeuta puede utilizar esta postura para redefinir la benevolencia como algo destructivo y viceversa.

5. **Confirmar las sospechas de acusador a través de un intento de defensa propia.** En esta clase de problemas, hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado: infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia. El sujeto **A** formula acusaciones acerca del sujeto **B**, y éste responde negando las acusaciones y la autodefensa. Esta pauta de interacción se conoce como "juego del acusador y del defensor". Este "juego se acabaría si una de las partes abandonara su papel repetitivo. Otra intervención es la "interferencia", se trata de reducir el valor informativo de la comunicación, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre dos pares, al no haber modo de saber se realmente se refieren a los hechos.

### **b) Intervenciones generales**

Existen momentos en los que el terapeuta quiere comunicar alguna postura de tipo general o quiere preparar el terreno para una intervención mas específica. Para esto se utilizan las intervenciones generales.

1. **No apresurarse.** Se indica a un paciente que no se apresure en la solución del problema. La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos que justifiquen el no ir deprisa. Esta intervención se puede utilizar desde la primera sesión con pacientes que se esfuerzan mucho en la solución intentada. Esta táctica es de utilidad porque describe al terapeuta como alguien que no pretende obligar al paciente a que cambie, lo que puede provocar una necesidad de colaborar.
2. **Los peligros de una mejoría.** Esta técnica se aplica a ciertas clases de resistencia del paciente. En este caso se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes en la solución del problema (no se le pregunta si habrá peligros).  
El terapeuta debe legitimar esta postura sugiriendo peligros creíbles al paciente. Los objetivos de esta técnica son: 1) ampliar la postura de "no apresurarse". 2) aumentar la motivación. 3) presionar al paciente para que realice nuevas tareas. Si el paciente comprueba que la mejoría no es un lecho de rosas, se sentirá menos obligado a presionarse intentando la solución.
3. **Un cambio de dirección.** Se utiliza cuando el terapeuta varía de postura, directriz o estrategia y ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación. Suele necesitarse un cambio de dirección cuando el terapeuta, de modo no deliberado, comienza a discutir con el cliente y no se da cuenta de este fenómeno. El principio es el siguiente: aceptar lo que el cliente ofrezca y considerar cómo puede ser utilizado en lugar de discutir acerca de ello. Se puede utilizar la estrategia de tener a un experto.
4. **Cómo empeorar el problema.** Es posible causar mayor impacto, si se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren. Puede ser útil cuando el cliente ya se ha resistido a otras sugerencias o a probar algo nuevo. "si usted hace lo que le digo probablemente su problema empeorara", se hace una descripción de cómo se ha comportado el paciente y la forma en que la sugerencia podría empeorar el problema. Se espera que el paciente capte los elementos contrarios de manera más concreta. Ya no se dice al cliente lo que hay que hacer sino que ya se ha hecho implícitamente. Se puede hacer de manera interrogativa: ¿sabe cómo lograr que empeore?, puede ser útil al principio de la terapia con clientes ambiguos, y para reforzar los progresos obtenidos.

## 1. 2. 4. Modelo Centrado en Soluciones

### 1. Introducción

El espíritu sociológico que imperaba en los ambientes psicológicos y psiquiátricos de los años 50 contribuyó a que ciertas observaciones clínicas que anteriormente habían pasado desapercibidas empezaran a cobrar relevancia. El hecho de que algunos pacientes internados en instituciones psiquiátricas recayeran cuando volvían con sus familias después de ser dados de alta o que otro de los miembros de la familia el que mostrara algún síntoma, hizo que se empezaran a revisar algunas de las concepciones sobre el origen de la "patología" mental. En esta época Bateson postula su teoría comunicacional de la esquizofrenia (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956) y Don Jackson acuña el concepto de homeostasis familiar (Jackson, 1977). La aportación de estos autores supuso un giro fundamental en la forma de entender el origen de los problemas psicológicos: ya no se pone tanta atención en analizar las variables intrapersonales que explican la aparición de los trastornos, sino que se resalta el papel que juegan la familia y el contexto interpersonal más amplio en su aparición y mantenimiento.

El surgimiento de la terapia familiar fue un fenómeno múltiple. Por un lado está el grupo de Palo Alto al que en esa época pertenecían Bateson, Jackson y otros conocidos autores como Jay Haley, John Weakland o Virginia Satir; pero también en otras partes de Estados Unidos surgieron grupos que, con orientaciones diversas, defendían el postulado común de analizar los problemas psicológicos teniendo en cuenta el contexto interpersonal en que se producen. Así, destaca el grupo de Filadelfia de Ivan Boszormenyi-Nagy o las aportaciones de autores como Carl A. Whitaker, Nathan W. Ackerman o Lyman C. Wynne (Macías, 1988). Este surgimiento de la terapia familiar a partir de varios focos, poco conectados entre sí y sin un cuerpo teórico compartido, hizo que durante los primeros años de expansión de la disciplina surgieran un elevado número de escuelas, por lo tanto es importante conocer las raíces de donde parte el modelo de Terapia Centrada en Soluciones (TCS) para entender la posición de este modelo entre el resto de los enfoques familiares.

### 2. Conceptos del Modelo

El modelo que se presenta se enmarca dentro de las terapias familiares sistémicas y trabaja ampliando las soluciones eficaces que los clientes ponen en marcha por sí mismos para enfrentarse con sus problemas. Los mecanismos terapéuticos fundamentales son: la negociación de objetivos y el trabajo con las ocasiones en que las personas se han enfrentado exitosamente con sus problemas excepcionales.

El punto de partida epistemológico más general que adopta la TCS y que, de alguna manera, va a marcar el resto de los supuestos es el constructivismo. Además, podemos diferenciar dos categorías entre los supuestos básicos de los que parte la TCS: aquellos que comparte con el resto de las terapias familiares sistémicas y los más idiosincrásicos del modelo.

La idea básica de esta nueva forma de entender el conocimiento en terapia es: ***la realidad no se descubre, se construye*** (Watzlawick, 1984). A este respecto es muy descriptiva la diferenciación

que hace Watzlawick entre realidades de primer orden o realidades físicas (a una persona le sangra una rodilla) y realidades de segundo orden o los significados que atribuimos a las realidades físicas ("la herida de la rodilla es un estigma y yo soy un profeta"). El constructivismo interaccional propugna que **la realidad surge a partir de procesos lingüísticos consensuados** (De Shazer y Berg, 1991).

Se entiende que los significados que se atribuyen a los acontecimientos, a las conductas o incluso a las palabras no son estables, sino que son negociados por las personas que interactúan en determinados contextos. Las repercusiones para la terapia que se derivan de estos postulados son fundamentales para entender el proceso terapéutico de la TCS.

Tal vez la propiedad de los sistemas que mas repercusiones tiene para la terapia, es la de entender las relaciones entre las unidades que los constituyen desde la óptica de la **causalidad circular**. La idea es que cualquier variación de un elemento del sistema afecta necesariamente a los demás y, como consecuencia de un mecanismo de retroalimentación, la modificación que en ellos se produce termina por afectar nuevamente al primer subsistema. Si se piensa de esta manera el inicio y el fin de una secuencia de interacción es arbitrario.

Otra de las premisas sistémicas que se aplican en esta forma de analizar las interacciones humanas, es la diferencia que se establece entre **proceso y contenido**. Esta consiste en entender que la interacción que se produce entre personas (conductas y significados) responde a patrones o pautas (procesos) que se repiten en situaciones o temas diferentes (contenidos) (Watzlawick y cols., 1967). Por ejemplo, una madre solicita consulta para su hijo de doce años porque éste va mal en los estudios y además es muy rebelde en casa. El terapeuta analiza durante la entrevista que una posible hipótesis de este proceso es que la madre intenta enderezar la conducta de su hijo razonando con el y amenazándolo con castigos que nunca lleva a cabo. Esta pauta de interacción podría ser la misma para diferentes temas o contenidos: hacer o no los deberes, la hora de llegada a casa o mantener limpia su recámara.

**Concepto de familia.** La familia se concibe como un sistema en constante evolución, la TCS comparte con las terapias familiares sistémicas la característica de asumir que es útil analizar la realidad desde los postulados de la Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 1956). Por lo tanto, el contexto interaccional amplio que se ha que es el objeto de análisis del terapeuta familiar va a ser entendido como un **sistema**. La repercusión fundamental de este hecho es que, una vez establecidos los elementos del sistema, las relaciones entre estos serán entendidas desde las propiedades que cumplen los sistemas generales.

La TCS tiene como premisa más innovadora el partir de la **confianza en los recursos de los clientes**. Desde esta perspectiva se considera que las personas que acuden a tratamiento tienen la capacidad suficiente para enfrentarse exitosamente a sus problemas, por lo que seguramente ya lo están haciendo en algunas ocasiones.

**Definición del problema.** El problema tiene que ver con el significado que las personas han acordado en torno a las dificultades que enfrenta en la vida. Por ejemplo, imaginemos el caso de una pareja en que ella "esta deprimida" y el "es un alcohólico", y que la interpretación de los hechos con la que los dos están de acuerdo es que el es un alcohólico -igual que lo era su padre- y que todos los problemas que tienen ambos se deben a eso. Steve de Shazer (1991) diría que lo que le ocurre a esta pareja es que ambos están "atrapados por sus palabras" ya que estas hacen que construyan la realidad como algo inmutable ("soy un alcohólico" en lugar de "yo estoy bebiendo de mas").

Otro supuesto básico de las terapias sistémicas es que si el problema con el que acuden los clientes se da **en el presente**, se supone que el patrón que lo mantiene se sigue produciendo en la actualidad; por eso no hay necesidad de tener en cuenta acontecimientos del pasado, por muy relevantes que estos sean para los clientes. Puede ser que la esposa que se quejaba de que su marido era alcohólico, considere que un aspecto muy importante que tenemos que tener en cuenta a la hora de tratarlo es que el padre de este también bebía. Este tipo de informaciones puede ser importantes, porque los terapeutas si pretenden ser sistémicos, deben tener en cuenta las creencias que sobre el problema tienen las personas porque forman parte del contexto, y sobretodo cuando tratan de introducir informaciones nuevas en el sistema. Dado que el pasado es inmodificable, se trabaja en el presente con el patrón interaccional alcoholismo-depresión.

**Objetivos de la terapia.** El trabajo del terapeuta es localizar estas excepciones al problema y marcar la diferencia que suponen en la vida de sus clientes. Por otra parte, se dice que el terapeuta de esta orientación huye del **normativismo** porque no se sustenta en un modelo de persona o interacción sana, no evalúa a sus clientes comparándolos con una norma, no trata de modelar sus relaciones en la dirección que el considera mas adecuada, sino que los acepta tal y como son y se limita a producir los cambios imprescindibles para que los problemas se disuelvan.

El pensamiento sistémico ha evolucionado de pensar al individuo como unidad del sistema y a la familia como el sistema global, a entender que cliente y terapeuta conforman un sistema que se orienta hacia la solución de problemas, o que las conductas de una sola persona o incluso los significados que atribuye a un hecho concreto pueden considerarse sistemas en si mismos (De Shazer y Berg, 1991). Esta visión flexible de la teoría de los sistemas aumenta el número de opciones con que cuenta un terapeuta a la hora de conceptualizar realidades en psicoterapia.

**Cambio terapéutico.** El cambio se logra cuando se logra encontrar diferencias en la forma en que las personas perciben los problemas, se busca generar pequeños cambios. En este modelo se piensa en **sistemas evolutivos** en cambio constante, por lo tanto es inevitable cambiar, por lo que es invariable que todo cambio llegue como una excepción. Para esto solo se necesita un cambio mínimo. Si se piensa en sistemas, un pequeño cambio por poco que sea se interconectará con otras partes del sistema haciendo cambiar a la totalidad. Además los cambios pueden ser rápidos, este tipo de modelos conduce a que las personas obtengan una visión más optimista y esperanzadora de su situación, generalmente desde la primera sesión, lo que acelera la presentación de cambios significativos y hace que éstos sean duraderos.

### 3. Método general de intervención

Teniendo en cuenta las premisas que se han descrito, el terapeuta cuenta con dos grandes alternativas para construir la realidad terapéutica. La primera opción es identificar lo que las personas ya están haciendo que les ayuda a resolver sus problemas y trabajar para ampliarlo. La segunda es construir con ellos un problema resoluble, bien reconstruyendo la secuencia de acontecimientos que se producen en torno a la queja para después introducir modificaciones en ella, bien identificando las soluciones intentadas ineficaces para luego bloquearlas.

La **resistencia** en este modelo, no es concepto útil las excepciones son una alternativa más útil, por lo que no es necesario saber mucho del problema para solucionarlo, los problemas no ocurren siempre, hay excepciones temporales y circunstanciales. Las soluciones son más importantes que los problemas por lo que el terapeuta debe centrarse en los aspectos de la situación particular relacionados con la solución.

En este mismo sentido, la **cooperación** es inevitable, cualquier cosa que las personas lleven a la terapia es posible usarlo como un aspecto cooperativo. No solamente las acciones negativas pueden ser connotadas o reformuladas como intentos de solución, sino también como excepciones. Las personas fijan los objetivos del tratamiento. Es importante que el terapeuta induzca a las personas a describir cómo serán las cosas cuando no exista el problema.

#### 4. Técnicas de intervención

A continuación se presenta un cuadro donde se agrupan las técnicas más conocidas de la TCS, a un lado se describe la o las premisas en que se sustenta la técnica, el objetivo y algunas preguntas que puede hacer el terapeuta a modo de ejemplo.

<b>Técnica</b>	<b>Premisa</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Preguntas del Terapeuta</b>
<b><i>Búsqueda de Excepciones</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El problema es la relación que se tiene con el problema y la forma de resolverlo.</li> <li>En todas las interacciones existen momentos en que los problemas no ocurren.</li> <li>Las personas conocen la solución de sus problemas.</li> </ul>	Comenzar a buscar diferencias en las interacciones que promuevan un cambio en la percepción que las personas tienen de sus problemas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿En qué situaciones no sucede el problema?</li> <li>¿En qué momentos del día su problema desaparece?</li> <li>¿Lo que le pasa en qué momentos es menos molesto?</li> </ul>
<b><i>Pregunta del milagro.</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La causa de los problemas es recursiva, por lo tanto, si el pasado altera el presente y la percepción del futuro, entonces ver al futuro ayuda para modificar la percepción rígida de los problemas en el presente.</li> </ul>	Encausar a las personas para que piensen que sus problemas son resolubles. Se utiliza cuando es difícil encontrar excepciones al problema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿En qué va a ser diferente su vida una vez que el problema desaparezca?</li> <li>¿Cuándo usted resuelva esta situación, cómo cambiará su relación con los demás?</li> </ul>
<b><i>Utilizar Escalas</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existen múltiples realidades.</li> <li>Las personas son expertas en su problema.</li> <li>Las personas fijan los objetivos del tratamiento.</li> </ul>	Permite que las personas hagan una evaluación de su problema y a que ellos fijen los objetivos del tratamiento, y a evaluar los cambios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si evaluará su problema en una escala del 1 al 10, en dónde lo ubicaría.</li> <li>¿Qué ha hecho usted para estar en ese número?</li> </ul>
<b><i>Reencuadrar</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existen múltiples realidades.</li> <li>El problema es la relación que se tiene con el problema y la forma de resolverlo.</li> <li>Introducir nueva información al sistema genera cambios.</li> </ul>	El objetivo debe ser que esta información sea nueva y diferente para generar cambios, pero no tan distinta a la realidad de las personas para que no sea rechazada.	¿Esta situación en donde a veces no te levantas para ir a la escuela es a lo que llamas depresión? "Cuando te quedas en casa acompañas a tu mamá que hace 3 meses se jubiló, lo cual me parece un acto de un buen hijo que quiere estar cerca de su mamá".

<b><i>Inventar Nombres y Rótulos</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El lenguaje construye realidades.</li> <li>• Las personas conocen la solución de sus problemas.</li> <li>• Existen múltiples realidades.</li> <li>• El problema es la relación que se tiene con el problema y la forma de resolverlo.</li> </ul>	Retirar del discurso del déficit la presencia de un síntoma, de tal forma que esto ayude a su manejo, lo cual otorga una agencia personal al cliente sobre su problema. Define el problema en términos solucionables.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo quisieras nombrar a esto que te pasa?</li> <li>• ¿Cómo te gustaría llamarle con un nombre chistoso u optimista?</li> <li>• ¿Cómo lo rebautizarías?</li> </ul>
<b>Técnica</b>	<b>Premisa</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Preguntas del Terapeuta</b>
<b><i>Formular Explicaciones</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El lenguaje crea realidades.</li> <li>• Existe una causalidad circular.</li> <li>• Las realidades se co-construyen colectivamente.</li> <li>• Existen múltiples realidades y algunas son más útiles para resolver un problema.</li> <li>• El problema no es el problema, es la relación con el problema.</li> </ul>	Evitar explicaciones acusadoras respecto a quienes participan en la interacción con el problema. Ayuda a buscar otras soluciones. Genera una actitud de co-responsabilidad en la resolución del problema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿De qué otra manera te podrías explicar esto?</li> <li>• Sí tu no fueras parte de esta familia ¿Cómo te explicarías lo que sucede aquí?</li> </ul>
<b><i>Rever el Pasado</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El pasado no determina.</li> <li>• El lenguaje crea realidades.</li> <li>• Los clientes tienen recursos y capacidades para resolver sus quejas.</li> </ul>	Concebir las experiencias negativas como malos momentos que tienen la posibilidad de generar efectos positivos; de tal forma que ayuda a resignificar las experiencias del pasado y descubrir los propios recursos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿De todo lo anterior, qué aprendiste?</li> <li>• ¿Qué recursos considerarías que te dejó esta experiencia?</li> </ul>
<b><i>Deshacer las Conexiones con otros Problemas</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sólo es necesario un cambio pequeño.</li> <li>• Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.</li> </ul>	Evitar hacer conexiones lineales entre los problemas co-existentes. Ayuda a priorizar los problemas, cuáles son las quejas que en este momento es más importante atender.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar a los clientes que jerarquicen entre los diferentes problemas o quejas que presentan.</li> <li>• Utilizar cuestionamientos que ayuden a contextualizar el problema.</li> </ul>
<b><i>Sacar a Relucir los Recursos de los Consultantes</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El lenguaje crea realidades.</li> <li>• Las personas conocen la solución de sus problemas.</li> <li>• Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.</li> </ul>	Fomentar el reconocimiento de las capacidades, habilidades, talentos, intereses, etc. que presentan los clientes, ya que pueden pasar inadvertidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo lo logro?</li> <li>• ¿De dónde saco las fuerzas para enfrentarlo?</li> <li>• ¿Cómo podría utilizar esta habilidad para resolver su problema?</li> </ul>

## 1. 2. 5. Modelo Milán

### 1. Introducción

En la actualidad el grupo está completamente separado, dos de sus cuatro iniciadores Selvini Palazzoli y Cecchin ya han muerto. Pero sus contribuciones son reconocidas como un modelo innovador dentro de la terapia familiar sistémica. El grupo inició en el Centro de estudios de la familia en Milán y estuvo compuesto por Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo. Este enfoque se aplicó a casos de "psicosis" incluyendo síndromes anoréxicos y bulímicos.

El grupo parte de una orientación psicoanalítica en el año 1967, cuando sus miembros empezaron a tratar familias con pacientes anoréxicos y psicóticos. En 1971 adoptan el enfoque de Palo Alto y desarrollaron la intervención contraparádica, diseñada para anular el doble vínculo patológico. Influenciados por Bateson, en el año de 1975 modifican su concepción de los sistemas familiares de predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes y diferencian entre el nivel de significado-creencias- y nivel de acción- patrones conductuales.

En 1980 el grupo se divide en dos, las mujeres (Selvini Palazzoli y Prata) se centran en la "prescripción invariable" que se fundamenta en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos basadas en la teoría de Ashby: "Un cambio continuo en un sistema resulta en la ruptura de otros patrones repetitivos conectados al mismo punto". En tanto los hombres (Cecchin y Boscolo) enfatizaron en la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada familia y cuestionando la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o patología. Posteriormente Prata y Palazzoli también se separaron. Esta última formó un nuevo grupo en donde teorizó sobre los "juegos psicóticos de la familia.

## **2. Conceptos del Modelo**

El grupo Milán se caracteriza por los cambios continuos y evolutivos en su forma de considerar la patología y en su modo de hacer terapia. La piedra angular de todos los componentes del antiguo Grupo de Milán ha sido sigue siendo el "juego familiar" concepto abstracto que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismo y de la familia en conjunto. Por tanto, la evaluación tiene por objeto conocer cual es el juego familiar- sobre el que establece una hipótesis inicial de trabajo- juego que en los sistemas que presentan una patología deja de ser adaptativo para facilitar un buen funcionamiento familiar como sucede en las familias no patológicas. Las intervenciones se dirigen a alterar dicho juego, cambiando las reglas rígidas y constreñidas por otras más flexibles y complejas.

Se pueden identificar en el grupo de Milán, tres momentos caracterizados por distintos métodos de intervención. El primero de ellos es cuando trabajaban con base en la Contraparadoja, el segundo momento es el de la Prescripción Invariable, el tercer momento es el de "Juego familiar". Posteriormente Boscolo y Cecchin continuaron trabajando en modelos más cercanos al constructivismo que a la teoría de sistemas.

Fundamentos Teóricos y Epistemológicos:

- ❖ La Teoría General de los Sistemas de Von Bertalanffy.
- ❖ Los estudios acerca de la Cibernética de Ashby y Wiener.
- ❖ La Teoría de la Comunicación Humana.
- ❖ Pasos hacia una ecología de la mente de Bateson.
- ❖ Los trabajos de Edgar Morin, Michel Crozier y Niklas Luhmann.
- ❖ Teoría de los tipos lógicos.
- ❖ Teoría del Doble vínculo.

Para el grupo Milán una puntuación lineal no es necesariamente incorrecta, simplemente no perdemos de vista que es sólo un arco de un circuito más largo. En una perspectiva sistémica, es

indispensable una orientación holística que toma en cuenta la perspectiva de la cibernética de segundo orden: El terapeuta siempre es un elemento del patrón.

En este modelo es importante introducir información nueva que haga una diferencia en el sistema, para ellos la diferencia es una distinción cognitiva que organiza. Es una relación, y una relación es siempre circular en virtud de su reciprocidad. Cualquier noción siempre hace referencia a una comparación o a una diferencia. "Sólo del desorden puede nacer un nuevo orden", sólo sembrando la discordia entre partes unidas desde hace tiempo se crea la posibilidad de nuevas relaciones (Morin, 1986, citado por Selvini, 1990).

El concepto que retoma Milán de sistema tiene que ver con la concepción de los sistemas evolutivos. Desde esta perspectiva los sistemas están siempre cambiando. Este punto de vista tiene implicaciones significativas: El terapeuta es menos directivo, al no dar por sentada que existe una meta específica que alcanzar mediante la terapia. Tiende a ser más bien un *facilitador*. No conoce el curso o evolución que la familia debe tener. Trata de identificar los puntos de aparente "anclaje" en los que introducirá nuevas conexiones, para que el sistema pueda prescindir de sus síntomas.

### **Hipótesis**

En los inicios del grupo Milán y posteriormente con Mara Selvini, se buscaba encontrar la hipótesis más acertada que explicara el juego familiar. Su función esencial es la de proporcionar una guía para obtener nuevas informaciones que la confirmarán, refutarán o modificarán. La hipótesis garantiza la actividad del terapeuta, que consiste en formar los modelos relacionales, es más probable que esos modelos sean provocados y puestos de manifiesto por una conducta activa del terapeuta. La hipótesis debe ser sistémica, debe incluir a todos los miembros de la familia y proporcionamos una suposición relativa a todo el funcionamiento relacional. Esto nos lleva a identificar ¿cuál es el juego sistémico de la familia? (Selvini, 1990).

Posteriormente Cecchin y Boscolo abandonaron la idea de encontrar la hipótesis correcta y describieron las hipótesis como suposiciones, corazonadas, mapas, explicaciones "alternativas" acerca de la familia y el problema en su contexto relacional, tienen la utilidad de conectar los comportamientos familiares con un significado; guían a los terapeutas; e introducir una visión sistémica de la familia. Se formulan con base la información acerca de la familia; la experiencia previa y el conocimiento (equipo); en cualquier cosa que surja en el momento (terapeuta y equipo). No existe la hipótesis correcta (la meta no es identificar la verdad); ser sistémica; relacionarse con la preocupación de la familia; y proporcionar nueva información al sistema (Cecchin, 1987). El grupo Milán desarrollo tres conceptos fundamentales que son *hipótesis, neutralidad y circularidad*, los cuales evolucionaron junto con el grupo.

### **Circularidad**

Se refiere a la habilidad del terapeuta para dirigir su investigación sobre la base de las retroalimentaciones de la familia en respuesta a las informaciones, que él mismo exige acerca de las relaciones y, por ende, de las diferencias y los cambios. Exige un esfuerzo del terapeuta por dejar los cuestionamientos lingüísticos y culturales que nos hacen creer que somos capaces de pensar en función de "cosas", para redescubrir la "profunda verdad de que pensamos únicamente en función de relaciones" (Thorana, 1986).

Lo que se denomina circularidad es la conciencia o la convicción de poder obtener de la familia y dar a la familia informaciones auténticas el fundamento es la información es una diferencia (Thorana, 1986). La diferencia es una relación (o un cambio en la relación). El terapeuta debe

trabajar en función de la complejidad: todo miembro de la familia será invitado a decir cómo ve la relación entre los otros miembros de la familia. Indagar cómo ve un tercero una relación didáctica.

### **Neutralidad**

En los inicios del grupo, la neutralidad era entendida en términos de alianza temporal, aceptación y tiempo equivalente dedicado a cada uno de los miembros de la familia (Mackinon, 1983). Pero posteriormente fue comprendida como "la creación de un estado de curiosidad en la mente del terapeuta" (Cecchin, 1987). La curiosidad encaminada a explorar e inventar puntos de vista alternativos en movimiento, y diferentes movimientos y puntos de vista alternativos, que a su vez crean la curiosidad.

En resumen formular hipótesis, circularidad y neutralidad pueden ser una interconexión recursiva tal como la neutralidad provee el contexto para construir múltiples hipótesis. Múltiples hipótesis en su momento proveen un contexto para ver patrones circulares (opuestas a las relaciones lineales causa efecto) y hacer preguntas circulares. La técnica del cuestionamiento circular es utilizada para desarrollar hipótesis refinadas y descartables sobre la familia. La cual ayuda a construir un contexto de curiosidad y neutralidad (Cecchin, 1987).

**Concepto de familia.** La familia es un sistema autoorganizado en constante evolución, las reglas se forman por los valores, creencias, rutinas y roles entre sus miembros, lo cual se conoce como juego familiar que dicta las conductas e interacciones de la familia; estas interacciones se pueden heredar de generaciones anteriores.

**Definición de problema.** Para el grupo Milán los problemas se forman cuando el juego deja de ser adaptativo para convertirse en patológico cuando adscribe a los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a los requisitos del momento evolutivo que atraviesan. Aunque los problemas ocurren en el presente la epistemología de la familia se forma en el pasado. Por lo tanto al modelo Milán se le considera como un modelo diacrónico y sincrónico.

**Objetivos de la terapia.** Introducir nueva información en el sistema a través del proceso de la entrevista y la prescripción de intervenciones posteriores a la entrevista. La nueva información ayuda a la familia a modificar su epistemología rígida y lineal de los eventos.

**Cambio terapéutico.** El cambio se logra cuando cambian las pautas rígidas existentes. El cambio se consigue cuando se lleva a la familia a descubrir nuevas alternativas de solución. El terapeuta puede introducir cambios en el mapa de la familia alterando *directa* (provocando o introduciendo nuevos significados) o *indirectamente* (prescribiendo nuevas acciones en un ritual). El cambio en el *sistema de creencias* de la familia es un aspecto importante del proceso terapéutico. Es más efectivo si ocurre en un nivel más profundo, a nivel epistemológico.

## **3. Método general del proceso terapéutico**

### ***Proceso de admisión:***

El terapeuta hace el primer contacto y recibe información básica del caso.

Evita formar alianzas mediante el cuidado de su lenguaje.

Los datos recabados en este momento son usados para trabajar las primeras hipótesis.

La conversación es corta.

### ***Número y frecuencia de sesiones:***

Es una terapia breve larga. Breve, porque contempla sólo diez sesiones. Larga, porque las sesiones son mensuales.

Recientemente es más flexible: se negocia una sesión a la vez. El intervalo puede ser variable, dependiendo de la naturaleza de la intervención.

**¿Por qué es largo el intervalo entre sesiones?**

Los miembros de la familia reaccionan a la información de la intervención y reaccionan a las reacciones de los otros. El terapeuta corre menos riesgo de engancharse en el sistema familiar y de convertirse en parte de la "solución" familiar.

Cuando la terapia parece no estar dando los resultados adecuados, hay dos alternativas:

*Expandir el campo de observación:* Invitar a miembros de la familia de origen o de la red social familiar, bajo la hipótesis de que el sistema terapéutico no está incluyendo a elementos importantes de la problemática familiar.

*Expandir los recursos del equipo terapéutico:* El terapeuta puede haber adoptado los puntos de vista de la familia o haber asumido un rol como miembro de ésta.

**4. Técnicas de Intervención**

**a) Cuestionamiento Circular**

Este método de entrevista, es un cuestionamiento triádico (circular), en el que se le pregunta a una tercera persona por la relación entre otros dos y que busca información específica sobre hipótesis sistémicas. Se introduce información sustancial en el sistema familiar de esta manera.

Las conexiones que hace la familia a través de este proceso pueden tener más impacto que la prescripción (Mackinon, 1983). La variedad de preguntas circulares es infinita, y existen numerosas clasificaciones. Se propone una taxonomía de cuestionamientos y pautas (Thorana, 1986), en función de cuatro categorías:

<b>1) DEFINICIÓN DEL PROBLEMA</b>	Cuestionar a cada miembro de la familia sobre su percepción del problema.
<b>2) SECUENCIA DE INTERACCIÓN</b>	Cuestionar a cada miembro de la familia de ¿quién lo hizo?, ¿cuándo lo hizo? Relacionado con el problema, síntoma o hipótesis. A. Comportamientos interactivos específicos: ¿cuándo actúa como una persona molesta? B. Acerca de diferencias o cambios: ¿Qué haría papá? C. Preguntar quién está de acuerdo con quién acerca de la secuencia presentada. D. Preguntar a cada miembro su explicación del comportamiento de ciertos miembros E. Descubrir el ciclo completo o la secuencia de los comportamientos introvertidos y extrovertidos del miembro de la familia.

<b>3) COMPARACIÓN/ CLASIFICACIÓN</b>	Cuestionar a cada miembro de la familia acerca de los otros miembros (comportamientos, creencias, valores, pensamientos, etc.) A. "Cuestionamiento Triádico" B. Investigar diferencias o cambios en coaliciones C. Preguntar acerca de acuerdos y desacuerdos D. Cuestionar cómo se explican las coaliciones y desintegraciones
<b>4) INTERVENCIONES</b>	Cuestionar a cada miembro de la familia con la finalidad de promover un cambio A. Utilizarlo sólo después de tener suficiente información B. Comenzar con preguntas menos ofensivas o amenazantes C. Cuestionar con la finalidad de motivarlos a explicar nuevos comportamientos ¿Qué pasaría si tú ofrecieras a tu esposa el cuidar a los niños?

### **b) Reencuadrar**

El propósito del reencuadre es cambiar la percepción de la familia y, así, interacción alrededor de una conducta particular.

### **c) Rituales**

Asignar momentos separados para diferentes respuestas y acciones de los miembros de la familia, crean el tiempo para introducir secuencias de interacción, dejando sin efecto dobles vínculos y algunas creencias del sistema familiar. Los rituales son prescripciones que cambian las reglas de una familia sin dar explicaciones. Al realizarlos la familia adquiere una nueva experiencia, ya que el ritual propone normas contrarias a las preexistentes. Impone a la familia *acciones* en vez de *comprensiones*.

### **d) Connotación positiva**

Por medio de la connotación positiva, el terapeuta declara su alianza con los esfuerzos de la familia por defender su homeostasis. Más que una intervención (como se concibe en un inicio) es una estrategia orientada a "reclutar" a la familia para que colabore con, en vez de defenderse de la terapia. Posteriormente, este concepto se transforma para incluirse dentro del término "neutralidad".

### **e) Contraparadoja**

Se prescribe la secuencia patológica connotada positivamente. Se emplean cuando la situación es de orden y secuencias rígidas, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias. No se debe recurrir a ellas cuando el terapeuta desconozca qué hacer, cuando prevea que la familia cumplirá literalmente lo sugerido y tampoco pueden utilizarse en respuesta a presuntas desobediencias de la familia a intervenciones anteriores. El procedimiento clásico consiste en: connotación positiva+redefinición+prescripción de la secuencia sintomática+limite temporal arbitrario durante el cual la secuencia sintomática debe seguir vigente. Al clasificar como positivos los comportamientos sintomáticos, se connota positivamente la tendencia homeostática de la familia y no las personas, ubicando a todos sus miembros en un mismo plano (Palazzoli, 1990). Así se provoca paradójicamente la capacidad de transformación del sistema familiar, ya que si están unidos por lazos afectivos tan fuertes ¿por qué necesitan que el síntoma siga vigente para mantenerlos unidos?

## **f) Prescripción invariable**

La prescripción invariable también denominada "universal", elimina la necesidad de establecer hipótesis al presuponer que en todas las familias de esquizofrénicos el problema es una falta de diferenciación entre el subsistema parental y el filiar, con la consiguiente ausencia de emancipación mutua entre el hijo y los padres. La pretensión de la intervención es separar de forma gradual los dos subsistemas, introduciendo un mensaje organizador que clarifica los límites intergeneracionales, evitando coaliciones progenitor.-hijo que mantiene el juego de las familias psicóticas (Palazzoli, 1990).

## **g) Revelación del juego**

Consiste en que los terapeutas hacen explícitas las reglas que definen al sistema familiar.

### **1. 2. 6. Modelos con sustento en el Pensamiento Posmoderno.**

En este apartado se incluyen los modelos de terapia que retoman los cuestionamientos del pensamiento posmoderno en la práctica clínica, aun se debate si nacen de la ruptura con el pensamiento sistémico o son resultado de la evolución de las ideas sistémicas. Desde el punto de vista del autor de este Reporte, es evidente un cambio epistemológico que trajo consigo prácticas clínicas diferentes y cuestionadoras de los modelos biológicos dominantes, sin embargo esta epistemología todavía mantiene incongruencias y huecos discutibles tanto en su teoría como en su práctica.

### **1. 2. 6. 1. Modelo de Terapia Narrativa**

#### **1. Introducción**

Dentro de los modelos que se autodenominan "posestructurales" se encuentra la terapia narrativa, cuyos principales representantes son White y Epston (1993). Michael White, menciona que fue a través de los escritos de Bateson (1972 – 1979) que llegó a conocer el método interpretativo. Bateson argumentaba que para nosotros no es posible conocer la realidad objetiva. Refiriéndose a la máxima de Korzybski que afirma que "el mapa no es el territorio", Bateson afirma que la comprensión que tenemos de un hecho, o el significado que le atribuimos, está determinada y restringida por su contexto receptor; es decir, por la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo.

Comparando estos mapas con pautas, argumentó que la interpretación de todo acontecimiento está determinada por la forma en que éste encaja dentro de pautas conocidas, y llamó al proceso "codificación de la parte a partir del todo" (Bateson, 1972, en White y Epston, 1993). De esta manera, lo que conocemos del mundo lo conocemos sólo a través de nuestra experiencia de él. Por lo que, cualquiera que sea nuestra impresión acerca del estado de la vida interior de alguien, la obtenemos por medio de sus expresiones; y para interpretar éstas tenemos que valerlos de nuestra experiencia vivida y de nuestra imaginación (Mc Namee y Gergen, 1996). Así mismo, la obra de Bateson llevó a White (1994) a prestar atención a una dimensión que en general no tiene demasiado eco en la terapia: la dimensión temporal. Al afirmar que toda información es necesariamente la "noticia de una diferencia", y que es la percepción de la diferencia lo que

desencadena todas las nuevas respuestas en los sistemas vivos, demostró que situar los eventos en el tiempo es esencial para la percepción de la diferencia, para la detección del cambio.

Precisamente las historias permiten a las personas vincular aspectos de su experiencia a través de la dimensión temporal, ya que los relatos constituyen comienzos y finales, además son una imposición arbitraria de significado al influir la memoria. De esta manera, la expresión de nuestra experiencia a través de estas historias modela o construye nuestras vidas y nuestras relaciones, por lo que la vida es la representación de los textos (Mc Namee y Gergen, 1996).

Con todo esto al hacer una analogía con el texto literario, se percibe una cierta semejanza entre la noción de mapa y la de narración. No obstante, el concepto de narración tiene algunas ventajas sobre el de mapa, ya que requiere la localización de los acontecimientos en pautas transtemporales, incorporando de esta manera la dimensión temporal. Así, citando a Edward Bruner:

*Quiero terminar señalando que la estructura narrativa tiene una ventaja sobre otros conceptos afines, como la metáfora o paradigma, porque destaca el orden y la secuencia, en un sentido formal, y es más adecuada para el estudio del cambio, el ciclo vital y cualquier otro proceso de desarrollo. El relato como modelo tiene un interesante aspecto dual: es tanto lineal como instantáneo (1986, pág.153, citado en White y Epston, 1993).*

## 2. Conceptos del Modelo

Con respecto a la terapia familiar, el método interpretativo, en lugar de proponer que cierta estructura subyacente o disfunción de la familia determina el comportamiento y las interacciones de sus miembros, sostendría que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento. Así surge el interés por cómo las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo, al hacerlo, contribuyen inadvertidamente a la "supervivencia" y a la "carrera" del problema.

White propone que las respuestas de los miembros la familia a las exigencias del problema, tomadas en su conjunto, constituyen inadvertidamente el sistema de apoyo a la vida del problema. Además se propone la **externalización** del problema como un mecanismo para ayudar a los miembros de la familia a apartarse de las descripciones "saturadas por el problema" de sus vidas y relaciones. La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar (ver como cosas, diferenciándolos de la persona) y a veces a personificar los problemas que las oprimen (White y Epston, 1993).

De esta manera, la vida como relato o **narrativa**, equivale a afirmar que los seres humanos son seres interpretantes: que interpretamos activamente nuestras experiencias a medida que vamos viviendo nuestras vidas. Es afirmar que no nos es posible interpretar nuestra experiencia si no tenemos acceso a algún marco de inteligibilidad que brinde un contexto para nuestra experiencia y posibilite la atribución de significados.

Algunos supone que el relato es un espejo de la vida: un "mapa del territorio" de la vida, o que se está proponiendo algún tipo de idea perspectivista, lo cual son supuestos representacionistas que se basan en la tradición del pensamiento fundacionalista, no en la orientación constructorista que acompaña la metáfora narrativa. Si suponemos que nuestras vidas son construidas a través de la

narrativa, se hace realmente imposible que tomemos la posición de que "un relato es tan bueno como otro". Por lo que de lo que se trata es de atender a los efectos reales de esas historias que constituyen las vidas de las personas (White, 2002).

Los relatos proporcionan el marco que nos hace posible interpretar nuestra experiencia y estos actos de interpretación constituyen logros en los que nosotros somos parte activa. Además un único relato no puede vivir por nosotros completamente, porque no existe relato que esté libre de ambigüedad y contradicción. En este proceso, a menudo exaltamos o invocamos algunos de los sub-relatos de nuestras vidas y es precisamente esta índole multi-relatada de la vida la que requiere al menos algún grado de mediación activa por parte del terapeuta (White, 2002).

Desde esta perspectiva no podemos hablar de seguridad en sí mismo o realización personal sin hacer una descripción o contar una historia sobre cómo sería una vida si fuese segura de sí y personalmente realizada. Y estas mismas descripciones o relatos de cómo sería una vida si fuera "correcta" moldean la vida.

**Concepto de Familia.** Para White la vida como relato o *narrativa*, equivale a afirmar que los seres humanos son seres interpretantes, por tanto la familia es un sistema narrativo generador e interpretante de significado. Las personas interpretan sus experiencias a medida que van viviendo sus vidas. Es afirmar que no nos es posible interpretar la experiencia sin acceso a algún marco de inteligibilidad que brinde un contexto para la experiencia y posibilite la atribución de significados. El lenguaje deja de ser un medio donde se encierra una verdad objetiva. El lenguaje es una herramienta mediante la se construye la realidad, una realidad que depende de un acuerdo social.

Bajo este nuevo protagonismo del lenguaje como constructor de realidades es que también se retoman las ideas vigotskianas sobre el mismo y de la construcción compartida con el medio social (Mc Namee y Gergen, 1996).

**Definición del Problema.** De acuerdo con la terapia narrativa y su método interpretativo, en lugar de proponer que cierta estructura subyacente o disfunción de la familia determina el comportamiento y las interacciones de sus miembros, sostiene que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos determinan su comportamiento. Así surge el interés por cómo las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo, al hacerlo, contribuyen inadvertidamente a la "supervivencia" y a la "carrera" del problema. Es decir, el problema no es el problema sino los efectos que las narrativas sobre los problemas tienen en la vida de las personas.

**Objetivos de la terapia.** Los objetivos de la terapia buscan forjar significados, que están contruidos por un contexto microsical que está en relación con la persona y donde el terapeuta pasa a ocupar un lugar en el mismo, donde será co-constructor de nuevos significados. A través de la externalización insta a las personas a cosificar (ver como cosas, diferenciándolos de la persona) y a veces a personificar los problemas que las oprimen (White y Epston, 1993).

**Concepto de Cambio.** Para los construccionistas (Gergen, 1996), el significado humano es esencial en el proceso de cambio. El intenso diálogo sobre el significado se aleja del significado en la mente individual, para postular que son las relaciones las que lo crean; pasando de una construcción individual a una social. La terapia no se ocupa del sentido del cambio, busca generar una narrativa alternativa que gane terreno a las narraciones dominantes acerca del problema, es decir que en el proceso dialógico la persona influya en la vida del problema. Para los construccionistas (Gergen, 1996), el significado humano es esencial en el proceso de cambio. El intenso diálogo sobre el

significado se aleja del significado en la mente individual, para postular que son las relaciones las que lo crean; pasando de una construcción individual a una social.

### **3. Método General del Proceso Terapéutico**

Gergen (1996) propone sobre que lo que llamamos proceso terapéutico:...la psicoterapia puede pensarse como un proceso de *semiosis*: la forja de un significado en el contexto de un discurso de colaboración. Se trata de un proceso en el que el significado de los acontecimientos se transforma a través de una *fusión de los horizontes de los participantes*, se desarrollan modos alternativos de narrar los acontecimientos y evolucionan posturas respecto al yo y los demás.

A la terapia puede asistir un solo individuo, la familia o quien este relacionado con la problemática. No existe en esta terapia un número determinado de sesiones. La herramienta principal es el diálogo que se construye en el encuentro, la postura del terapeuta es activa y asume un papel participante donde se asume como ser interpretante y pone en la conversación sus propios significados.

El terapeuta en primer lugar busca obtener algún conocimiento acerca de aquello por lo que han estado atravesando las personas. Por lo que es importante lograr una comprensión de ello y que las personas sepan que se ha logrado al menos algún grado de esta comprensión. Para lograr esta comprensión, es necesario explorar con las personas sus experiencias del problema, lo que produce el efecto de introducir una específica clase de *conversación externalizadora*. En ella, se alienta a las personas a que relaten de qué manera el problema ha estado afectando sus vidas y relaciones. Con frecuencia, al menos al principio, para que las personas se entreguen a estas conversaciones es necesario algún cambio (White, 2002).

### **4. Técnicas de Intervención**

Las preguntas se convierten en la principal técnica (si se le puede llamara así), con que los terapeutas narrativos trabajan. White (2002) las clasifica en 1) Preguntas externalizantes, que buscan separar a las personas de los eventos, a diferenciar entre los problemas y las personas; 2) preguntas de autoría, que buscan dar un significado a las personas, 3) preguntas de remembranza, que buscan reinterpretar los eventos pasados.

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

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

White y Epston (1993), mencionan que lo "correcto" es específico de cada cultura y requiere de ciertas operaciones sobre nuestras vidas; y por medio de esas operaciones, gobernamos nuestros pensamientos, nuestras relaciones con los demás, nuestra relación con nosotros mismos, incluso la relación con nuestros cuerpos. Por lo que, resulta importante ver cómo se puede ayudar a las

personas a internarse en esos relatos que ellos juzgan como preferibles: poner en práctica las interpretaciones o significados alternativos que estos relatos alternativos hacen posibles.

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

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

Con el tiempo las personas llegan a creer que el problema expresa su identidad, muy a menudo los problemas están son vistos como verdades absolutas, lo cual tiene un efecto totalizante sobre sus vidas. De esta manera, las conversaciones externalizadoras cuestionan estas ideas sobre el problema; a través de las conversaciones externalizadoras, el problema queda en cierto modo inhabilitado, puesto que ya no les comunica la verdad acerca de quiénes son como personas o acerca de la verdadera naturaleza de sus relaciones, lo que abre nuevas posibilidades para la acción. El resultado de estas conversaciones externalizadoras es la **desconstrucción**, de las así llamadas "verdades" que las personas sienten que tanto aprisionan sus vidas.

Cuando estas narrativas alternativas proveen los relatos preferidos de sus vidas, la terapia estructurada a su alrededor crea la oportunidad para que las personas se internen más de lleno, y bien desde el principio en maneras preferidas de ser. Pero esta re-narración en sí misma está desconstruyendo los relatos dominantes de las vidas de las personas. Y al hablar de la re-narración, hay que considerar dos aspectos: que la vida es multi-relatada, no mono-relatada, y segundo que en sus vidas, las personas tienen muchas experiencias que no son fácilmente inteligibles por vía de los relatos dominantes o sub-relatos de sus vidas. Son los mismos sub-relatos, y también esos aspectos de la experiencia que están al margen de los relatos dominantes, los que realmente brindan un punto de entrada para el trabajo de reescritura de la vida, lo cual implica una autoría conjunta entre el terapeuta y la familia, con mayor énfasis en aporte de la familia y menos en la sugerencia del terapeuta (White, 2002). La terapia narrativa quizá sea una epistemología, una filosofía, un compromiso personal, una política, una ética, una práctica, una vida, etcétera. Y como, fuera lo que fuese, sucede que está íntimamente ligada a los desarrollos recientes de la teoría social a los que generalmente se denomina "no fundacionalistas" o quizá "posmodernos", fuera lo que fuese, resulta ser también una teoría (White, 2002).

## **2. 6. 2. El Equipo Reflexivo**

### **1. Introducción**

Las ideas que dieron origen al Equipo Reflexivo, comenzaron a gestarse el año de 1974 en Noruega. Un grupo de siete profesionales se reúne bajo la dirección de Tom Andersen, en aquel entonces profesor de psiquiatría social en la Universidad de Tromso, Noruega; para trabajar en los

servicios de asistencia en este lugar y disminuir el porcentaje de internación de los pacientes psiquiátricos. Este grupo ya tenía tiempo estudiando las ideas de Jay Haley, Salvador Minuchin y Paul Watzlawick, a la vez que participaban en un programa educacional en "Terapia Familiar con Orientación Sistémica" dirigido por Philippe Caillé en Noruega. Este equipo trabajaba bajo la convicción de que una psiquiatría basada en la comunidad, podría representar un avance, en lo que a la búsqueda de soluciones se refiere (Andersen, 1991).

Pero no fue hasta enero de 1984 que estas ideas y la experiencia acumulada, se pusieron en funcionamiento, a través de los trabajos en el hospital mental de Tromsø, donde un grupo de psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y médicos, otra vez bajo la dirección de Tom Andersen, formaron un equipo para tratar a los pacientes psiquiátricos. Al comienzo los tratamientos estaban basados en el estilo de trabajo del equipo de Milán, pero pronto se dieron cuenta que no estaban teniendo mucho éxito, ya que notaron que resultaba muy difícil que los terapeutas a cargo de las sesiones, pudieran transmitir fielmente las ideas del equipo detrás del espejo. Asimismo, notaron que cada vez era más complicado que el equipo estuviera de acuerdo con *una* intervención, ya que la tendencia era que cada miembro luchara por que su sugerencia fuera incluida en el mensaje que se mandaría a los pacientes.

Cada vez con más fuerza, comenzó a surgir la idea de permitir que el sistema consultante pudiera ver más acerca del proceso terapéutico. El objetivo era encontrar la manera de que las personas encontraran un camino para salir de su "estancamiento" y prosiguieran con su vida. Entonces surgió la pregunta: *"¿Podía ser útil para los que nos consultaban ver la forma en que trabajábamos cuándo tratábamos de encontrar una o más nuevas rutas para llegar al objetivo?"* (Andersen, 1991, p. 33)

De ahí surgió la idea de revertir las luces y el sonido, para que ahora fuera el sistema consultante, el que pudiera observar y escuchar al equipo detrás del espejo discutir sus ideas acerca de la problemática presentada por ellos. Esta nueva forma de trabajo es lo que se llamó posteriormente "Equipo Reflexivo" (Andersen, 1991).

## **2. Conceptos del Modelo.**

El Equipo Reflexivo es considerado uno de los desarrollos importantes suscitados dentro de la llamada etapa posmoderna de la Terapia Familiar. Sus bases teóricas se encuentran en la Hermenéutica y el Construccinismo Social.

En el caso específico de la Hermenéutica, un concepto que Andersen ha retomado para sustentar el trabajo del equipo Reflexivo, es el del "Círculo Hermenéutico" discutido ampliamente por Heidegger y Gadamer, el cual sustenta que las conceptualizaciones y las suposiciones generales que rigen la vida de las personas, se han ido construyendo con las conclusiones y significados que ellas le van asignando a lo que viven. De esta manera, los seres humanos inevitablemente partirán a enfrentarse con la realidad, con ciertos "prejuicios" o "pre-entendimientos" acerca de lo que vivirán. Una vez frente a la realidad, tomarán de ella los signos o claves que mejor se ajusten a sus prejuicios. Ahora bien, cuando la persona se enfrenta a información que le resulta nueva y puede asimilar dicha diferencia, sus prejuicios cambian al contacto con esa nueva "realidad". Así, los prejuicios influyen en la comprensión y la comprensión influye sobre los prejuicios, cerrándose así el círculo hermenéutico. Desde esta perspectiva, el centro de las personas se ubica en el exterior, es decir, en la conversación con los demás; esta en la cultura y en el lenguaje (Andersen, 1995).

Por otro lado, desde el Construccinismo Social, la vida de las personas se concibe como sustentada en el lenguaje, las narraciones y las historias. Cuando estas narraciones se forman, al mismo tiempo le dan forma a las experiencias de vida, las personas las construyen en sus interacciones con los otros. De esto se deduce que las historias que dan forma a la vida de los seres humanos son relacionales. Ahora bien, estas historias y las relaciones que dan sustento a las primeras, están situadas dentro de un contexto cultural, el cual contiene numerosas normas que regulan el intercambio social, por lo tanto, las narraciones nunca pueden ser neutrales, éstas siempre provienen de algún marco social y político. Desde la perspectiva del construccionismo, el acento para explicar el desarrollo del "self", se coloca en el proceso dialógico, en las conversaciones que las personas tienen con los otros; de esta manera, el cambio también es explicado a través de las interacciones sociales (Lax, 1995).

**Concepto de Familia.** La familia desde esta perspectiva es un grupo social constructor de significados a través y en el lenguaje. El construccionismo retoma la postura de Lev Vygotsky (citado en Andersen, 1996), psicólogo ruso, que sostenía que el lenguaje no es una construcción interna, sino más bien algo que viene de afuera, de la imitación que los niños hacen de las conversaciones de los padres, lo que paulatinamente irá constituyendo una plática externa, para finalmente convertirse en una conversación interna con voces externas e internas. De esta manera, los seres humanos están contruidos por el lenguaje y por las voces que los habitan.

**Definición de Problema.** Las personas tienen conceptualizaciones y suposiciones generales que rigen su vida, tales se han ido construyendo con las conclusiones y significados que ellas le van asignando a lo que viven. De esta manera, los seres humanos inevitablemente partirán a enfrentarse con la realidad, con ciertos "prejuicios" o "pre-entendimientos" acerca de lo que vivirán. Una vez frente a la realidad, tomarán de ella los signos o claves que mejor se ajusten a sus prejuicios. Por lo tanto los problemas se mantienen por estas conceptualizaciones y significados.

Para Andersen (1996), hay cuatro niveles que se tienen que tomar en cuenta, para entender como las personas construyen su saber acerca de los problemas que los aquejan. En el nivel más bajo (Nivel I) se encuentra el problema o suceso que necesita entenderse. En el siguiente nivel (Nivel II) aparecen las descripciones del problema, las múltiples distinciones que se hacen acerca del mismo suceso. En el Nivel III se encuentran las palabras con las que se formula la descripción, dado que hay muchas palabras diferentes que se pueden utilizar, puede haber un sinnúmero de descripciones diferentes relacionadas con una misma distinción. En el último nivel (Nivel IV) se encuentra la influencia de la comunidad a la que pertenece el hablante, que influye directamente sobre el número de palabras disponibles y en la forma apropiada de usarlas. De acuerdo con lo anterior, no sólo el lenguaje no es inocente, sino que además puede ser peligroso, ya que puede encerrar a las personas en descripciones opresivas o esclavizantes, que impidan la disolución de los problemas.

**Objetivos de la terapia.** El objetivo del equipo reflexivo es encontrar formas de que las personas sigan caminos diferentes para salir de su "estancamiento" y prosiguieran con su vida. No se trata de solucionar o disolver problemas, sino de generar alternativas donde las familias puedan lograr un cambio a través de introducir información nueva que haga diferencias.

**Concepto de cambio.** El cambio se logra cuando a través de las distintas ideas de los miembros del equipo, las familias diluyen este "estancamiento" y logran seguir otros caminos para salir de los efectos que los problemas tienen en su vida.

### **3. Método General del Proceso Terapéutico**

1. Las reflexiones deben basarse en lo expresado durante la conversación, y no en algo tomado de otro contexto. Deben partir de expresiones como "cuando ví..." "cuando escuché..." "en el momento en que se dijo...", para después partir a la expresión de dudas o reflexiones, expresadas con frases como "cuando pensé eso empecé a preguntarme..." o "cuando ella se refirió a eso, me pregunté sí...".
2. Los miembros del equipo, deben de tratar de no usar connotaciones negativas, expresiones que contengan información que pudiera parecer una crítica o un juicio.
3. El modo de trabajo del equipo reflexivo, cuando se encuentra en el mismo cuarto que la familia y el terapeuta, debe de enfatizar que no es una conversación con la familia, sino de los miembros del equipo entre sí, de tal manera que es importante que éstos se miren entre sí mientras reflexionan y que no miren a los que escuchan. Esto permite que los oyentes se sientan en la libertad de no escuchar, pero a la vez abre el espacio para que puedan atender a sus diálogos internos, sin la presión de tener que *estar* en la conversación (Andersen, 1992).
4. Las conversaciones deben de ser de tipo especulativo, es decir, preguntando más que aseverando, utilizando metáforas, planteando dilemas, dudas, en vez de aconsejando o dictando una dirección (Andersen, 1991).

El equipo reflexivo comúnmente conversa durante 10 minutos o un poco más, para después dar paso al sistema de entrevista, donde el entrevistador comienza con una pregunta abierta como ¿Hay algo de lo que hayan escuchado sobre lo que les gustaría conversar? ¿Hay algo que les haya llamado la atención? ¿Quisieran conversar sobre ello? La pregunta se le hace a cada uno de los miembros de la familia, mientras que el terapeuta va haciendo preguntas acerca de estas reflexiones. Asimismo, el terapeuta puede presentar a discusión las ideas que a él mismo se le ocurrieron mientras escuchaba. La cantidad de cambios entre equipo de entrevista y equipo reflexivo, oscila entre 2 y 4, aunque eso dependerá de la situación. Las futuras reuniones entre los dos equipo se pactarán al final, dejando prácticamente la decisión al equipo consultante (Andersen, 1991).

#### 4. Técnicas de Intervención

Como se ha descrito este modelo utiliza como técnica de intervención a las conversaciones reflexivas, que pueden ser distinguidas de otro tipo de posturas terapéuticas posmodernas, por la ausencia deliberada de objetivos y soluciones, los cuales son sustituidos por conductas que más bien buscan favorecer la exploración, donde los eventos lingüísticos se ubican en un lugar primordial, a la vez que el terapeuta es decentrado y colocado en la posición de socio conversacional (Paré, 1995).

Ahora bien, los procesos reflexivos pueden describirse como la alternancia entre conversar con otros sobre temas significativos y escuchar lo que otros tienen que decir sobre los mismos temas. En el primer momento, la conversación con los otros es externa, mientras que cuando se escucha hablar a los otros, la conversación se tiene con uno mismo, por lo tanto es interna. Lo que sucede en la conversación externa se convierte en una perspectiva más dentro de la conversación interna, y viceversa. Esto concuerda con la concepción de Bateson, quién afirmaba que al ver un mismo hecho desde diferentes ángulos, se generan nuevas ideas y significados (Andersen, 1996).

El marco integrador dentro del cual se conciben las conversaciones desde este modelo, parte de la idea de que estar en el mundo equivale a estar en el ***lenguaje*** y por lo tanto, en la ***conversación***. De tal manera que, los seres humanos no le dan forma a sus sentimientos, a sus

pensamientos y a las conversaciones que mantienen, sino que al contrario, ellos son los que les dan forma a las personas.

*"Como una mano las palabras agarran y no sueltan el significado. Es así como las palabras que seleccionamos influyen sobre los significados que llegamos a encontrar. Las palabras no son inocentes"* (Andersen, 1995a, p.6).

Las palabras contienen dentro de sí significados, que previamente la cultura les ha asignado. Esto es particularmente importante para las prácticas terapéuticas, ya que entonces, la terapia puede ser un importante vehículo de transformación, en la medida en la que se convierta en un espacio de co-construcción de nuevos significados, y en la que ubique a las personas como capaces de re-contar sus historias de una forma que les sea más útil (Paré, 1995).

El trabajo del Equipo Reflexivo tiene en cuenta la fuerza y la peligrosidad de las palabras, por lo tanto, las conversaciones que se tienen con los consultantes, no están centradas en intervenciones o en la solución de los problemas, sino que ponen el énfasis en la apertura de espacios que permitan el surgimiento de alternativas, que les concedan encontrar formas alternativas de estar en el lenguaje y, por lo tanto, en el mundo (Andersen, 1995a).

El terapeuta reflexivo se pregunta todo el tiempo: *"¿de qué manera la situación o el/los tema(s) que presenta el sistema pueden ser descritos además de la descripción presentada? ¿De qué otra forma puede explicarse la situación o el tema además de la(s) explicación(es) presentada?"* (Andersen, 1991, p. 59).

Dentro de este modelo, al pensar en el **diálogo** entre el terapeuta y el sistema consultante, es necesario tomar en cuenta que simultáneamente se están llevando a cabo 3 conversaciones, a saber, dos conversaciones internas y una externa. Las conversaciones internas parecen estar tratando sobre las ideas que se están intercambiando y sobre la participación que se está teniendo en la conversación externa, por lo tanto, la conversación externa tiene que ser lo suficientemente pausada como para permitir que tengan espacio las conversaciones internas (Andersen, 1991).

### **1. 2. 6. 3. Modelo Colaborativo**

#### **1. Introducción**

Esta visión de la terapia se fundamenta en la perspectiva de la construcción social de la realidad, Gergen (1996) señala que la forma de co - construir o "forjar un nuevo sentido" con el paciente es muy variada y que se han desarrollado muchas formas de trabajo para ello. Aquí traeremos solo algunos ejemplos, pues si no la extensión necesaria para incluirlos a todos no nos permitiría seguir con las metas propuestas. Goolishian y Anderson (1992) emplean una forma de "investigación interesada" (esta se lleva a cabo haciéndole preguntas al paciente de forma que las mismas den crédito a su realidad y le "urja" progresar).

Este enfoque terapéutico destaca que los significados los crean y los experimentan los individuos que conversan (Anderson y Goolishian, 1996). La gente vive y entiende su vida a través de realidades narrativas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan.

Anderson es de las pocas terapeutas en recuperar la propuesta paradigmática kuhniana; con ella analiza el derrotero de la terapia familiar, desde la cibernética de primer orden a la terapia posmoderna, y pasa por el constructivismo y los sistemas evolutivos. Por lo demás, es sugerente el tratamiento emprendido por esta terapeuta norteamericana de la noción kuhniana de anomalía.

Considera que "el nuevo paradigma pretende explicar mejor las anomalías que habían emergido en el paradigma tradicional".

La autora de *Conversación, lenguaje y posibilidades* (Anderson, 1997) inspirándose en el filósofo Richard Rorty, concebirá el conocimiento como una cuestión de conversación y práctica social en un marco de solidaridad difusa. Lo anterior trae como consecuencia una limitante referida a que el interés conferido a la familia se desplaza hacia el plano individualizante, centrado en la mismidad construida a través de narrativas personales que coexisten con otras en su propio seno.

Los sí-mismos relacionales participarán en y de una investigación compartida que supone la comprensión. Esta última es entendida en su dinamismo; en este sentido, "una comprensión completa nunca es posible, sobre todo porque a través del proceso interactivo de contar y recontar la experiencia, la historia del narrador cambia". En estas circunstancias, la comprensión está expuesta a tensiones "entre las viejas y nuevas comprensiones" y por "tensiones producidas dentro del discurso. En lo anterior se observa una dicotomía en el plano de la comprensión y una fuerte atención al discursivo. Por lo demás, la dualidad vieja/nueva es innecesaria, y sobre todo, que lo más importante de la comprensión se encuentra fuera del discurso mismo.

## 2. Conceptos del Modelo

Se concibe a la terapia como una colaboración entre personas con experiencias y perspectivas distintas, contraponiéndose a una concepción de una relación entre un experto y personas que piden ayuda, por lo que el terapeuta necesita ubicarse en una posición de "no saber", a fin de abrir posibilidades que se corre el riesgo de eliminar con el saber (Elkaim, 1996).

La postura de ignorancia requiere que la comprensión y las interpretaciones del terapeuta no estén limitadas por el conocimiento, las experiencias previas o ciertas verdades formadas teóricamente (Anderson y Goolishian, 1992). Al mismo tiempo se requiere por parte del terapeuta de una genuina actitud de curiosidad. Esta posición promueve que el terapeuta se mantenga dentro de un proceso de aprendizaje, que privilegia la búsqueda común del terapeuta y de cliente, sin implicar por esto un rechazo a todo saber anterior (Elkaim, 1996).

No se trata de una postura en la que los terapeutas poseen un conocimiento privilegiado o superior que le permite diagnosticar el problema de un sistema; se trata de una definición colaborativa de los problemas (Goolishian y Winderman, 1989). Se trata entonces, de una búsqueda mutua de comprensión y exploración a través del dialogo acerca de los problemas (Anderson y Goolishian, 1992). Busca una co-construcción, contrapone los sistemas sociales a los sistemas lingüísticos, las familias a los individuos que viven dentro del lenguaje y las organizaciones horizontales e igualitarias (Elkaim, 1996). Para los partidarios de esta terapia, el yo es una instancia múltiple que se torna cálida dentro del lenguaje y las relaciones, mientras que se piensa que el no saber del terapeuta es indispensable en la manifestación de posibilidades nuevas (Elkaim, 1996).

**Concepto de Familia.** Anderson y Goolishian, (1992) afirman que las familia como Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significado. Todos los sistemas humanos son sistemas lingüísticos y quienes mejor pueden describir los sistemas lingüísticos son los que participan en ellos y no observadores externos.

**Definición de Problema.** Los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado. El significado y la comprensión se construyen socialmente. No accedemos al significado y a la comprensión si no tenemos acción comunicativa, si

no nos comprometemos en un discurso o dialogo generador de significado dentro del sistema para el que la comunicación tiene relevancia. Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para su intercambio dialogal (Andreson y Goolishian, 1992).

**Objetivos de la terapia.** En terapia todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de cierto problema. Este sistema tratará de desarrollar un lenguaje y un significado específicos de sistema. El sistema terapéutico es un sistema de organización del problema y de disolución del problema. El objetivo por tanto es la disolución del problema y generar y sentido de agencia personal (responsabilidad subjetiva donde la persona se asume como capaz de solucionar las adversidades de la vida).

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

### **3. Método General del Proceso Terapéutico**

La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de la "conversación terapéutica. La conversación terapéutica es una búsqueda y un exploración mutuas, a través del dialogo, un intercambio de doble vía. Se trata de un entrelazamiento de ideas en el que los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la "di-solución" de los problemas. El papel del terapeuta es el de una artista de la conversación cuya habilidad se manifiesta en el campo de la creación de un espacio que facilite la conversación dialogal. El terapeuta es un participante-observador y un participante-facilitador de la conversación terapéutica.

El terapeuta ejercita este arte terapéutico por medio del empleo de preguntas conversacionales, o terapéuticas, que faciliten el espacio conversacional y el proceso dialogal. Para lograrlo el terapeuta ejercita una pericia en la formulación de preguntas desde una posición de "ignorancia", en vez de formular preguntas informadas por un método y que exijan respuestas específicas. Un interés colaborativo permea la terapia posmoderna. En ella se enfocan las posibilidades contenidas en la disolución del problema a partir de una visión colaborativa en la que terapeuta y pacientes van configurando narraciones desde las historias contadas por estos últimos. Las pretensiones de esa postura terapéutica consisten en que al ir cambiando la historia del paciente, por medio de nuevas tramas narrativas, se transforma la visión que tiene de sí mismo y del entorno.

### **4. Técnicas de Intervención**

Los representantes de este modelo señalan que no existen esquemas o formas preestablecidas para llevar a cabo la terapia, lo que se presenta son lineamientos generales de este enfoque. El tiempo de la sesión varía de acuerdo a la conversación que se co-construya, puede durar una hora y media o más, las sesiones varían entre 6 y 12, pero no varía ampliamente (Anderson, 1991). Las sesiones inician procurando que los clientes aclaren al terapeuta todo lo que consideran necesario que éste sepa, se invita a la exposición de los puntos de vista de los participantes, dando lo que Anderson (1997) denomina multiparcialidad que se refiere a darle espacio a cada uno de los relatos de los participantes. El proceso conversacional se logra mediante la habilidad del terapeuta para crear un espacio para el relato del cliente, manteniendo una posición de "no saber", sin asumir una posición de liderazgo y formulando preguntas conversacionales.

Lo que se pregunta o se propone se hace desde una actitud tentativa, la conversación implica enterarse un poco de un tema y luego mostrar curiosidad por otro sin detenerse demasiado tiempo en alguno. Anderson (2001) señala que le parece importante no dar la impresión de que un tema es más relevante que otro. Es importante hacer preguntas que amplíen las posibilidades de narrar la historia tanto por parte del cliente como del terapeuta. Las preguntas conversacionales son la principal herramienta del terapeuta y surgen de la posición de no saber.

Se recomienda asegurarse de que lo que se oye es lo que el cliente quiso decir. Anderson (1997) señala que no hay nada detrás o debajo de las palabras sino que todo está en las palabras. Se considera que la responsabilidad del terapeuta consiste en hacer contribuciones que posibiliten el cambio. No importa qué tipo de cambio se trate y cómo y cuándo suceda no son su responsabilidad. No cree que los terapeutas tengan la responsabilidad ética de orientarse hacia los resultados, pero sí de otras responsabilidades éticas, como no lastimar a la gente. Los clientes deciden de qué y cómo hablar.

## II. MARCO TEÓRICO

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

A continuación se presentan los fundamentos del marco teórico epistemológico de la Terapia Familiar Sistémica y la Posmoderna, iniciando con una discusión y reflexión de lo que es la Epistemología como la Teoría General de Sistemas, Cibernética de primer y segundo orden, la Teoría de la Comunicación Humana, las aportaciones de Bateson, den sustento a la Terapia Familiar Sistémica, y a partir del surgimiento del constructivismo y construccionismo social se sustentan diferentes formas de pensamiento que dan sustento a los modelos Posmodernos.

#### 1.1. Análisis Teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica (TFS) y la Posmoderna

La palabra epistemología viene de *episteme* (Encarta, 2003) que en griego significa conocimiento. Es una rama de la filosofía que investiga los fundamentos, los límites, los métodos y la validez del conocimiento. Como ciencia, la epistemología es el estudio de la manera en que los organismos piensan y llegan a decisiones que determinan su conducta.

La Epistemología o Filosofía de la ciencia es una rama de la Filosofía que trata de los problemas filosóficos relacionados con la teoría del conocimiento, ocupándose de las definiciones del saber y de los conceptos relacionados con el conocimiento, así como de la relación entre el que conoce y el objeto cognoscible.

Desde un punto de vista más riguroso, la Epistemología se dedica al estudio de la investigación científica y su producto, es decir, el conocimiento científico y sólo es útil cuando se ocupa de problemas concernientes a la ciencia propiamente dicha y propone soluciones claras a los problemas que surgen de ella. Es decir, que la Epistemología debe participar del desarrollo científico y contribuir a cambiar de manera positiva, el trasfondo filosófico de la investigación científica, así como de la política de la ciencia (Bunge, 1980).

Ya dentro de la Psicología, la Epistemología puede ser interpretada de dos maneras diferentes. Por un lado, consiste en el esclarecimiento de los fundamentos epistemológicos de la Psicología como ciencia, es decir, versa sobre las reflexiones acerca del conocimiento que un investigador en Psicología adquiere sobre el propio objeto de su investigación (Bunge, 1980). Por otro lado, puede ser entendida como el análisis de los actos cognitivos, mediante los cuales las personas aprehenden el mundo de los objetos, es decir, una Epistemología psicológica del conocimiento en general. (Gréco, 1979). Una epistemología de la psicología, (Piaget, 1972) consiste en el esclarecimiento del fundamento de la psicología como ciencia, que implica una reflexión sobre el conocimiento que un sujeto (el psicólogo) obtiene sobre el objeto de su investigación. De acuerdo con lo anterior se entiende que los principios conceptuales en los que se base el psicólogo para entender aquel objeto de su interés delimitarán los eventos a los que le pondrá atención y perfilarán la explicación que haga de la realidad.

En la definición que hizo Bateson (1990) de epistemología, la palabra va precedida de un artículo definido o indefinido como "la" o "una epistemología" y significa: Un conjunto de reglas inmanentes usadas para pensar por grandes grupos de personas para definir la realidad.

La epistemología ha salido del campo de la filosofía y se ha adentrado en el de la biología a través de los biólogos experimentales contemporáneos (Keeney, 1983). McCulloch le dio el título genérico de epistemología experimental y Bateson la considera como una rama de la ciencia combinada con una rama de la filosofía. Como ciencia, la epistemología es el estudio de cómo los organismos particulares o agregados de organismos conocen, piensan y deciden. Como filosofía, la epistemología es el estudio de los límites necesarios y otras características de los procesos del conocer, pensar y decidir (Bateson, 1990). Desde este punto de vista la epistemología se ubica bajo la perspectiva de cómo conocen los que conocen, es decir en las propiedades del observador y no en las propiedades del objeto, aquello que se conoce. Afirma Bateson, que toda experiencia siempre es subjetiva, es el cerebro quien fabrica las imágenes que creemos percibir (Bateson, 1990).

Fishman (1990) concuerda con Bateson, en que una nueva epistemología o conjunto de reglas que gobiernan el pensamiento, es inmanente con la "nueva ciencia" que a su vez es totalmente diferente del sistema de pensamiento predominante del mundo occidental, además de que esos dos sistemas de pensamiento, son autónomos y discontinuos. Las distintas escuelas de TFS se apoyan en una epistemología rica, aunque no siempre homogénea debido a que algunos de sus conceptos básicos provienen de ámbitos relativamente independientes.

Algunas de las raíces del pensamiento sistémico se encuentran en la Física del siglo XX. Durante ese siglo, la Física experimentó una serie de cambios revolucionarios que destronan el paradigma mecanicista imperante desde la física de Newton. Las teorías de la Relatividad y Cuántica muestran una nueva concepción del universo, que no se ve ya como compuesto por una suma de partes separadas, sino como un todo armónico e indivisible, como una red de relaciones dinámicas, que no pueden comprenderse como independientes de su observador e intérprete (Fishman, 1990). Es decir, la conciencia del observador y la realidad observada se consideran desde entonces como dos aspectos inseparables de una misma realidad. En una u otra forma, la nueva ciencia es "constructivista" (Feixas y Villegas, 2000).

Einstein, distanciándose del objetivismo de Newton, sistematiza en su teoría de la Relatividad, que tiempo y espacio son relativos, y al mismo tiempo que se encuentran inseparablemente unidos en el continuo espacio-tiempo. A diferencia de lo postulado en la física newtoniana que diferencia totalmente masa y energía, en la nueva visión, masa y energía son concebidas como convertibles, y eso implica que la nueva visión concibe a la partícula, no como compuesta de cierta materia, sino como concentración de energía, de actividad, de dinamismo. Por ejemplo, la mecánica cuántica sustituye el concepto del átomo indivisible al que ve formado por partículas subatómicas, que a su vez no son ya corpúsculos como los de la física clásica, sino que poseen una doble naturaleza: unas veces se manifiestan como ondas, otras como corpúsculos (Feixas, et al., 2000).

En 1927, Heisenberg formulaba sus relaciones o principio de indeterminación: no es posible medir al mismo tiempo la posición y velocidad de una partícula, pues la misma observación influye en el campo observado de forma que sólo puede determinarse uno u otro dato. Este principio destruye definitivamente la anterior fe en la neutralidad del observador y la idea de una ciencia universal (Feixas, et al., 2000).

Hoy la visión del cosmos se mueve en dirección a una concepción que unifica Relatividad y Mecánica Cuántica, donde el universo es visto como conjunto de relaciones dinámicas, no como suma de partes y eventos aislados, y se es cada vez más consciente de que los "modelos" del cosmos son "construcciones" (con progresivo acercamiento a la realidad) del sujeto observador (Feixas, et al., 2000).

Esta epistemología sistémica se nutrió inicialmente de tres fuentes; (a) la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1956), (b) la Cibernética (Wiener, 1948) y (c) la Teoría de la Comunicación (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967). Además, los conceptos procedentes de enfoques evolutivos (p.e., Haley, 1983)) y estructurales (p.e., Minuchin, 1979) resultan claves para la concepción sistémica de la familia. El resultado de estas aportaciones teóricas aplicadas a la terapia familiar constituye el denominador común de la Terapia Familiar Sistémica (Fishman, 1990).

## Teoría General De Sistemas

La Teoría General de Sistemas fue desarrollada por Bertalanffy (1956), sin embargo él ya había venido contemplando estas ideas, años atrás, para entenderla es necesario hablar acerca de los conceptos en que se fundamenta. Un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. Ejemplo: Hay miles de ejemplos de sistemas en la naturaleza, desde una célula hasta una galaxia. Entre ellos, la familia es el caso que nos ocupa en la formación como terapeutas familiares (Bertalanffy, 1956).

Teóricamente existen dos tipos de sistemas: a) Sistema Cerrado y b) Sistema Abierto. Un sistema es cerrado cuando no intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Ejemplo: Hay pocos ejemplos de sistemas cerrados en la naturaleza, dado que la mayoría están en interacción dinámica con su entorno. Aun así, una reacción química en un tubo de ensayo herméticamente sellado sería un caso de sistema relativamente cerrado. Un sistema es abierto cuando intercambia energía, materia y/o información con su entorno. Por lo tanto, un sistema abierto es modificado por su entorno y al mismo tiempo lo modifica. Ejemplo: Todos los seres vivos son sistemas abiertos ya que las organizaciones celulares intercambian energía, materia e información con su entorno (Bertalanffy, 1956).

**Totalidad o no sumatividad:** El cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, ya que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. Ejemplo: La rebeldía de un hijo puede desequilibrar las relaciones entre sus padres si éste cumplía la función de mediador en los conflictos que se producían entre ellos (totalidad). Sin embargo, por separado ninguno de los miembros del sistema familiar desempeña el rol que le caracteriza en el sistema familiar (no sumatividad).

**Circularidad:** Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A. Ejemplo: Las demandas de mayor intimidad de un miembro de una pareja pueden chocar con la oposición del otro, cosa que aumenta las demandas del primero y así sucesivamente.

**Equifinalidad:** Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales. Ejemplo: Por cuestiones meramente pragmáticas o contextuales, dos parejas pueden llegar a una forma de organización doméstica sumamente similar a pesar de que las familias de origen de los cuatro miembros que las componen sean extremadamente diferentes.

Otros autores como Shoderbeck (1990) destacan como características de un sistema la organización, la interacción, la interdependencia y la integración.

**Organización:** La afirmación de que "el todo es más que la suma de las partes" señala el hecho de que la organización confiere al agregado características no sólo diferentes de los componentes considerados en forma individual, sino que dichos elementos están agregados de manera organizada. Ejemplo: Una familia es un sistema que esta organizado por varios miembros, supongamos que son 5, pero son un sistema no porque estén juntos sino que están juntos sino que están organizados por padre, madre, hijos. Y estos mismos elementos en otro contexto se organizan de otra manera, es decir, en un ambiente escolar los hijos se organizan como alumnos y no como hijos pues la organización en la escuela es distinta a la de la familia.

**Interacción:** Las interrelaciones entre agregados de sistemas pueden ser de múltiples, mutuas y algunas aparentemente unidireccionales o lineales o intermitentes, y pueden exhibir distintos grados de eficacia y prioridades. Ejemplo: En una familia todos los miembros están en constante interacción, incluso cuando los miembros no se hablan es imposible que de alguna u otra forma dejen de interactuar.

**Interdependencia:** El término sistema sugiere la idea de un grupo de entidades individuales, cada una de las cuales tiene una parte peculiar y esencial que cumplir; pero que cada una de ellas es enteramente dependiente para su efectividad de las comunicaciones establecidas entre ella y las otras partes. Ejemplo: Lo que le sucede a un miembro de la familia afecta a su vez a los otros miembros, si el padre pierde el trabajo esto afectara directamente al gasto familiar y desde luego a todos los miembros.

**Integración:** Significa hacer un todo o totalizar; traer partes y juntarlas dentro de un todo. Ejemplo: Los padres e hijos y otros, forman el todo que es la familia.

**Estabilidad:** El todo se renueva a sí mismo constantemente a través de un proceso de transposición; la identidad del todo y su unidad se preservan, pero las partes cambian. Este proceso continúa indefinidamente; algunas veces es planeado y observado, en tanto que otras ocurren sin notarlo; a menudo es alentado pero otras veces se le resiste. Ejemplo: En la familia Sánchez los hijos se casan y a su vez tienen hijos, todos crecen, pero continúan siendo parte de la familia Sánchez.

Una familia es un sistema abierto porque esta en constante interacción con otras familias, proviene de por lo menos otras dos familias, que a su vez se formaron de otras, y que igualmente se van a reproducir. La Familia es una totalidad, porque esta formada por agregados denominados subsistemas, que no es que se sumen y forman a la familia, sino que aparte de ser un elemento se relacionan con otros y esta interacción es la diferencia a la simple sumatividad. Estos elementos son interdependientes, lo que le suceda a un miembro afectara a los otros subsistemas y desde luego a la totalidad (Andolfi, 1992).

La familia es una organización compleja, cada subsistema tiene funciones específicas que tienen que ver por si y para el sistema, los miembros están integrados, y el proceso de relación es circular, es decir lo que le suceda a un padre es por algo que hizo la esposa, pero ese algo también fue influido por algo que hizo el padre, es decir el proceso no es lineal.

## Teoría de la Comunicación Humana

### Axiomas de la comunicación humana.

1. ***Es imposible no comunicar.*** En un sistema, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967).

Ejemplo: El silencio tenso y la mirada perdida de dos desconocidos que coinciden en un ascensor, a pesar de su intencionalidad no comunicativa (o precisamente debido a ella) transmiten una gran cantidad de información: -no me interesas-, -no estoy de humor para entablar conversación-, -prefiero ignorarte-...

2. ***Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional.*** Esta diferenciación es jerárquica el aspecto relacional clasifica al contenido, es por ende una metacomunicación. Cuando se confunden los niveles puede resultar una paradoja (Watzlawick cols., 1967).

Ejemplo: Un mensaje "Cierra la puerta de una vez" transmite un contenido concreto (la instrucción de cerrar la puerta), pero a la vez cualifica al tipo de relación entre emisor y receptor (de autoridad del primero).

3. ***La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.*** La definición de una interacción está condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes. Los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin un principio ni un final claro. Así, la definición de cualquier interacción depende de la manera en que los participantes en la comunicación dividan la secuencia circular y establezcan relaciones (Watzlawick y cols., 1967).

Ejemplo: Una hija adolescente se queja de que su madre la trata como a una niña porque intenta sacarle información y ella reacciona ocultándole todo lo que puede. Es claro en el ejemplo que la puntuación de la madre es diferente: se queja de que su hija no confía en ella y de que le oculta cosas porque no es lo bastante madura como para hacerse cargo de su propia vida. Como resultará evidente, la puntuación de una refuerza la puntuación de la otra de forma que resulta imposible decir quién es la "responsable" del problema interaccional.

4. ***Todos los seres humanos se comunican digital y analógicamente.*** Mientras que el nivel digital se refiere al contenido semántico de la comunicación, el nivel analógico cualifica a cómo se ha de entender el mensaje, es decir, designa qué tipo de relación se da entre el emisor y el receptor (Watzlawick y cols., 1967).

Ejemplo: El mensaje "No estoy enojado" (nivel digital) se cualifica con la información analógica (gestos, tono de voz, postura, etc.).

5. ***Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.*** Cuando la interacción simétrica se cronifica hablamos de *escalada simétrica*; y cuando se cronifica la interacción complementaria se habla de *complementariedad rígida*. Desde este punto de vista lo disfuncional no es un tipo u otro de relación, sino la manifestación exclusiva de uno de ellos (Watzlawick y cols., 1967).

Ejemplo: Una pareja puede establecer su relación en la igualdad de estatus profesional (relación simétrica) de forma que cualquier mejora en las condiciones laborales de uno de sus miembros obliga subjetivamente al otro a igualarlo. En el caso de una escalada simétrica, la competencia entre ambos puede llegar a desestructurar el sistema. Por otra parte, algunas parejas se estructuran en roles complementarios tales como "racional" versus "emocional". Si esta complementariedad se hace rígida puede dar lugar a una relación disfuncional en la que uno de sus miembros debe siempre actuar de forma racional (y por tanto no se puede permitir expresar sus emociones) y el otro debe siempre actuar de forma emocional (y por lo tanto no se puede permitir reflexionar sobre sus acciones).

## **Cibernética**

Según Heinz Von Foerster (1991) la historia de la cibernética se puede observar como un proceso que se desarrolla en tres niveles de complejidad: una Cibernética de "0 orden", implícita, la Cibernética de "1er. Orden" reflexión explicitada en la obra de Wiener (1948), y una Cibernética de "2º Orden" reflexión sobre la reflexión de la Cibernética. Resulta imposible acceder a un nivel superior a éste, dado que cuando uno reflexiona sobre la reflexión se cierra el círculo de argumentación, se produce una clausura organizacional que sólo puede trascenderse a sí misma dentro de sí misma.

### **Cibernética de primer orden**

Wiener (1948) fundó la cibernética como ciencia de los sistemas dinámicos, es decir, de totalidades cuyos elementos se encuentran en relaciones funcionales mutuas y que están referidos al todo. La distinción entre materia-energía por un lado, e INFORMACION por otro significa metodológicamente la apertura de una nueva forma de considerar la misma realidad física. Los conceptos de Wiener (1948) sobre la Cibernética introdujeron una nueva dimensión que se describe con los conceptos de transformación y cambio, estabilidad, feedback, isomorfismo, variedad, constricciones de variedad, transmisión de variedad, entropía, cadenas de Markov, control, regulación, selección, aprendizaje, etc.

El elemento conceptual básico está en la Información, que implica "forma". La cibernética parte del postulado de que la forma, la superación del desorden o entropía procede y se apoya en la información. Partiendo de la teoría matemática de Wiener, como recordará luego Bateson (1990), se afirma que la unidad de información es una diferencia que hace la diferencia. Y responder a la diferencia es lo básico de todo sistema. Un sistema de información representa las diferencias, como un mapa en relieve.

En un primer momento, llamado Cibernética de Primer Orden o Cibernética de los Sistemas observados, los fenómenos acaecidos en los sistemas familiares fueron explicados a través de la Segunda ley de la Termodinámica, la cual postulaba que el universo decae, que parte de la energía de un sistema no se transforma en trabajo sino que se gasta, llevándolo a la dispersión irreversible, al desorden, a la entropía.

Así se llega al concepto de retroalimentación negativa, es decir, aquellos procesos mediante los cuales los sistemas corrigen la desviación para mantener su organización, para lograr la homeostasis. La negentropía es entonces el principio ordenador, más allá del cual se encuentra el caos y la destrucción del sistema. En este primer estadio, las intervenciones terapéuticas muestran un énfasis negentrópico, buscan reestablecer el orden, la estructura para que la familia alcance otra vez el equilibrio (Hoffman, 1987).

Esta Cibernética de primer orden tuvo un segundo momento, Maruyama definió esta etapa del pensamiento sistémico como "segunda cibernética". Maruyama consideró que todo sistema viviente depende, para su supervivencia, de dos procesos: "*morfoestasis*" y "*morfogénesis*" (Maruyama, 1963). El primero se refiere al mantenimiento de la constancia de un sistema a través de mecanismos de retroalimentación *negativa* (el *feedback* más frecuente que tiende a estabilizar el sistema). El segundo, por el contrario, a la desviación, variabilidad del sistema a través de mecanismos de retroalimentación *positiva* –en que se amplifican las desviaciones introducidas por toda perturbación externa. Según Maruyama, en cada situación, los procesos de desviación y de amplificación se equilibran mutuamente.

Las desviaciones o fluctuaciones, si se mantienen y no son contrarrestadas por mecanismos correctores, producen una bifurcación que genera un salto cualitativo hacia una nueva organización. En esta segunda etapa del desarrollo del pensamiento cibernético la ampliación de la desviación y los mecanismos de retroalimentación *positiva*, procesos favorecedores del cambio, adquieren un nuevo status, son considerados esenciales para la evolución de los sistemas vivientes.

## **Cibernética de Segundo Orden**

En 1972, la presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética, Margaret Mead, dedicó un discurso al tema "Cibernética de la cibernética". Fue entonces el Profesor Heinz Von Foerster quien sugirió cambiar ese nombre por el de "*Cibernética de Segundo Orden*" o "Cibernética de los Sistemas Observantes" diferenciándola de la Cibernética de Primer Orden definida como Cibernética de los Sistemas Observados. La cibernética de segundo orden, o Cibernética de la cibernética, como la denominó Von Foerster, es el Manifiesto Constructivista. Emerge aquí una teoría del observador, tiene que ser una teoría social y lingüística, cuya noción central es información-organización. Para el *cibernetista*, la noción de organización se encarna tanto en interacciones químicas cerebrales como en interacciones lingüísticas. Se habla de un constructivismo biológico y de un constructivismo social o construccionismo. En el constructivismo biológico tenemos: el constructivismo de Von Foerster (1991), el "traer a la mano" de Maturana (1984) y el constructivismo radical de Von Glasersfeld (1979).

La epistemología tradicional plantea que los datos son incorporados a través del sistema sensorial y procesados por el cerebro para generar una acción. La descripción objetiva del mundo entra en crisis y se plantea la teoría del observador, Maturana menciona que el observador existe como ser vivo en un espacio de coherencia operacional con su circunstancia, en acoplamiento estructural, por lo que sólo pasa lo que puede pasar de acuerdo a la dinámica estructural del sistema y de la circunstancia (Maturana, 1990). El conocimiento no es recibido pasivamente, sino que es construido por un sujeto cognoscente y, la función de la cognición es adaptativa y sirve para la organización del mundo experiencial, no para el descubrimiento de una realidad objetiva ontológica. El conocimiento no es una representación de la realidad, sino una construcción.

La cibernética de segundo orden se ocupa del observador como parte de lo observado. Así, según Heinz Von Foerster (1991), el objetivo de la segunda cibernética es explicar el observador a sí mismo, es decir la cibernética de la cibernética, y se refiere a los sistemas que son capaces de modificar su objetivo o finalidad (o su camino) por sí mismos, sin necesidad de ser guiados por alguien o algo desde fuera del sistema. Así, la segunda cibernética es una ciencia de acción en la que los mecanismos de comunicación y control permiten que el sistema reoriente o replantee continuamente su camino para alcanzar su objetivo primario.

La cibernética de segundo se orden se caracteriza por:

1- Los postulados de Von Foerster (1991), que señalan que el sistema nervioso posee una cualidad inherente: todas las señales enviadas desde los elementos sensoriales a la corteza cerebral son iguales, la llamó la Codificación indiferenciada. No existe entre ellas ninguna distinción cualitativa; su frecuencia y amplitud son variables, pero no existe ningún indicio cualitativo.

2- El lenguaje como constructor de la realidad, Von Glasersfeld (1979), anota, que si uno habla una determinada lengua ve el mundo de determinada manera. Se retoma de los escépticos, la idea de que no tenemos manera de llegar al mundo externo si no es a través de nuestra experiencia de él, por más que lo viéramos correctamente, no tendríamos modos de saber que nuestra visión es correcta.

3-El organismo tiene una forma física y una modalidad de comportamiento que encaja en el ambiente en que le toca vivir. En cuanto al conocimiento muchas de estas circunstancias son puramente lógicas. Todo nuevo pensamiento debe adaptarse al esquema previo de estructuras conceptuales de un modo que no provoque contradicciones (Piaget, 1979). El conocimiento no nos brinda una representación de un mundo independiente, sino un mapa de lo que puede hacerse en el ambiente en el que uno tuvo experiencias.

4-La autorregulación y la autoorganización de los organismos, nos permite entender el conocimiento como el resultado de una autorregulación. Todo lo que llamamos conocimiento, se crea o se construye a partir de un material que ya le es accesible al sujeto que conoce. Sólo podemos conocer lo que hemos creado. Desde la cibernética, los sistemas autorregulados son sistemas cerrados desde el punto de vista de la información. En su trabajo sobre la organización de los seres vivos Maturana con la colaboración de Varela (Maturana, 1984), propone que éstos se constituyen y operan como sistemas cerrados de producciones moleculares abiertos al flujo material y energético. Maturana acuña el término autopoiesis para referirse a la organización que define y constituye a los seres vivos (autos: sí mismo; poiesis: producir). Maturana (1984) afirma que la organización de una unidad puede describirse como una red cerrada de producciones de componentes que en sus interacciones constituyen la red de producciones que los producen, y especifican su extensión al constituir sus fronteras en su dominio de existencia es un sistema autopoietico, es decir que se organiza así mismo.

Lo que hace a los seres vivos sistemas autónomos es su organización autopoietica, y los seres vivos existen en tanto se realizan como sistemas autopoieticos moleculares (Maturana, 1984). Los sistemas vivientes son sistemas tales que todo lo que pasa en ellos surge determinado en su dinámica estructural, de modo que lo externo sólo puede gatillar en un ser vivo cambios estructurales determinados en él. Esto significa que el ser humano, en tanto ser vivo, sólo hará, oír y actuar desde sí mismo.

Como señala Maturana (1984), la coincidencia que un observador ve en el operar de un ser vivo con su circunstancia resulta de que su dinámica estructural es concordante con el medio en que opera. Esto es así porque el ser vivo tiene una estructura plástica que cambia en concordancia con la estructura del medio sino se muere (acoplamiento estructural). La noción de acoplamiento estructural es fundamental pues se refiere a la dinámica que hace posible que ser vivo y medio, aunque sistemas determinados en su estructura, cambien estas estructuras de manera coherente de modo que el ser vivo mientras vive genera conductas concordantes con el medio.

Esta posición teórica es un modo de pensar y no una descripción del mundo. No se propone describir ninguna realidad absoluta, sino sólo los fenómenos de nuestra experiencia. La bisociación que plantea Von Foerster es la que hay entre el observador y lo observado. La comprensión de esta interdependencia de observador y mundo observado, va más allá de la teoría de la relatividad de Einstein, según la cual las observaciones no son absolutas, sino relativas al punto de vista de un observador (Von Foerster, 1991). En los siguientes párrafos se amplían las ideas anteriores.

Von Foerster bautizó la expresión de Maturana: *Todo lo dicho es dicho por un observador* como el teorema número 1 de Maturana y él le añade aquello que denomina el corolario número 1 de Von Foerster: *Todo lo dicho es dicho a un observador*. De esta forma conecta tres conceptos: primero, el concepto de un observador caracterizado por ser capaz de hacer descripciones. Y esto a causa del teorema número 1, porque evidentemente lo que un observador dice es una descripción. El segundo concepto es el del lenguaje. El teorema número 1 y el corolario número 1 conectan a dos observadores a través del lenguaje. El tercer concepto es el de la sociedad, esos dos observadores constituyen el núcleo de una sociedad. Los observadores usan un lenguaje que forman la sociedad al usar el lenguaje. Los pilares de una teoría del observador ya están construidos, uno es el cálculo de las recursiones infinitas y el otro es el cálculo de la autorreferencia (Von Foerster, 1991).

La cibernética de segundo orden es una epistemología que lleva la atención desde los "sistemas observados" hasta "los sistemas que observan", al entender a toda noción cibernética (a toda noción en general) como dependiente del observador. *¿Cómo conocemos?*, es una pregunta que va más por los procesos, por la generación del problema estudiado, que por su sustancia. La pregunta ya no es *¿qué es lo que conocemos?*, sino *¿Cómo es que conocemos?*

## **Aportaciones de Bateson**

A Gregory Bateson se le conoce como el fundador de una nueva perspectiva epistemológica, fue un heterodoxo de gran fortaleza creativa, por lo que muchos de sus planteamientos se abren paso, como claves interpretativas y herramientas metodológicas, en desarrollos teóricos que le sucedieron, predicó una epistemología evolutiva y transdisciplinaria. Articuló la investigación de sociólogos, lingüistas, psicólogos, psiquiatras, biólogos en torno a un punto de encuentro transdisciplinario: la comunicación (Lipset, 1991).

A partir de lo que denominó teoría del 'doble vínculo' (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956), analizó los problemas de las inducciones esquizofrenias derivadas de las contradicciones informativas bipolares en procesos de comunicación como los que se dan entre madre e hijo. Y, por consiguiente, mediante el análisis de los flujos informativos, las interacciones y retroalimentaciones, también intervenir terapéuticamente sobre el espacio de los actores de la comunicación. Bateson recrea una visión sistémica e interdisciplinaria de los procesos comunicativos. La 'metacomunicación' o el 'metamensaje' es la envoltura del conocimiento que da sentido, contextualiza, clasifica la comunicación o el mensaje; incluso, crea vínculos o estructuras de diálogo con otros ambientes o contextos. Bateson concibió los procesos comunicacionales con un carácter circular y evolutivo, donde el *feedback* tiene una importancia decisiva.

Una de las ideas centrales de Bateson era pensar que hay algo en común en todos los seres vivos, es decir, la pauta que conecta. *¿Cuál es la pauta que conecta a todas las criaturas vivientes?, ¿cuáles son las configuraciones, las formas y las relaciones que pueden ser observadas en todos los fenómenos, para construir una concepción totalizadora de la mente?*, estas son preguntas que se hacía Bateson sobre el conocimiento, él propone la noción de contexto como elemento fundamental de toda comunicación y significación, no se debe aislar el fenómeno de su contexto, pues cada fenómeno tiene sentido y significado dentro del contexto que se produce. Tomó de Jung, el concepto de *pleroma*, para referirse al mundo de la física y de los objetos materiales, el concepto de *creatura* para designar el mundo de los seres vivos, que no puede ser explicado desde una causalidad unidireccional. Se necesita un nuevo lenguaje que permita describir la recursividad de todos los elementos que se mueven conjuntamente en un proceso, para ello son fundamentales las nociones de información y relación (Bateson, 1990).

Bateson propone una concepción totalizadora sobre la naturaleza del orden y la organización en los sistemas humanos. La mente individual es inmanente pero no sólo en el cuerpo. El concepto de mente surgió, para Bateson como un reflejo de partes más amplias y múltiples partes del mundo natural afuera del ser pensante (Bateson, 1976). Es inmanente también en los caminos y mensajes fuera del cuerpo; y hay una mente más amplia de la cual la mente individual es solo un subsistema, pero es también inmanente en el sistema social totalmente interconectado y la ecología planetaria (Bateson, 1990). Bateson fue un pensador que no negaba las contradicciones de sus propias ideas, además se puede vislumbrar en su obra un anticipo del descreimiento posmoderno.

## **De la Cibernética a la Hermenéutica, el Camino a la Posmodernidad**

La historia de la Terapia Familiar puede entenderse como un proceso de legitimación de una práctica clínica y científica que incorporo la ecología de las relaciones humanas y la familia, generando un dominio de estudio y desarrolló modelos sobre comunicación, procesos interpersonales, organización y cambio familiar. (Schnitman y Fuks, 1994).

Aun cuando las metáforas sistémicas han ido cambiando durante más de medio siglo, se puede considerar que el hilo conductor ha sido cuestionar los modelos deterministas, lineales, que buscan causas y efectos. Los teóricos comenzaron a hacerse preguntas acerca de vínculos, recursividad, organización, y la complejidad en las relaciones humanas.

De manera progresiva lo sistémico se centró en el estudio de los contextos de comunicación e interacción, enfatizando en la pragmática; el estudio de las interfases entre contextos ampliándose hacia redes, organizaciones, comunidades; el estudio de las construcciones narrativas por medio de modelos textuales y hermenéuticos e introdujeron el estudio de la terapia como hipertexto con metáforas dialógicas abiertas y multidimensionales.

Otras metateorías como las constructivistas, el construccionismo social, cuestionan la metáfora sistémica. Emergen las perspectivas multidimensionales, complejas y plurales del construccionismo social y del constructivismo, los modelos comunicacionales revisan la noción de autoridad. La hermenéutica, la semiótica, la crítica literaria, se interesó por la creatividad y la emergencia de lo nuevo; y aportaron énfasis en la reflexividad. Con todas estas aportaciones se abandonaron los modelos de déficit y se abrió el camino para las terapias centradas en el self y el diálogo (Schnitman y Fuks, 1994).

Como las ideas posmodernas y posestructurales fueron formuladas por personas provenientes de los campos de la semiótica y la crítica literaria, resultó cada vez más frecuente el uso de metáforas narrativas o textuales. Fue así como terapeutas como Anderson y Golishian (1992), abandonaron la metáfora cibernética por la hermenéutica. Es decir, la terapia ya no busca encontrar pautas, ni promover cambios de niveles lógicos; en estas corrientes la metáfora de la terapia es la conversación.

## **Constructivismo**

Cuando se habla del constructivismo se trata de una corriente epistemológica desarrollada y elaborada en su forma más radical por Ernst von Glasersfeld (1996), y que cuenta con eminentes personajes en muy diversas disciplinas. Podríamos citar entre otros a Jean Piaget (1972), Maturana (1984), Watzlawick (1984), y Von Forester (1991). El constructivismo es una respuesta a la pregunta de cómo adquirimos el conocimiento y cuál es su relación con la realidad y esta estrechamente ligado con la cibernética de segundo orden.

El desarrollo del pensamiento constructivista parte del cuestionamiento del positivismo lógico cuyo método experimental se defendía como la única vía para generar ciencia. Las cosas, de acuerdo con el análisis de Geymonat (citado por Feixas, et al., 2000), comenzaron a cambiar radicalmente cuando se descubrió el carácter convencional de los axiomas matemáticos, y más tarde, el de las teorías físicas más largamente aceptadas como científicas. Estos descubrimientos pusieron en crisis la imagen tradicional de la ciencia abriendo el camino a nuevos problemas epistemológicos, particularmente a partir de las crisis de la física del siglo XIX y las innovaciones de las matemáticas y la física de principios del siglo XX. Lo que llevo a una crisis de la ciencia tradicional y a preguntarse, ¿Cómo se produce el conocimiento científico, por acumulación o a través de crisis o revoluciones?

Para Feixas, et al. (2000), Caparros, es quien ha recogido los planteamientos más significativos de esta nueva filosofía de la ciencia para la historia y quehacer psicológicos. El primero de estos planteamientos se refiere a la introducción de un doble tipo de teorías científicas, unas más específicas, que responden al concepto tradicional de ciencia y otras más generales llamadas "paradigma", programa de investigación o tradición de investigación. El segundo, es la reivindicación de la naturaleza deductiva y no inductiva de la ciencia, lo que conlleva que la ciencia parta siempre de una concepción del mundo, de unos supuestos ontológicos y metodológicos que determinan a través de las teorías específicas los problemas y sus soluciones. El tercero es la oposición al positivismo, en particular al lógico o neo positivismo.

En la ciencia, el conjunto básico de presupuestos que suministran un marco de referencia en que trabajan los científicos se ha llamado paradigma. Un paradigma tiene dos componentes; la matriz disciplinar y los ejemplares compartidos (Kuhn, 1980).

Estos modelos, incorporan ciertos ideales de orden natural, caracterizaciones de un mundo idealizado (Toulmin, citado por Feixas, et al., 2000). Según Toulmin la ciencia es un conjunto de conceptos que cambian a lo largo del tiempo. Pero el cambio científico no siempre es gradual y continuo.

Para Kuhn (1980) toda ciencia atraviesa una serie de estadios diferenciados: período preparadigmático, ciencia normal, investigación extraordinaria (crisis). Los científicos construyen los fenómenos en formas diferentes, de acuerdo con el paradigma que guía su investigación.

Popper dice que la ciencia empieza sólo con los problemas. Para Popper (citado por Feixas, et al., 2000), el autoconocimiento se da a través de del proceso de conjetura y refutación. Al igual que Kelly, dice que el ser humano es un investigador activo de la realidad, constructor de hipótesis y experimentador obstinado. Hacia 1987 era ostensible, al menos en la costa del Pacífico, la influencia del constructivismo. Un constructivismo apoyado en ideas biológicas (Maturana, 1984), se manejaban conceptos como el de "acoplamiento estructural", "deriva natural", "autopoiesis", un lenguaje muy cercano en la biología. Después se descubrieron formulaciones sociales del constructivismo muy en boga en los años 60, se citaba a dos autores muy representativos del momento, Berger y Luckman (1966), que hicieron célebre un texto, *La construcción social de la realidad*. El paso de un constructivismo a otro queda ilustrado por un artículo de Hoffman (1990).

Aunque parezca mentira el constructivismo es un tema muy europeo. El antecedente es la fenomenología del primer tercio de nuestro siglo, y su defensa de los datos de conciencia como única realidad a la que tenemos acceso. La influencia de esta posición en la psiquiatría europea ha sido notable, existe toda una corriente denominada psicología fenomenológica que ha dado obras más que importantes, desde Jaspers (Psicología de las concepciones del mundo) y Binswanger (Tres formas de la existencia frustrada), hasta Laing (El yo dividido). Más contemporáneamente, un pensador constructivista fue Piaget (1979), de quien no se ven citas. En la tradición americana, constructivista fue Lewin quien desarrolló la psicología de los constructos personales, (Feixas, et al., 1990), que tampoco se ve muy citado por los "descubridores" del constructivismo de la Terapia Familiar.

Para la concepción constructivista se considera que hay efectivamente un continuo proceso circular y repetitivo en el que la epistemología determina lo que vemos; esto establece lo que hacemos; a la vez nuestras acciones organizan lo que sucede en nuestro mundo, que luego determina nuestra epistemología. El conocimiento es la computación de descripciones de una realidad. Von Foerster utiliza este término en el sentido amplio como "toda operación por medio de la cual se transforma, modifica, rearregla, ordena, y demás, entidades físicas observadas **objetos** o sus representaciones **símbolos**" (Watzlawick, 1988).

Toda descripción se sustenta en otras descripciones que son también cálculos, proponiendo definir el conocimiento como procesos ilimitadamente recursivos de cálculo, es decir, la computación de la computación de la computación, etc. En su análisis del lenguaje Von Foerster plantea que éste, se lo puede considerar desde dos puntos de vista diferentes: el lenguaje en su apariencia, que se refiere a las cosas como son, o el lenguaje en su función, que se refiere a las nociones que cada uno tiene de las cosas. Desde la primera posición, uno es un observador independiente, separado del universo y el lenguaje es monológico, denotativo, descriptivo, sintáctico; dice como eso es. Desde la segunda posición, uno es un actor participante en mutua interacción con los otros y el lenguaje es dialógico, connotativo, constructivo, semántico, participativo. Lo que sucede es que nuestras lenguas están ideadas sobre el verbo ser, que al mismo tiempo que conecta las palabras, desde siempre ha estado ligado a la existencia ontológica. El constructivismo no niega la realidad, lo que hace es sostener que uno no puede conocer una realidad independiente; no formula declaraciones ontológicas (Von Foerster, 1991).

Una vez argumentada esta posición, Von Foerster presenta una hipótesis fundamental: todas estas nociones tienen que ver con una actividad computante por parte de un observador-operador, el cual genera las distinciones que configuran un orden; o fracasa en generarlas, siendo el desorden la manifestación de dicho fracaso; o genera más orden en este dominio y menos en aquél; o compara ordenes diferentes que permiten decir que aquí hay más complejidad que allí.

La emergencia de estas nociones es dependiente del lenguaje usado por el observador, que en realidad no es "un" observador, sino una comunidad de observadores en interacción. Es ese lenguaje el que da el marco de referencia que permite crear distinciones donde no las había. El lenguaje no es un instrumento que describe lo que sucede en un mundo independiente, sino el nombre de un contexto que construye lo que sucede, y es una elección en el dominio cognitivo. Einstein hablando con Heisenberg le dice: en una teoría es imposible aceptar solo magnitudes observables, más bien la teoría decide lo que es posible observar (Watzlawick, 1988).

Liddon (en Neimeyer, 1998) realizó una descripción muy clara entre cuatro formas y facetas del constructivismo.

**Constructivismo Material.** En esta faceta, la *Realidad* está en función de la estructura del sistema cognitivo humano. Es producida por la capacidad del sistema cognitivo para establecer relaciones. El *Conocimiento* no refleja una realidad ontológica "objetiva". Sólo una organización y orden del mundo generado por la experiencia. Los *Sistemas vivos* en su organización son cerrados, no disponen de entradas ni salidas (*inputs/outputs*). Cada sistema es autónomo o autorreferencial que especifica cómo se comportará en todas y cada una de las situaciones que enfrente. Por lo tanto, la información no tiene significado fuera de cada sistema en específico. En resumen, Un sistema no puede instruir o determinar los cambios en otro.

**Constructivismo Eficiente.** En esta forma de constructivismo, el *Conocimiento* es un proceso activo que interpreta y almacena entradas (*inputs*) ambientales como información significativa. El *Ser humano* es buscador activo y usuario de información, con sistemas cognitivos con los que construyen constantemente su visión de la realidad. La *Realidad* está en función de la capacidad del sistema cognitivo para identificar información útil, transformarla en patrones significativos (esquemas) y usarlos para elegir respuestas adecuadas y que influyen procesamientos futuros.

**Constructivismo Formal.** En esta forma de constructivismo la *Realidad activa*, cambiante, constituida a nivel personal y social. El significado surge del patrón organizacional (forma) de los fenómenos a través del tiempo y en el contexto. La *Actividad humana* se realiza en un contexto sociohistórico y cultural de significados y relaciones.

**Constructivismo Final.** En esta forma de constructivismo el *Conocimiento* es Dinámico y direccional: hacia una mayor complejidad y abstracción. La síntesis es construida de las inevitables contradicciones que surgen en las interacciones persona-ambiente. Confía en el concepto de causalidad final.

Hay tres enfoques que ejemplifican algunas formas de constructivismo psicológico basadas en la metáfora del proceso orgánico:

- Evolutiva y dialéctica: El sí mismo reconstruye su relación con el mundo de forma cada vez más coherente e integrada. El desarrollo cognitivo es un proceso continuado y direccional, dando lugar constantemente a nuevas formas de dar sentido al mundo.
- Perspectiva de sistemas: Las personas son capaces de cambios equilibrados y disipativos. Tienen propiedades de autoconstrucción, dirección personal, autocontrol y autorregulación, son teleológicas. En la asimilación de información Ford señala tres procesos de cambio: Autoorganizativo: mantiene patrones existentes (asimilación), autoconstructor: altera patrones existentes (acomodación) y desorganizativo-reorganizativo: transforma los patrones de funcionamiento dando un nuevo equilibrio dinámico a influencias demasiado grandes.

- Psicología transpersonal: Los seres humanos (como individuos y como colectivo) están en proceso de evolución hacia una totalidad y espíritu integral. El desarrollo completo del ego es considerado un estancamiento del desarrollo. El nivel más alto de desarrollo implica la trascendencia del ego.

Para Neimeyer (1998) el objetivo básico de la psicoterapia constructivista, es la creación de significado, más que la "corrección" de supuestas disfunciones o déficit en el pensamiento, emociones o conductas del cliente. La evaluación se concentra en identificar y reformular las metáforas centrales que constituyen la narrativa personal del cliente. Se busca incidir en niveles profundos de intervención o cambios de 2do. Orden, centrándose en los procesos básicos del sí mismo que mantienen un sentido de identidad del individuo y la conexión esencial con los otros.

El terapeuta debe estar alerta ante la amenaza de suponer o invalidar demasiado pronto sobre la teoría que asienta la teoría del cliente. El terapeuta se mostrará empático, colaborador, respetuoso y casi reverencial ante la "resistencia" al cambio.

Desde esta postura de Neimeyer, el terapeuta fomenta armonía en las cuestiones implícitas, a menudo inarticuladas en la conducta del cliente, intenta ayudarlo a tejer a lo largo de su experiencia "hilos de significado" que lleven a encontrar respuestas provisionales o preguntas mejores y más incisivas.

Dentro de una atmósfera personal e interpersonal en la que se puedan reformular y resolver los problemas en el lenguaje. De tal forma que los clientes lleguen a una validación social para representar nuevas identidades menos "saturadas del problema". (Neimeyer, 1998).

La terapia constructivista puede verse desde cuatro metáforas (Neimeyer, 1998) poniendo énfasis en puntos distintos.

### **Terapia como una ciencia personal**

La Teoría de los Constructos Personales, Kelly (1955), es considerada la primera teoría constructivista clínica significativa. Ha sido retomada además de los posteriores teóricos de los constructos personales, por terapeutas constructivistas que trabajan fuera de la tradición de los constructos personales.

### **La terapia como reconstrucción narrativa**

El objetivo es la "Reescritura biográfica" de las historias vitales que se han vuelto limitadoras e incoherentes y requieren una corrección o elaboración más significativa; en forma de construcción o reconstrucción. Proporciona un significado que está dictado por las historias que vivimos y que contamos, por la manera en que se asocian en secuencias significativas. Contrasta con la terapia cognitiva que intenta dismantelar los pensamientos automáticos distorsionados o las creencias irracionales.

## **La terapia como desarrollo del sí mismo**

Se centra más en las "reglas personales de la vida", "esquemas desadaptativos tempranos" cargados emocionalmente y que están en la base de trastornos psicológicos. Pone mayor atención a las fases evolutivas tempranas o a las relaciones de apego. Propone un modelo de evaluación más evolutivo que exige una ampliación de estrategias y técnicas terapéuticas. Mahoney (1989) lo describe como "flujo de conciencia". Se basa en el cuestionamiento profundo del sí mismo (cuidadoso y guiado).

## **La terapia como una elaboración conversacional**

Considera a los sistemas humanos en esencia generadores de lenguaje, que definen su organización a través del discurso y la negociación. El significado surge a través del acto de comunicar, en vez de residir en los sí mismos individuales o conocedores. La terapia se convierte en un ejercicio de lenguaje entre todos los miembros del sistema organizado alrededor de un problema. El terapeuta utiliza preguntas circulares, actúa como director de la conversación (Neimeyer, 1998).

## **Construccionismo Social**

Para hablar de construccionismo social es indispensable referirnos a Gergen (1986), él señala como las principales influencias al surgimiento de la Construcción Social a : 1) la crítica ideológica de Hegel; 2) la crítica literaria (esta que "intenta dismantelar el enfoque mimético del lenguaje", encarnada en el desconstruccionismo); 3) el trabajo de Berger y Luckman (1966) donde se hace hincapié en *la relatividad de perspectivas, el vínculo de las perspectivas individuales con el proceso social, y la reificación a través del lenguaje.*

Gergen (1994) en su libro *Realidades y Relaciones*, analiza los vínculos entre el constructivismo y el construccionismo social: al sostener ambos que el saber es una construcción de la mente y al rehusar definir el conocimiento como el reflejo fiel de una realidad o de un mundo independiente de nosotros (conceptualización que caracteriza al modernismo), estos dos enfoques rechazan el dualismo sujeto/objeto. Sin embargo, para los construccionistas los conceptos tales como "el mundo" o "la mente" no poseen la estatura ontológica que los constructivistas parecen darle, puesto que pertenecen a prácticas discursivas y pueden por lo tanto, ser cuestionados y negociados dentro del lenguaje. Se aprecia que los puntos se van conjuntando para dar fin al mito de la realidad objetiva. A partir de este pensamiento, la teoría no intenta señalar las características del mundo tal cual es, sino que a una convención social, un acuerdo, una construcción que es mantenida a través del lenguaje.

De acuerdo a Gergen (1994), el constructivismo continúa ligado a la tradición occidental del individualismo, puesto que describe la construcción del saber a partir del proceso intrínseco del individuo, mientras que el construccionismo social intenta, por el contrario, ligar las fuentes de la acción humana a las relaciones sociales. En este sentido Gergen afirma que la construcción del mundo no se sitúa en el interior de la mente del observador, sino más bien en el interior de las diferentes formas de relación.

## El Lenguaje como Herramienta de Construcción

El lenguaje ya deja de ser pues, un medio donde se encierra una verdad objetiva. El lenguaje es una herramienta mediante la cual vamos construyendo la realidad, una realidad que está dependiendo de un acuerdo social. Bajo este nuevo protagonismo del lenguaje como constructor de realidades es que también se retoman las ideas vigotskianas sobre el mismo y de la construcción compartida con el medio social (Mc Namee y Gergen, 1996).

También en la obra de Derrida (1978, 1996), el lenguaje y más concretamente el texto, toman un lugar escénico fundamental. La obra de este autor va a dar lugar al surgimiento de formas prácticas como las que usan White y Epston (1992). En la práctica terapéutica construccionista, está la idea de que si el lenguaje no es portador de una realidad objetiva y el mismo es el que nos lleva a construir un mundo donde no podemos desarrollarnos en buena forma junto con nuestras potencialidades, es mejor que abandonemos la misma (construcción) y busquemos una forma que nos abra más posibilidades que ya están potencialmente.

Gergen (1996) propone sobre que lo que llamamos proceso terapéutico:...la psicoterapia puede pensarse como un proceso de *semiosis*: la forja de un significado en el contexto de un discurso de colaboración. Se trata de un proceso en el que el significado de los acontecimientos se transforma a través de una *fusión de los horizontes de los participantes*, se desarrollan modos alternativos de narrar los acontecimientos y evolucionan posturas respecto al yo y los demás. Gergen aquí habla de que el proceso terapéutico debe de buscar el forjar significados, significados estos que están contruidos por un contexto microsocial que está en relación con la persona y donde el terapeuta pasa a ocupar un lugar en el mismo, donde será introductor de nuevos significados.

Según los construccionistas las formas que nosotros narramos nuestras situaciones o nuestro mundo, nada nos dicen sobre un mundo real, sino que dependen de unos acuerdos sociales que tienen que ser mantenidos constantemente con quienes nos relacionamos. Esto último es bien importante, ya que marca una diferencia con una concepción de constructos permanentes (por ejemplo la teoría de la atribución, o el constructivismo), para que la realidad que yo narro pueda ser tomada como seria o "creíble", necesito de otros actores sociales que aprueben la misma como válida.

Gergen (1996) dice que hay cuatro tipos básicos de narraciones dependiendo su forma progresiva o regresiva; y progresiva y regresiva se refiere a si el estado de sentimiento general de bienestar es ascendente o descendente respectivamente *trágica, comedia-novela,... y fueron felices y epopeya-heroica*. Así que si esa modalidad de narrar que utilizamos no es efectiva y nos limita al actuar, en la pragmática, la labor del terapeuta será ayudarnos en la consecución de formas más adecuadas o eficaces de narrar.

Todas estas dilucidaciones que vimos están basadas fundamentalmente en los 5 supuestos básicos del construccionismo que relata Gergen (1996):

1. Los términos con los que damos cuenta del mundo y de nosotros mismos no están dictados por los objetos estipulados de este tipo de exposiciones.
2. Los términos y las formas por medio de las que conseguimos la comprensión del mundo y de nosotros mismos, son artefactos sociales, productos de intercambios situados histórica y culturalmente y que se dan entre personas.

3. El grado en el que un dar cuenta del mundo o del yo se sostiene a través del tiempo, no depende de la validez objetiva de la exposición sino de las vicisitudes del proceso social.

4. La significación del lenguaje en los asuntos humanos se deriva del modo como funciona dentro de pautas de relación.

5. Estimar las formas existentes de discurso consiste en evaluar las pautas de vida cultural; tal evaluación se hace eco de otros enclaves culturales.

Estos presupuestos de la Construcción Social hacen hincapié en la construcción de las realidades y su manutención a través de un proceso social. Vemos la construcción y manutención como procesos creados con otros en la comunicación y mantenidos también gracias a la misma.

Gergen (1996) señala que la forma de co - construir o "forjar un nuevo sentido" con el paciente es muy variada y que se han desarrollado muchas formas de trabajo para ello. Aquí traeremos solo algunos ejemplos, pues si no la extensión necesaria para incluirlos a todos no nos permitiría seguir con las metas propuestas. Goolishian y Anderson (1992) emplean una forma de "investigación interesada" (esta se lleva a cabo haciéndole preguntas al paciente de forma que las mismas den crédito a su realidad y le "urja" progresar); Andersen (1991) con su equipo han desarrollado lo que denominan "equipo reflexivo", donde los que se encuentran detrás del espejo pasan a compartir sus construcciones con la familia; White y Epston (1993) emplean cartas, escritas por ellos mismos o por el paciente; Schnitman (1994) hace hincapié en las posibilidades positivas.

Para los construccionistas (Gergen, 1996), el significado humano es esencial en el proceso de cambio. El intenso diálogo sobre el significado se aleja del significado en la mente individual, para postular que son las relaciones las que lo crean; pasando de una construcción individual a una social.

El construccionista no abandona los valores tradicionales (Gergen, 2004) sino 1) amplía el rango de los valores puesto que cualquier resultado puede ser visto como positivo y 2) moviliza diálogos donde se discuten los valores, o los resultados. Para el construccionista no existen problemas, causas, fuerzas, estructuras, que no se deriven de las interpretaciones con base en el pensar común. No significa que "nada existe", sino que al intentar articular lo que existe, al ubicarlo en el lenguaje, penetramos al mundo de los significados generados socialmente. El construccionismo sí reconoce la importancia de la verdad en su contexto. Estar conscientes de las construcciones no quiere decir que los terapeutas deban deconstruir la realidad del paciente. Una terapia efectiva no necesita generar crisis ontológicas, de hecho si es efectiva dejará intactas las creencias del cliente (Warhus, 2004).

Tal vez para muchos, acostumbrados a pensar en estructuras, reglas, inconsciente o cualquier otra esencia o estructura, veamos en esta propuesta de cambiar la forma de narrar parece o milagrosa o por el contrario demasiado inocente, que los cambios son trabajosos y hasta puede haber casos donde nunca se pueda cambiar. Así que tenemos que ponernos unos "lentes" diferentes para llegar a comprender lo que es la construcción social. Con respecto a las esencias dice que no existen como tales sino que son construidas por nosotros a través de los relatos.

## **1.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y la Posmoderna**

### **I. Introducción**

Como explica Andolfi (1992), la aplicación de la teoría de sistemas a diversas disciplinas ha sido de muchas y diversas formas, pero quizá el uso más extenso dado a esta, es en el estudio de familias y su patología. Desde esta perspectiva, los estudios no se centran en el estudio de un individuo sino en la persona en el marco de su familia, la teoría de las familias con base en el sistema se sustenta en el hecho que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales. No puede considerarse al individuo, a la familia, o a la estructura social, ni siquiera a las mismas pautas culturales, como sistemas cerrados o como entidades separadas e independientes, sino que son partes interrelacionadas e interactuantes de un todo que cambia y se transforma a lo largo del tiempo, ambos se influyen selectivamente en el proceso de cambio (Estrada, 1996). La familia se puede concebir como un sistema abierto organizado, separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquía entre ellos.

### **II. La Familia como Sistema**

La familia humana es una organización única, es la unidad básica de la sociedad, provee las condiciones para la unión del hombre y la mujer, de manera que éstas pueden tener hijos y asegurarles alimentación y energía (Ackerman, 1964).

Por lo tanto, familia es una entidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, las cuales difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales (Minuchin y Fishman, 1994).

En este mismo sentido Espejel, (1995); Macías, (1988) definen a la familia como el grupo natural de adscripción humana, generalmente ligado por lazos de biológicos o de consanguinidad, que incluye dos o más generaciones al menos en alguna etapa de su ciclo vital, y que permite o facilita la subsistencia de sus miembros, la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades.

Andolfi (1992) define la familia, como un organismo vivo en constante transformación, una entidad compleja que se modifica a través del tiempo, con el fin de asegurar su continuidad y el crecimiento psicosocial de sus miembros, en respuesta a los cambios en el desarrollo de la familia a través de su ciclo vital y de los cambios externos. Este doble proceso de continuidad y crecimiento, permite que la familia se desarrolle en conjunto y a su vez asegure la diferenciación de sus integrantes.

Para Minuchin (1979), la familia posee tres características esenciales, a saber, es un sistema sociocultural abierto en constante transformación, se desarrolla desplazándose a través de ciertas etapas de evolución las cuales le exigen reestructuraciones constantes y se adapta a las circunstancias cambiantes manteniendo su continuidad, a la vez que fomenta el crecimiento psicosocial de sus miembros. Estas etapas por las que atraviesa la familia se pueden entender al revisar su ciclo vital.

Es necesario revisar el ciclo vital de la familia, porque es un elemento fundamental para evaluar a las familias, porque como menciona Minuchin la familia no es una unidad estática, está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales, por tal motivo los terapeutas detienen el tiempo cuando investigan familias. Este corte transversal es muy importante hacerlo, ya que proporciona el estado de cosas que está teniendo lugar en la familia y provee elementos de evaluación que permitan una intervención posterior, considerando la interacción dinámica y relacional que se da y que le permite posibilidades de intercambio de crecimiento (Minuchin, 1979).

## **El Ciclo Vital de la Familia**

El Ciclo Vital de una Familia, se refiere a la trayectoria de vida de la familia, delimitada por fases críticas que encierran momentos especiales de dificultad para toda la familia, el ciclo vital favorece el conocimiento del contexto de la familia (Estrada, 1996).

1) **El desprendimiento.** (Adultos Libres). Es cuando el joven o la joven abandonan a la familia de origen y sale en busca de un compañero fuera de su familia, en donde hay que asumir la propia responsabilidad emocional y financiera.

2) **El encuentro.** (Recién Casados). Se trata de integrar un sistema de seguridad interna, que incluya a uno mismo y al compañero. Al formar el sistema conyugal, tiene que haber un reordenamiento de las relaciones con las familias extensas y amigos, para incluir al cónyuge. También implica la necesidad de establecer acuerdos. Esta etapa es fundamental en la cimentación de la familia.

3) **Los hijos.** (Niños Pequeños). La llegada de los hijos requiere de espacio físico y emocional, además de que es importante tomar en cuenta las demandas que la sociedad impone a la familia: casa, vestido, transporte, profesión, etc. Implica la necesidad de reestructurar el matrimonio y las reglas que hasta entonces lo han venido rigiendo.

4) **La Adolescencia.** (Hijos Adolescentes). De todos los eventos que afectan a la familia, la llegada de los hijos a la adolescencia, tal vez es el que más pone a prueba la flexibilidad del sistema. Se combinan varios factores: tiene que aumentar la flexibilidad de las fronteras familiares para permitir la independencia de los hijos; cambio de foco hacia cuestiones conyugales y profesionales de la mitad de la vida; comienzo del cambio hacia el cuidado conjunto de la generación de los mayores.

5) **El Re-encuentro.** (Nido Vacío). Se refiere al aislamiento y la depresión de la pareja, puesto que a estas alturas sus actividades de crianza han terminado. Podemos agregar que esta fase coincide casi siempre con una etapa individual de suma importancia: la pareja recibe el impacto de la biología que declina. Además se dan cambios sociales y familiares muy importantes: la necesidad de admitir y hacer lugar a nuevos miembros (cónyuges de sus hijos) en la familia; el nacimiento de los nietos; la muerte de la generación anterior; la jubilación; la declinación en la capacidad física; el conflicto con las nuevas generaciones; el problema económico de los hijos que inician una nueva familia; la necesidad de explorar nuevos caminos y horizontes; la necesidad de independizarse de los hijos y nietos para otra vez formar una pareja.

6) **La Vejez.** Esta es una de las etapas más difíciles del ciclo vital, aquí los esposos se encuentran más cercanos a la muerte, se enfrentan a la pérdida del cónyuge, hermanos y otros pares y preparación para la propia muerte. En esta etapa se necesita, tener la habilidad suficiente para aceptar realísticamente las propias capacidades así como las limitaciones.

## Tipos de Familia

Existen modelos que nos permiten clasificar a las familias de acuerdo a su estructura, es decir, de acuerdo a como se encuentra conformada, para lo cual es necesario tomar en cuenta los cambios y modificaciones que pueden ocurrir estas a lo largo de su ciclo vital. Para fines de este trabajo solo mencionare una que realiza Minuchin (1994):

- **Familias de pas de deux.** Esta compuesta de dos personas solamente. Por ejemplo si se trata de madre e hijo es posible que el hijo viva en un mundo de adultos, y es posible que el vínculo entre ellos alimente mutua dependencia.

- **Familias de tres generaciones.** Lo indicado cuando se trabaja con este tipo de familias es hacerlo dentro del sistema cooperativo hacia una diferenciación de funciones y no promover la formación de una estructura acorde a la norma cultural. Es muy importante no subestimar la influencia de la familia extensa sobre las funciones de la familia nuclear.

- **Familias con soporte.** Cuando son muchos los niños en un hogar, es común que uno de ellos e incluso varios de los mayores reciben responsabilidades parentales. Para que estas familias funcionen es necesario que las responsabilidades parentales sean claras.

- **Familias acordeón.** En ciertas familias uno de los progenitores se ausenta por lapsos prolongados (militares, trabajadores emigrantes, etc.), en estas familias el cónyuge que permanece en el hogar asume funciones adicionales a expensas de la colaboración entre los miembros de la pareja. Estas familias tienen que ajustar sus funciones cuando este miembro se aleja y reajustarlas cuando vuelve.

- **Familias cambiantes.** Algunas familias cambian constantemente de domicilio, el ejemplo más frecuente es el progenitor soltero que cambia de pareja una y otra vez. Cuando se cambia de contexto es posible que se pierdan redes de apoyo familiar y comunitario. La función del terapeuta será ayudar a la familia para que defina con claridad su estructura organizativa.

- **Familias Huésped.** Se refiere a las familias que albergan de manera temporal a un miembro de otra familia que se encuentra en alguna situación vulnerable, a un problema potencial en esta configuración familiar es que en ocasiones la familia se organiza como si no fuera huésped. El niño es incorporado al sistema familiar. Si después desarrolla síntomas, pueden ser el resultado de tensiones dentro del organismo familiar. Es preciso evaluar el nexo del síntoma con la organización familiar. Si la sintomatología es el producto del ingreso del niño en un sistema nuevo, éste funciona como si atravesara una crisis de transición.

Existen otros dos modelos de que pueden servir de de guía para el trabajo terapéutico. Uno de ellos es el Modelo Mac Master desarrollado por Epstein (IMP, 1996) que es una guía de diferentes áreas de la familia que el terapeuta evalúa para dignosticar el funcionamiento de una familia [Ver anexo 1]. El segundo modelo denominado Triaxial de funcionalidad familiar fue desarrollado por Wen-Shing Tseng y John F. McDermott Jr. (IMP, 1996) Presupone el conocimiento de la psicopatología infantil. Toma en cuenta tres ejes: el eje I representa los aspectos del desarrollo de la familia y se relaciona con los aspectos históricos y longitudinales. El eje II enfoca los subsistemas familiares, identifica las localizaciones básicas de los problemas interpersonales dentro de la familia y se basa en un estudio cruzado de las funciones familiares. El eje III ve a la familia como un grupo, una matriz o sistema e intenta categorizar la disfunción familiar a través de esta dimensión visual [Ver anexo 2].

## 1.2 .1 Modelo Estructural

### 1. Introducción.

Este modelo fue desarrollado principalmente por Minuchin (1978, 1979, 1994) se fundamentan principalmente en la Teoría General de Sistemas y en la cibernética de primer y segundo orden. Minuchin fundamenta sus teorías en una epistemología estructuralista; el estructuralismo plantea comprender al hombre a través de mirarlo como objeto de observación y análisis, como cualquier otro objeto de la ciencia. En el estructuralismo el hombre pasa de ser sujeto de la historia y de la cultura, a ser objeto que se conoce por la objetividad y la neutralidad científica.

Por lo tanto, la familia es concebida como un todo organizado que cumple funciones que le exige el contexto, cuando algo en el sistema funciona mal la familia tiene dificultades para reestructurarse y superar las crisis que se generan por la evolución constante o por eventos que afectan a uno o más miembros. Las acciones e interacciones de cada familia no son entidades independientes, sino partes de un movimiento necesario dentro de un sistema organizado, por lo que cada acción es **complementaria**. Este modelo fue desarrollado en los barrios pobres de New York, donde toda la familia vivía muchas veces hacinada en una habitación, con recursos intelectuales muy pobres, llevó a que este modelo a ser eminentemente familiar, con predominio de intervenciones directivas, y puestas en acto durante la sesión.

El abordaje de los problemas de las familias desde esta perspectiva sistémica estructural incluye el contexto social y la atribución de responsabilidad compartida entre los integrantes sobre lo que ocurre en la familia con relación al síntoma. Hay un interés por encontrar cómo es que todos los miembros del sistema (familiar, institucional, social) participan en el sostenimiento del síntoma; además busca entender cómo es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos miembros para mantener la homeostasis familiar.

### 2. Conceptos del Modelo

Como todo sistema complejo, la familia incluye subsistemas, que son las reglas que definen quienes y cómo han de participar en las transacciones interpersonales. Minuchin (1994) señala las siguientes categorías:

- a) Subsistema (holón) individual, esta formado por un solo individuo, incluye el concepto de sí mismo, los determinantes personales e históricos del individuo, lo que le permiten adaptarse a las diferentes situaciones;
- b) Subsistema (holón) conyugal, esta constituido por la pareja;
- c) Subsistema (holón) parental o de padres, sus principales funciones son la crianza y educación de los hijos, este subsistema debe de modificarse continuamente en la medida que crecen los hijos;
- d) Subsistema (holón) fraterno o de hermanos, lo constituyen el primer grupo de iguales con los que el hijo participa.

Los **límites** o fronteras familiares internas son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares. Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser **difusos, rígidos o claros**. Límites difusos son aquellos que resultan difíciles de determinar; límites rígidos son aquellos que resultan difíciles de alterar en un momento dado; límites claros son aquellos que resultan definibles y a la vez modificables. Se considera que los límites claros comportan una adaptación ideal.

El concepto de **tríada rígida** se refiere a las configuraciones relacionales paterno-filiales en las que el hijo se usa rígidamente para desviar o evitar los conflictos parentales. Según Minuchin (1974), se pueden dar tres configuraciones de tríada rígida. (A) **Triangulación:** cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro. (B) **Coalición:** Uno de los progenitores respalda al hijo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor; esta situación tiene el efecto de crear un vínculo entre el progenitor defensor y el hijo para ir en contra del otro cónyuge. (C) **La desviación de conflictos,** que se produce cuando se define a un hijo como "malo" y los padres, a pesar de sus diferencias mutuas en otros aspectos, se unen en su esfuerzo para controlarlo o cuando se le define como "enfermo" y se unen para cuidarlo y protegerlo.

**Concepto de familia.** Para Minuchin una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales; las transacciones repetidas establecen pautas acerca de que manera, cuando y con quien relacionarse; esas pautas apuntalan al sistema. Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de una familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción: uno genérico, que implica reglas universales que gobiernan la organización familiar; el otro es idiosincrásico, que implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia.

**Definición de problema.** Desde el punto de vista del modelo los problemas no son individuales, la familia es un sistema complejo que funciona mal y que es necesario corregir. Se considera a la familia como un organismo sometido a tensión. La tarea del terapeuta es cuestionar la definición que la familia da del problema.

**Objetivos de la terapia.** El objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes

**Cambio terapéutico.** El cambio terapéutico se logra modificando aspectos de la estructura de la familia que a su vez producen cambios de conducta.

### 3. Método general del proceso terapéutico

La terapia estructural recurre a diferentes estrategias de intervención dependiendo del tipo de familia, pero invariablemente interviene provocando una crisis en la tendencia homeostática de la familia. Se busca reorganizar la estructura de la familia ya que esto producirá cambios en la conducta de los miembros.

El terapeuta adopta una postura directiva, además de que las intervenciones se realizan dentro del espacio terapéutico. Resulta esencial la presencia de todos los integrantes de la familia, así como el paciente identificado (integrante que manifiesta síntomas o aquel señalado por la familia como portador del problema).

Durante la entrevista el terapeuta realiza un análisis estructural de la familia (Subsistemas, Límites, Roles, identifica al paciente, etc.). Una vez realizado este análisis procede a realizar las intervenciones con la finalidad de romper la homeóstasis que impide la reestructuración de la familia.

#### 4. Técnicas de Intervención

##### Esquema 1. Reencuadramiento y Escenificación.

###### a) Reencuadramiento.

Las familias cuando tienen problemas, aún teniendo múltiples recursos, echan mano de sus soluciones más consabidas como primera estrategia para resolver el problema. Dar más de lo mismo incrementa las tendencias homeostáticas de la familia. Las técnicas de escenificación, enfoque y obtención de intensidad contribuyen al logro de un encuadramiento terapéutico.

###### b) Escenificación.

El terapeuta puede intervenir para aumentar la intensidad, prolongar la duración de la interacción, hacer participar a otros miembros de la familia, indicar modos diferentes de interacción e introducir sondeos experimentales que proporcionarán información tanto al terapeuta como a la familia sobre la índole del problema, la flexibilidad de las interacciones familiares para la búsqueda de solución y la virtualidad de modalidades diferentes de desempeño dentro del marco terapéutico. En el momento mismo en que la familia escenifica su realidad dentro del contexto terapéutico, se produce un cuestionamiento de esta realidad determinada.

Las principales técnicas del modelo estructural son el **Reencuadre** y la **Escenificación**. La primera atiende al objetivo de hacer que la familia avance hacia un manejo más diferenciado y eficiente de su realidad disfuncional; y la segunda es la técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que dance en su presencia, se ponen en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia.

##### Esquema 2. Enfoque e Intensidad.

###### c) Enfoque

El terapeuta tiene que seleccionar un enfoque y elaborar un tema para trabajar sobre él y a su vez desechar los diversos campos que no son por el momento útiles para su meta terapéutica. Su actividad de recopilación de datos atañe al proceso de cambio, no al historial o la descripción de la familia. Como las interacciones de la familia tienden a ser isomórficas, la investigación en profundidad de este pequeño segmento le proporcionará información útil sobre las reglas que gobiernan la conducta en otros muchos campos de la vida familiar. El oficio del terapeuta es asistir al cambio familiar, no hacer que ellos se sientan cómodos.

###### d) Intensidad.

Las familias difieren unas de otras en el grado en que exigen lealtad a la realidad familiar, y por fuerza la intensidad de mensaje del terapeuta habrá de variar según sea lo que cuestione. Un mensaje terapéutico tiene que ser **reconocido** por los miembros de la familia, lo que significa que deben recibirlo de un modo que los aliente a experimentar cosas según modalidades nuevas. Se puede repetir el mensaje, repetir las interacciones isomórficas, modificar el tiempo que dura la interacción, cambiar la distancia entre los

En la terapia familiar estructural, el **enfoque** se puede comparar con la realización de un montaje fotográfico. Para el clínico es preciso deslindar fronteras, poner de relieve los lados fuertes, señalar problemas, investigar funciones complementarias. El terapeuta necesita hacer que la familia oiga, y esto exige que su mensaje supere el umbral de sordera de la familia, por lo que requiere aumentar la **intensidad**.

### Esquema 3. Reestructurar.

#### e) REESTRUCTURACION

##### 1. Captar las pautas transaccionales de la familia

Toda comunicación es siempre reforzada, calificada o negada por el contexto interpersonal de la transacción, lo hace mediante: **a) Dramatización de las pautas transaccionales.** **b) Recreación de los canales de**

**2. Señalamiento de los límites.** El terapeuta familiar ayuda a crear el intercambio flexible entre autonomía e interdependencia que promoverá el desarrollo psicosocial de sus miembros.

**4. Asignación de tareas.** Se utiliza para señalar y actualizar un área de observación que puede no haberse desarrollado en forma natural en el flujo de las transacciones de la familia. Se realizan dentro y fuera de la sesión.

**3. Intensificación del estrés.** El terapeuta puede producir situaciones de estrés en partes diferentes del sistema lo puede hacer mediante: **a) Bloqueo de pautas transaccionales.** **b) Acentuación de las diferencias.** **c) Desarrollo del conflicto implícito.** **d) Unión en alianza o coalición.**

**6. Manipulación del Humor.** El afecto que acompaña a las transacciones familiares constituye uno de los múltiples indicios que determina la conducta del terapeuta. El terapeuta puede recurrir a una imitación del estilo familiar, para suscitar mecanismos de enfrentamiento de la anomalía por parte de la familia.

**5. Utilización de los síntomas.** El terapeuta combate la tendencia de la familia en centralizarse en el portador del síntoma. a) Enfoque centrado en el síntoma. El trabajo con los síntomas del paciente identificado puede constituir el camino más rápido para diagnosticar y modificar las pautas transaccionales disfuncionales de la familia. b) Exageración del síntoma. El terapeuta puede reforzar los síntomas del PI, aumentando su intensidad, convirtiéndose así en una maniobra reestructurante. c) Desacentuación del síntoma. Se puede utilizar el síntoma como una vía que permitan alejarse del PI. d) Adopción de un nuevo síntoma. Se trata de desplazar el foco de atención a otro miembro que no sea el PI. e) Reetiquetamiento del síntoma.

**7. Apoyo, educación y guía.** El terapeuta debe comprender la importancia de estas funciones y saber cómo estimularlas.

Para lograr el objetivo de la terapia que es **reestructurar** a la familia es imprescindible que el terapeuta se una a la familia utilizando alguna de las técnicas descritas.

#### Esquema 4. Fronteras y Desequilibrar.

##### f) Fijación de fronteras

**Distancia psicológica:** El terapeuta construirá un mapa tentativo sobre las alianzas, coaliciones, etc. Trazará fronteras entre tres personas en caso de que interacciones diádicas disfuncionales se mantengan en virtud de un tercero como desviador, aliado o juez, podría decir "en este consultorio sólo tengo una regla, es una regla muy simple, pero es evidente que a esta familia le resultará muy difícil respetarla, y es que nadie debe hablar por otro..."

**Duración de la interacción:** Extender o alargar un proceso, que es un modo de incrementar su intensidad, puede ser también un recurso para demarcar subsistemas o separarlos.

##### g) Desequilibramiento

El terapeuta tendrá que utilizarse a sí mismo como miembro del sistema terapéutico para cuestionar y modificar la distribución del poder en la familia.

**1. Alianza con miembros de la familia.** Para desequilibrar, recurrirá a su alianza con un miembro de la familia, destinada a modificar su posición jerárquica dentro del sistema familiar.

**1.1. Alianza alternante.** La meta de esta técnica consiste en atribuir a cada subsistema pericias diferentes y complementarias.

**2. Ignorar a miembros de la familia.** Esta técnica demanda la capacidad de hablar y obrar como si ciertas personas fueran invisibles.

**3. Coalición contra miembros de la familia.** El terapeuta participa como miembro de una coalición contra uno o más miembros de la familia, le impone poseer la capacidad de llevar adelante un enfrentamiento y de utilizar su posición de poder como el perito del sistema para cuestionar y descalificar la pericia de un miembro de la familia. Como consecuencia de esta técnica, el miembro blanco, se tensa, pero el miembro que entra en coalición no queda menos tensionado. Participa en la coalición al precio de ser capaz de rebasar el umbral de interacciones habituales y de apoyar al terapeuta en un franco desafío a un miembro poderoso de la familia.

Las técnicas de **fijación de fronteras** regulan la permeabilidad de las que separan a los holones entre sí. La meta del **desequilibramiento** es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema.

## Esquema 5. Complementar y Realidades.

### h) Complementariedad.

Los seres humanos como unidades interdependientes, entran en conflicto entre el concepto del yo como unidad y el yo como parte de un todo, hay complementariedad de opuestos. Una de las metas en terapia de familia es ayudar a los miembros de esta a que vivencien su pertenencia a una entidad que rebasa el sí mismo individual, esta operación apunta a modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia cuestionando la idea íntegra de jerarquía. Para promover un modo diferente de conocimiento, el terapeuta tiene que cuestionar la epistemología habitual de los miembros de la familia en tres aspectos:

**1. Cuestionamiento del problema.** La terapia parte del consenso, compartido por los miembros de la familia y el terapeuta, de que algo anda mal. En ciertas familias es evidente que una persona es la portadora de los síntomas, p.e. en familias psicósomáticas. En estos casos el terapeuta puede utilizar la autoridad de su pericia y declarar que la experiencia que él tiene le ha enseñado que las familias siempre participan en el mantenimiento del problema y a menudo lo hicieron en su origen. En otras ocasiones el terapeuta cuestionará extendiendo el problema a más de una persona.

**2. Cuestionamiento del control lineal.** El terapeuta cuestiona la idea de que un solo miembro puede controlar el sistema familiar, cada persona es el contexto de las demás.

**3. Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos.** El terapeuta cuestiona la epistemología de la familia introduciendo el concepto de un tiempo ampliado y encuadrando la conducta individual como parte de un todo más vasto. Las técnicas que consisten en introducir un esquema más amplio son en general de índole cognitiva. El terapeuta puede indicar a los miembros de la familia que sus interacciones están gobernadas por reglas.

### i) Realidades

Todo cambio en la estructura de la familia modificará su visión del mundo sustentada por la familia será seguido por un cambio en su estructura, incluidos los cambios en la estructura, incluidos los cambios en el uso del síntoma para el mantenimiento de la organización familiar.

**Realidad.** Minuchin concibe que lo que reconocemos en los hechos es el significado que atribuimos al agregado de hechos, además la realidad se tiene que compartir con otros que la validen. Esta concepción del mundo validada socialmente encuadra a la realidad que encuadra a la persona. La familia es la matriz donde las reglas sociales se cortan a la medida de la experiencia individual.

El modo en que la familia elabora su estructura es análogo al proceso por el cual la sociedad crea sus instituciones: Berger y Luckman (1966) distinguen cuatro niveles de legitimación de las instituciones sociales.

- 1. Vocabulario Básico.** En Terapia Familiar, el terapeuta atenderá a las palabras que emplea la familia. **Esquemas explicativos.** Corresponde a los mitos y la historia familiar, que organizan tanto el pasado como el presente. El terapeuta puede reordenarlos o ampliarlos
- 2. Conocimiento de especialistas.** El terapeuta es quien tiene la pericia y las credenciales para encuadrar lo normal y lo atípico por referencia de la familia.
- 3. Aspectos Universales.** El terapeuta puede recurrir a estas realidades universales para cuestionar la lealtad que los miembros de la familia guardan a su realidad.

#### **Cuestionar la concepción del mundo.**

El terapeuta procura presentar algunos de los diferentes universos parciales que se sitúan fuera del núcleo básico de universo de la familia y que sus miembros ignoran.

**Técnicas:** *constructos cognitivos, paradojas, lados fuertes de la familia.*

El terapeuta no solo descubre sino que construye realidades.

Las acciones e interacciones de cada familia no son entidades independientes, sino partes de un movimiento necesario dentro de la coreografía de un ballet, por lo que cada acción es **complementaria**. Por otra parte Una familia no sólo tiene estructura, sino un conjunto de esquemas cognitivos o **Realidades** que legitiman la organización familiar.

## Esquema 6. Construcciones.

### i) Construcciones.

La libertad del terapeuta como constructor de realidades está limitada por su biografía, por la realidad finita de la estructura familiar y por la peculiar modalidad con que la familia ha elaborado su estructura.

#### 1. Símbolos universales.

Con esta técnica, el terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyaran en una institución o en un acuerdo que rebasaran el ámbito de la familia, como si se refiriera a la realidad objetiva. En algunas familias conviene señalar, "puesto que eres mayor...menor...usted debería...etc". La fuerza de las construcciones universales reside precisamente en el hecho de que se refieren a cosas que "todo el mundo conoce".

#### Verdades familiares.

El terapeuta presta atención a las justificaciones que la familia utiliza para sus interacciones, usa su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento. Por ejemplo: "como son buenos padres dejarán crecer a sus hijos...cortarán los cables que los unen".

Cuando el terapeuta ha seleccionado, de la propia cultura de la familia, las metáforas que simbolizan su realidad reducida, las utilizará como una construcción cada vez que surjan.

#### Consejo especializado.

En esta técnica, el terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia y la fundamenta en su experiencia, conocimiento o sabiduría.

"he visto otros casos que...si se pone a investigar esto, descubrirá que...".

El terapeuta puede desplazar las posiciones de explicación, por ejemplo aprovechando su preeminencia como líder del sistema para incluir la perspectiva de un miembro de la familia o pasar a una diferente perspectiva familiar.

El objetivo del terapeuta estructural es convertir la concepción del mundo de la familia a una donde no se haga necesario el síntoma, y a una visión de la realidad más amplia y flexible, a través de proveer a la familia nuevas **Construcciones**.

## 1.2.2. Modelo Estratégico

### 1. Introducción

Jay Haley utilizó la palabra "estratégica", para referirse a aquella terapia en la que el profesional traza la intervención específica para el problema que se le presenta, no obstante el término "estratégico" también se identifica con los planteamientos de los creadores del modelo de terapia breve (Watzlawick, Fisch, Bodin, y Weakland, 1986). En los inicios del grupo de Palo Alto, antes de que se creara el Instituto de Investigación Mental (MRI), Haley trabajó con Bateson y con Weakland (entre 1952 y 1962) sobre problemas de comunicación; esta cercanía se dio especialmente cuando se desarrollaba la teoría del doble vínculo.

En el año de 1963, Haley publicó *Estrategias en Psicoterapia*, el estilo de terapia de Haley está fundamentado en las ideas derivadas acerca de la comunicación, en las directivas que provienen de las técnicas usadas por Erickson; mantuvo contacto con él de 1952 a 1980. Haley (1980) sostiene que el terapeuta debe ser activo y directivo, este es un elemento de la naturaleza de la terapia estratégica. Menciona también que la mayoría de las terapias, aunque no se reconozca, han sido influidas por la hipnosis.

La mirada de Haley hacia la familia estuvo influenciada por las ideas que Minuchin y Montalvo, que trabajaron con él hacia finales de la década de los 60 cuando trabajo con ellos en la Child Guidance Clinic de Filadelfia. (Haley, 1980). El enfoque estratégico de terapia en aquel en la cual el terapeuta inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema (Haley, 1980).

Para Haley, un concepto primordial es el poder, para él una de las tareas fundamentales del terapeuta es identificar coaliciones o distinguir las jerarquías confusas, y entonces restablecer las jerarquías de poder para promover una jerarquía congruente. De ahí que la terapia estratégica busca cambiar las estructuras de poder existentes en la familia que suelen ser inadecuado que transgreden los cánones sociales. Considera que el problema tiene un contexto social, la labor del terapeuta es promover un cambio, cuya consecuencia es un comportamiento novedoso y a veces imprevisto.

### **Influencia de Milton Erickson**

Durante los trabajos del grupo de Palo Alto, Haley junto con Weakland tuvo contacto con Milton Erickson, ya que estaban interesados en estudiar el fenómeno de la hipnosis. La hipnosis Ericksoniana esta basada en los diferentes estados de relajación más o menos profundos y en la participación activa del paciente. Por medio de una conversación o un lenguaje simbólico, el terapeuta guía el inconsciente del paciente para permitirle encontrar soluciones a sus problemas.

Para Erickson, la hipnosis es un estilo de comunicación e intercambio entre dos personas que facilita y promueve el contacto con los recursos que cada individuo posee, para prevenir o enfrentar y resolver situaciones problemáticas de la vida cotidiana. Erickson trabajaba retomando el lenguaje del paciente, estaba convencido de que cada intervención específica tenía que estar diseñada para cada persona específica. Esta perspectiva fue retomada por Haley y Madanés, quienes consideran el lenguaje como elemento importante en la terapia, y buscan diseñar una estrategia para cada problema específico. La influencia de Erickson en la terapia estratégica radica en la focalización del proceso de cambio como la principal preocupación, además en el estilo directivo del terapeuta y en las famosas técnicas llamadas ordalías.

## **2. Conceptos del Modelo**

### **Poder y organización**

La existencia de un orden jerárquico es inevitable porque está en la naturaleza misma de la organización. Es importante tener en cuenta que la jerarquía es mantenida por todos los integrantes de la organización. La organización familiar incluye personas de diferentes generaciones, diferentes ingresos, diferentes grados de inteligencia, etc. Estas líneas jerárquicas guardan relación con funciones de la familia. La jerarquía más elemental involucra el límite generacional (Haley, 1980).

### **Secuencias**

Una jerarquía puede delinearse observando las secuencias de hechos que ocurren dentro de una organización. Una estructura está compuesta por actos reiterados entre personas. Puede definirse al cambio terapéutico diciendo que es aquel que se produce en los actos reiterados de un sistema autorregulante, preferiblemente el que da paso a un sistema más diversificado. La tarea terapéutica consiste en cambiar la secuencia interviniendo en forma tal que imposibilite su continuación (Haley, 1980).

## **Ciclo vital**

La terapia estratégica toma en cuenta las etapas por las cuales atraviesa la familia y trata los problemas de manera distinta en cada etapa.

## **Conflictos trigeneracionales**

Es la situación típica de la familia pobre donde falta uno de los progenitores y se incluye a un abuelo en el sistema, la secuencia se desarrolla así: 1) la abuela se hace cargo del nieto protestando porque la madre es una irresponsable y no atiende al niño como debiera. De este modo se forma una coalición contra la madre. 2) la madre se retira. 3) el niño se porta mal o manifiesta síntomas. 4) la abuela protesta. 5) la madre se hace cargo del hijo. 6) la abuela protesta, y trata de "salvar al niño". 7) la madre se retira. 8) el niño se porta mal, etc. (Haley, 1980).

## **Conflictos bigeneracionales**

Esta separación solo es por fines prácticos ya que en todas las situaciones hay varias generaciones involucradas.

*La madre agobiada.* Es una estructura típica en familias con muchos hijos y de madre se ocupa de todos y cada uno de ellos, sin que haya jerarquía entre los niños.

*Oposición entre los progenitores.* El conflicto bigeneracional clásico es cuando un progenitor se coaliga con un niño contra el otro progenitor. La secuencia típica: 1) Un progenitor mantiene una relación intensa con el hijo. Este progenitor intenta tratar al niño con una mezcla de afecto y exasperación. 2) se acentúa la conducta sintomática del niño. 3) la madre o el niño recurre al padre para que le ayude a resolver su dificultad. 4) el padre interviene para hacerse cargo del niño. 5) la madre reacciona contra el padre insistiendo en que no maneja adecuadamente la situación. 6) el padre se retira. 7) madre e hijo se tratan con mezcla de afecto y exasperación hasta llegar a un impase. Un niño con síntomas siempre está manteniendo la unión de un matrimonio problema.

**Concepto de familia.** Haley analiza a la familia como una organización social, que debe ser vista en términos jerárquicos; la familia es una organización en la que se establecen jerarquías y se elaboran reglas sobre quiénes tienen más poder y estatus, así como sobre quiénes juegan los niveles secundarios. Haley cuestionó la teoría de sistemas aplicada a la familia, en el sentido de que las familias funcionasen como sistemas autocorrectivos que promueven la homeostasis, pues para él esta concepción aplicada a la terapia promovía la estabilidad.

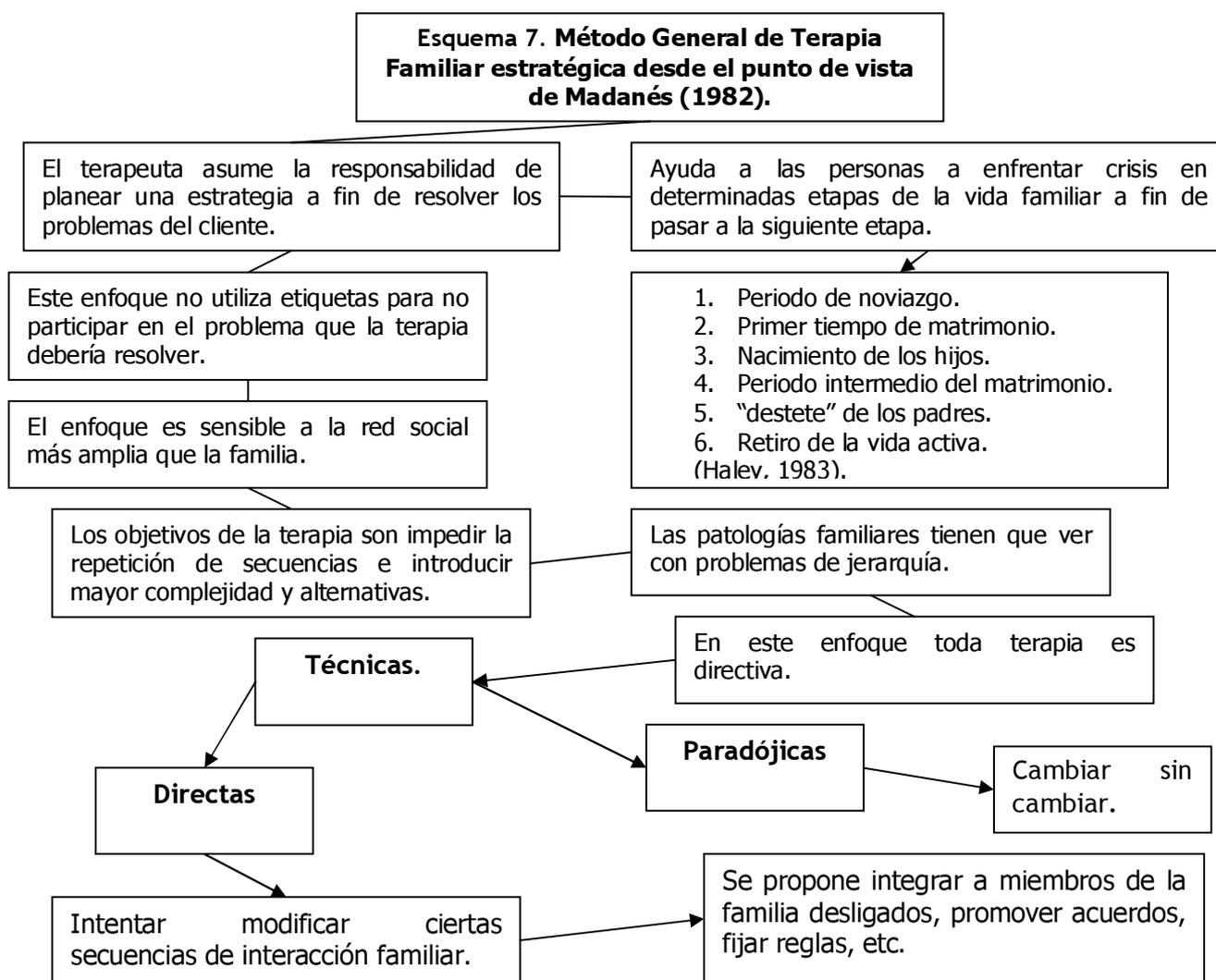
**Definición de problema.** Para Haley la expresión de síntomas, quejas, la conducta inadecuada o el problema pueden presentarse, la mayoría de las veces, por un ordenamiento jerárquico confuso (Haley, 1980). Esto da por resultado perturbaciones en la forma de adaptarse al ciclo de vida familiar por el cual atraviesa.

**Objetivos de la terapia.** El objetivo de una terapia estratégica es lograr un cambio en la organización jerárquica. Para él la unidad terapéutica a intervenir es la tríada: individuo-familia-contexto social. Por lo que concibe a los problemas en un contexto más amplio: la sociedad. Desde el momento en que el paciente acude al terapeuta, éste también forma parte de ese entramado social. Para Haley no es suficiente reconocer que en el problema del cliente no sólo se encuentra involucrado él, que él no es la unidad de intervención; ni tampoco la familia y el grupo de pares. La propuesta es incluir también a los profesionales que de una u otra forma están en contacto con el problema y/o el cliente, y considerar el contexto social en que ocurre.

**Cambio terapéutico.** El cambio se logra cuando el problema es resuelto propiciando que la relación de poder que se establece entre los involucrados en el problema sea la adecuada. El cambio ocurre por obra del terapeuta que se pliega al sistema vigente y lo modifica por medio de su participación interna.

### 3. Método general del proceso terapéutico

El método más típico es proceder en etapas; la primera consiste en determinar las secuencias; la segunda es fijar un objetivo específico, que es trazar un límite generacional e impedir la formación de coaliciones a través de él. La tercera etapa es crear una forma de anormalidad diferente. Conviene transformar un sistema defectuoso en otro defectuoso que a su vez pueda dar paso a uno normal.



En el esquema anterior se muestra un resumen de la terapia estratégica, desde la perspectiva de Madanés, en donde se hace énfasis en la postura directiva del terapeuta.

## 4. Técnicas de Intervención

### Esquema 8. La primera entrevista (Haley, 1980)

El acto terapéutico empieza por la manera de examinar el problema. El acto de intervención saca a luz los problemas y las pautas de relación a modificar.

En la primera entrevista se trabajará con el grupo natural en cuyo seno se manifiesta el problema, iniciando así de inmediato la búsqueda de una solución. El terapeuta debe solicitar la asistencia de todos los involucrados en el problema. Desde este enfoque se trabajara no con el individuo sino con la unidad social involucrada en el problema.

#### Etapas de una primera entrevista.

##### Etapa social.

Se saluda a la familia y se procura que se ponga cómoda. El terapeuta debe observar el estado de ánimo de la familia, dato necesario para conseguir que cooperen en el cambio. Generalmente la conducta de los niños dará ciertos indicios sobre lo que les han dicho sus padres acerca de la terapia. Muchas veces la forma en cómo se sientan puede indicar como se organizan. El terapeuta debe considerar sus conclusiones como provisionales, y no debe comunicárselas a la familia.

##### Etapa de planteo del problema.

Lo habitual es que el terapeuta les pregunte por qué han venido o qué problema los aqueja, pasando así de una situación social a una situación de terapia.

**Modo de formular la pregunta.** Generalmente la familia llega a la consulta sin saber por qué se convoco a todos. Es importante es tener en cuenta que entre más específico se muestre el terapeuta, tanto más se centrará a la familia en un aspecto determinado de la cuestión.

**A qué miembro de la familia debe dirigirse la pregunta.** Hay que tomar en cuenta a aquella persona que se preocupa más por el problema; otro aspecto a tomar en cuenta la jerarquía dentro del sistema, para decidir a quien dirigirse, el terapeuta debe tomar en cuenta el problema presentado.

**Cómo escuchar la exposición del problema.** El terapeuta no hará ninguna interpretación o comentario para ayudar al individuo a ver el problema bajo una perspectiva diferente, se limitará a recoger hechos y opiniones.

**La observación del terapeuta.** Al mismo tiempo que el terapeuta lleva la entrevista, debe observar cómo actúa y qué dice cada uno de los entrevistados, sin comunicar jamás a estos sus observaciones.

**Contenido del problema presentado.** Al conversar sobre un problema una familia describirá a un individuo, indicando qué anda mal en él. Cualquier formulación sobre el problema puede emitirse en función de una, dos, tres o más personas.

##### La etapa de interacción.

Para averiguar cuál es el problema se procede en dos etapas, la primera consiste en recabar la opinión de todos los presente, lo que obliga al terapeuta a manejar directamente la conversación; la segunda es hacer que todos los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema. El terapeuta estará siempre atento a las conversaciones entre dos personas, para introducir un tercer interlocutor.

**Organización de la familia.** La información sobre límites, alianzas y coaliciones, la podrá obtener el terapeuta a través de la observación de cómo se conducen.

##### Definición de los cambios deseados.

A esta altura de la entrevista es importante obtener del grupo una formulación suficientemente clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia. Nunca se insistirá bastante en que el problema a ser resuelto por el terapeuta debe ser uno que la familia desee solucionar, pero planteado en forma tal que lo haga resoluble. Se llamaran síntomas o quejas a problemas observables, medibles para que se detecte si el terapeuta puede influir en ellos.

##### Conclusión de la entrevista.

La primera entrevista debe concluir con la concertación de una nueva cita, que puede plantear la presencia de otro miembro de la familia, e incluso dejar una "tarea" para que la familia la realice en casa.

La **primera entrevista**, es sumamente importante en este modelo ya que se considera que terapia es exitosa cuando resuelve los problemas de un cliente, por lo tanto el terapeuta debe saber cómo formular un problema y cómo resolverlo.

## Esquema 9. Como impartir directivas.

**Finalidad de las directivas:** 1. Hacer que la gente se comporte de manera diferente. 2. Intensificar la relación Terapeuta-Paciente. 3. Para obtener información de las pautas de los pacientes.

### Tipos de directivas:

1. **Directas.** las personas reciben una directiva para cumplirla.

2. **Paradójicas.** directivas que tienen el propósito de que no se cumplan.

a) Ordenar a la gente que haga algo. El terapeuta tiene que acompañar la directiva con otro mensaje, que pueden ser señales no verbales para magnificarla, o pedir la colaboración de otros miembros de la familia.

b) Ordenar a la gente que haga algo diferente.

1. mediante buenos consejos

2. directivas que cambien la secuencia.

**MOTIVAR A UNA FAMILIA PARA QUE CUMPLA LAS DIRECTIVAS.** En el enfoque directo, el terapeuta les dice a los integrantes de la familia que conoce y comparte su deseo de resolver el problema que les aqueja, se ofrece la tarea como medio para resolverlo. De manera indirecta, se puede hacer cuando la familia no esta dispuesta a cooperar, el terapeuta debe escuchar los intentos de solución empleados y hace hincapié en los fracasos, de modo que adviertan que lo que ellos han intentado fracaso, y esto da la posibilidad de que el ofrecimiento del terapeuta sea recibido.

### Características de la tarea:

**Precisión.** Las instrucciones deben ser claras y directas.

**Participación total.** Una buena tarea incluye a todos los integrantes de la familia, a menos que sea el propósito excluir a uno. Es necesario que alguien ejecute la tarea, otro ayuda, alguno más supervisa, etc.

#### Informe sobre la tarea.

- Si la tarea se cumplió. Debe felicitarse a la familia.
- No se cumplió. No debe pasarse por alto, el terapeuta debe ser firma con la familia, y hacerles ver que los que fracasaron son ellos.
- Se cumplió parcialmente.

**Tareas paradójicas.** Son técnicas en las que el terapeuta espera que los pacientes se resistan a hacerla, y de ese modo cambien.

**Tareas metafóricas.** El terapeuta puede utilizar tareas metafóricas que son formulaciones acerca de una cosa que se parece a otra, es la relación de analogía entre una cosa y otra.

**Enfoque global de la familia.** Se transiten dos mensajes en dos niveles distintos. "cambie, sin cambiar". Los peligros de este enfoque es que los dos mensajes no lleguen simultáneamente, las personas pueden sentirse desesperanzadas.

**Directivas que implican a una parte de la familia.** Ocurre con frecuencia que el terapeuta aplique el enfoque paradójico a una o dos personas en particular. El procedimiento es el mismo.

#### Etapas de la paradoja.

1. Establecer la relación.
2. Definir el problema.
3. Fijar objetivos.
4. Ofrecer un plan.
5. Descalificar al miembro de la familia que trata de ayudar en el problema.
6. Impartir la directiva paradójica.
7. Observar la reacción y alentar la conducta usual.
8. El terapeuta debe evitar que la familia perciba que el éxito es del terapeuta.

Toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que otra persona haga algo es una directiva, los terapeutas estratégicos se preocupan del como se dan las directivas a parte de la técnica en sí.

## **Las paradojas terapéuticas**

Los cambios que experimenta una persona en el curso de la psicoterapia consisten, según sea el problema, en modificaciones de la intensidad emocional, cambios de la ideología o sistema de creencias y cambios en la conducta. Desde este enfoque la psicopatología es posible porque el hombre es un animal clasificador y el cambio ocurre cuando una persona ha de resolver paradojas planteadas en los términos de su sistema de clasificación. La creación de una clase plantea problemas sobre la relación de la clase con sus elementos y la clase no puede ser elemento.

En el contexto de la psicoterapia el paciente se halla ante una definición paradójica de la relación, que es obligada en un contexto de voluntariedad. Se encuentra con una relación en la que no se le culpa ni se le disculpa, pero que contiene ambos mensajes a la vez. Por ejemplo, a los padres de un niño con problemas no se les culpa del conflicto, pero si cambian, el conflicto desaparecerá.

El cambio que ocurre en el curso de la psicoterapia parece ser discontinuo; aunque la mejoría del paciente puede ser en conjunto gradual, se efectúa por fases. En un momento dado sufre angustia y al cabo de un momento siente alivio. Con frecuencia su relación con el terapeuta cambia de una lucha tenaz a un contacto indiferente. La psicoterapia es una profesión única, el terapeuta solo dispone de sí mismo para trabajar. Por tanto la psicoterapia es un arte.

## **Metáforas**

En el modelo estratégico se considera al síntoma como una metáfora sobre la situación en que se encuentra una persona, y la manera en que la familia interactúa en torno del síntoma es una analogía sistémica de otros sistemas de interacción. La conducta sintomática es una solución, aunque desafortunada, para las dificultades de la pareja, por cuanto equilibra el poder de ambos y proporciona un foco de interacción que estabiliza la vida matrimonial. Los síntomas son actos comunicativos que ejercen una función dentro de una red de relaciones interpersonales; no son "bits" de información sino analogías referentes a múltiples aspectos de la vida del individuo.

## **Intervenciones con problemas de interacción entre padres e hijos**

Desde este enfoque la conducta perturbada de los niños es vista como una analogía de las dificultades de alguno de sus padres, que funciona como una tentativa de resolver esas dificultades. La interacción familiar en torno de los síntomas del niño se convierte en una metáfora de la interacción en torno de los problemas de los padres, y sustituye a esta interacción. Cuando el niño se conduce en forma perturbada, el sistema de interacción en torno de las dificultades de los padres es remplazado por el sistema de interacción en torno del problema de los padres.

Pasos para realizar la terapia en estos casos:

1. el terapeuta parte de la base de que un síntoma expresa analógica o metafóricamente un problema de los padres y es también una solución.
2. determina qué metáfora expresa la conducta perturbada del niño, y a quien esta ayudando.
3. el terapeuta determina cuál es el sistema de interacción que gira en torno de los síntomas del niño, y de qué otro sistema de interacción es aquel una metáfora.
4. el terapeuta planea una intervención que modificará la acción metafórica, o suministrará una metáfora alternativa, o cambiará las consecuencias que tiene la metáfora para los padres.

Tres tipos de estrategias:

**1. El cambio de la acción metafórica.**

El terapeuta puede modificar la conducta perturbada de un hijo reemplazando su síntoma por otra acción, de modo tal que la nueva acción metafórica cumpla una acción positiva en la familia sin las consecuencias infortunadas del comportamiento sintomático.

**2. El suministro de una metafórica para el éxito en lugar del fracaso.**

Si un hijo ayuda a los padres en formas desafortunadas, el terapeuta puede procurar otras formas, más positivas, en que brinde esa ayuda. Las nuevas conductas apropiadas del hijo pueden entonces convertirse en metáforas de los éxitos, y no de los fracasos, del padre o de la madre. Si el progenitor triunfa, la conducta problemática del niño pierde su función, ya que deja de ser una analogía de los fracasos del progenitor.

**3. El cambio de la solución metafórica.**

La conducta perturbada de un niño es a la vez una metáfora y una solución del problema de un progenitor. Si el terapeuta puede cambiar estas consecuencias, de modo que se conviertan en un sacrificio para el progenitor o en una solución desagradable para el hijo, su conducta perturbada ya no cumplirá su función y será desechada.

*Preguntas que el terapeuta debe hacer a la familia.*

¿Cuándo se produce el síntoma, de qué manera, dónde y con quién?, ¿qué hace cada integrante de la familia cuando se produce el síntoma? ¿La persona que presenta el síntoma se asemeja a alguien más? ¿Qué cosas cambiarían si el problema desaparece? ¿Se ha presentado anteriormente el síntoma? Al responder estas preguntas, la familia responde quién es protegido por la persona sintomática, quién tiene ganancias secundarias, etc.

*Preguntas que el terapeuta debe hacerse a sí mismo.*

1. ¿cuál es la metáfora expresada por el síntoma? 2. ¿cuál es el pedido de la conducta sintomática? 3. ¿quién es el foco de preocupación de la persona sintomática? 4. ¿cuál es la ganancia interpersonal que la conducta brinda? 5. ¿Cómo puede mantenerse la conducta de ayuda benevolente o la ganancia prescindiendo de la conducta?, etc.

El terapeuta se formula el problema, pero no necesariamente le enuncia a la familia como redefinir el problema, solo les comunica lo que deben hacer. El terapeuta cuando traza una estrategia debe traducirla en acciones concretas que le permitan ponerla en práctica. Deben anticiparse y responderse las objeciones de los miembros de la familia, redefiniendo y reformulando la situación e impartiendo nuevas directivas. Una vez resuelto el problema el terapeuta debe desengancharse lo más rápido posible de la familia.

## Esquema 10. Intervenciones en la terapia del matrimonio vista como un triángulo.

Si pensamos en unidades de tres personas, un matrimonio no existe como entidad independiente, la descripción debe incluir un amigo, un terapeuta, uno de los padres, un hijo, un síntoma u otra tercera persona o entidad.  
El trabajo con parejas ha evolucionado, de pensarse en díada comportamiento individual, hacia un pensamiento en tríada, en donde la interacción entre ambos es lo importante.  
El problema marital no sólo es exclusivo de cada pareja sino que varía de acuerdo con el modo en que esa pareja ha acudido al terapeuta.

### Los síntomas como problemas presentados.

Siempre que un individuo casado presenta un síntoma grave, este desempeña una función en su matrimonio y su solución traerá consecuencias en él. Tratar a un solo individuo por sus síntomas es como suponer que un palo tiene un solo extremo. Ejemplo: Una esposa deprimida puede tener un esposo que se beneficia con este problema pero al mismo tiempo se exaspera por él.

### La crisis familiar como problema presentado.

Cuando hay amenazas de violencia o de suicidio, o comportamiento antisocial, suele recurrirse al terapeuta. El terapeuta marital necesita reunir a los cónyuges y cambiar ese ciclo de erupción o ayudarles a separarse. Crisis significa inestabilidad. Requiere de más acción del terapeuta.

### El niño como problema presentado.

En la mayoría de las terapias con niños perturbados cabe suponer que si los padres pudieran admitir fácilmente sus dificultades maritales, el niño no será la forma de hacer evidentes los problemas. Cuando un hijo adolescente se desprende el hogar, sus padres celebran un nuevo contrato matrimonial, el terapeuta enfrentado con esa clase de problema debe ayudarlos a elaborar un nuevo conjunto de temas de que ocuparse.

### El matrimonio como problema presentado.

Una pareja presenta un problema marital en un intento de permanecer unida, de otro modo no acudiría a formularlo. A veces uno de los esposos está resulto a separarse pero no le ha revelado al otro su decisión. En la mayoría de los problemas subyace una actitud protectora que hace que el problema continúe. El examen de un problema marital presentado pone en evidencia que la pareja sigue reglas habituales de conducta y el problema radica en ellas. La influencia terapéutica se hace sentir en la forma en que el terapeuta cambia esa regla. El terapeuta debe pensar en términos de tríada, el conjunto de coaliciones en que se mueve varía de acuerdo con su sexo, y su edad. Si la pareja se separa durante la terapia no habiendo acudido a esta para plantear el problema de la separación, el terapeuta es parte de la misma y ha contribuido a que se produzca estableciendo coaliciones.

Para algunos terapeutas la pareja matrimonial en realidad es una tríada, porque está definida en función de la inclusión o exclusión de un tercero, por lo tanto los terapeutas estratégicos ofrecen alternativas de intervención como las mostradas.

## **1.2. 3. Modelo de Terapia Breve**

### **1. Introducción**

A lo largo de la década del 40 se realizaron en New York una serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Macy, en las que un grupo selecto de científicos provenientes de las más diversas disciplinas (antropología, matemática, filosofía, fisiología, neurología, psiquiatría, etc.) se reunían a investigar sobre la posibilidad de alcanzar una "ciencia del control" (Lipset, 1991). Entre los participantes estaban Gregory Bateson, Margared Mead, Milton H. Erickson, Norbert Wiener, Kurt Lewin, Heinz Von Foerster, entre otros, y los tópicos tratados en las diferentes oportunidades fueron la Hipnosis, los Mecanismos Teleológicos y la Cibernética. Estas conferencias fueron algo así como el caldo de cultivo de nuevas ideas que con el correr de los años influyeron fuertemente en el desarrollo de muchas disciplinas científicas, especialmente la psicoterapia (Vargas, 2004).

En 1948 G. Bateson decidió mudarse a San Francisco, y allí inició su primer contacto formal con la psiquiatría al asociarse a Jurgen Ruesch, con quien publicó el libro "Comunicación: la matriz social de la psiquiatría". La preocupación de Bateson se centraba en encontrar los fundamentos teóricos para una teoría sistémica de la comunicación (Ruesch y Bateson, 1951).

### **El Grupo de Palo Alto**

Gregory Bateson encabezó una serie de trabajos sobre la Cibernética, la Teoría General de Sistemas y la Teoría de la Comunicación, lo que más tarde conformarían los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica. Esta inquietud lo llevó a fundar, en 1952 el "Proyecto Bateson" (gracias a una beca de la Fundación Rockefeller), el llamado "Proyecto de Bateson" se desarrolló en el Hospital de la Administración de Veteranos en Menlo Park, California, entre 1953 y 1962, el grupo estuvo conformado por John Weakland, Jay Haley, William Fry y Don Jackson. En el contexto de las conferencias Macy, Bateson mantiene contacto con Wiener y adopta una gran cantidad de conceptos de la Cibernética para aplicarlos al estudio de la comunicación, las interacciones y las paradojas; también retoma las aportaciones teóricas de Whitehead y Russell respecto a la Teoría de los Tipos Lógicos (Wittezaele y García, 1994).

Como parte de las actividades del grupo, Weakland y Haley comenzaron en 1953 a viajar periódicamente a Phoenix, Arizona, para entrevistar a Milton H. Erickson. Erickson era un psiquiatra especializado en hipnosis, que en aquellos tiempos era uno de los pocos, si no el único, en realizar una forma de psicoterapia breve muy personal y heterodoxa. Este contacto fluido entre Erickson, Haley y Weakland influyó notablemente en la conformación de la mirada clínica en el grupo (Haley, 1980).

En 1956 el grupo (al que ya se había sumado Don D. Jackson, psiquiatra de gran experiencia, formado con las ideas de Harry S. Sullivan) publicó su artículo más importante y difundido: "Hacia una teoría de la esquizofrenia" en la que se formula el concepto de doble vínculo como pauta de comunicación que se encuentra en la génesis de la esquizofrenia (Bateson, Jackson, Haley, y Weakland, 1956). En este artículo se manejaron dos principios fundamentales para la Terapia Familiar Sistémica, dichos principios se basaron en lo siguiente:

- La familia como un sistema cibernético gobernado por reglas, que busca la estabilidad a través de circuitos de retroalimentación reactivados por errores, considerando al síntoma en función de la homeostasis para conservar el equilibrio del sistema familiar.
- La hipótesis del Doble Vínculo fue planteada como un patrón de comunicación que se establece entre personas atrapadas en un sistema permanente que produce definiciones conflictivas de la relación. Esta expresión alude a mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico.

El Grupo siguió trabajando hasta 1962, año en que se disolvió, pero durante todo ese tiempo produjo una enorme cantidad de publicaciones que han tenido una importancia decisiva en la evolución de la terapia sistémica (Haley, 1980).

De 1953 a 1962 los diferentes miembros del Grupo de Palo Alto publicaron más de sesenta artículos, en común solo publicaron dos: *Hacia una teoría de la esquizofrenia* (1956) y *Una nota sobre el doble vínculo* (1962).

En este último artículo el Grupo de Palo Alto define una posición común sobre el doble vínculo, consideran que es una clase de secuencias cuando los fenómenos son estudiados bajo el concepto de niveles de comunicación; que es una condición necesaria, pero no suficiente para explicar la etiología de la esquizofrenia, y a su vez, es un derivado de la comunicación esquizofrénica; y por último, que es una situación de "personas cogidas" en un sistema continuo que engendra definiciones conflictivas de la relación y, por consiguiente, un sufrimiento subjetivo (Wittezaele y García, 1994).

Don Jackson se interesa por desarrollar los aspectos terapéuticos del Doble Vínculo y funda en 1959 el *Mental Research Institute (MRI)* en Palo Alto. Gregory Bateson no se integra a este proyecto, pero continúan las investigaciones precedentes hasta su partida en 1963.

## **El Mental Research Institute (MRI)**

En marzo de 1959 Don Jackson contrató a Jules Riskin y Virginia Satir y fundó el Mental Research Institute, que, aunque no tiene una continuidad institucional con el Grupo Bateson, sí representa una continuación en las ideas así como en la presencia de varios de los integrantes, como Haley y Weakland. Bateson nunca formó parte del MRI, salvo como consultor (Haley, 1980).

De 1958 a 1962 coexisten el Grupo de Palo Alto y el Mental Research Institute (MRI), periodo que inicia a partir de la creación del MRI y la desintegración del Grupo de Palo Alto con la partida de Bateson (Wittezaele y García, 1994).

El equipo del MRI inicialmente estuvo conformado por Don Jackson, director y fundador del instituto, Jules Riskin, director asociado y Virginia Satir. Se sumaron diversos colaboradores, entre ellos se encontraron: Paul Watzlawick; John Weakland, quien después de ausentarse del Grupo de Palo Alto retoma sus investigaciones en el MRI; Jay Haley, que continúa sus investigaciones con familias bajo el financiamiento del MRI; Janet Beavin, quien investiga sobre las relaciones simétricas y complementarias; y William Fry con sus trabajos sobre paradojas.

En 1967 se publicó "*Pragmática de la Comunicación Humana. Un Estudio de Patrones Interaccionales, Patologías y Paradojas*" (traducido como **Teoría de la Comunicación Humana**). Sus autores son Paul Watzlawick, Don Jackson y Janet Beavin. Esta obra, que presenta las nuevas ideas sobre comunicación fundadas en la cibernética y la teoría general de los sistemas es considerada hasta hoy un clásico en el campo de la terapia sistémica.

En ella, los autores se referían fundamentalmente a la comunicación como comportamientos o conductas que afectan a las personas en su interacción, y plantean en forma de axiomas de la Comunicación Humana (Watzlawick y cols., 1967) algunas de las ideas surgidas de su trabajo con Bateson.

A partir de estos axiomas los autores desarrollaron conceptos respecto a la comunicación patológica y el Modelo del Centro de Terapias Breves del Instituto de Investigación Mental de Palo Alto.

La aportación principal de estas investigaciones a la Terapia Familiar Sistémica consistió en abandonar el esquema tradicional de análisis de procesos psíquicos intra-individuales sustituyéndolo (y/o complementándolo) con el análisis de los procesos de interacción-relación comunicacional –que ellos inicialmente contemplaban como análisis de relaciones interpersonales (entre madre e hijo etc.), esto es, pasaron del foco centrado en la psique individual a foco centrado en el "sistema social".

El proceso psíquico (objeto de la terapia) fue así observado como elemento de una **comunicación** que en los casos a tratar terapéuticamente era visto como comunicación distorsionada dentro de un "campo social" (campo de fuerzas, según la idea de Kurt Lewin).

El equipo del MRI se dedicó entonces a fundamentar una nueva visión de la psicoterapia, desde la perspectiva interaccional, que se desarrollará más adelante. En este marco Jay Haley desarrolló su modelo Estratégico de resolución de problemas, y en 1967 abandonó el MRI para unirse a Salvador Minuchin y Braulio Montalvo en la Philadelphia Child Guidance Clinic.

### **El Brief Therapy Center (Centro de Terapias Breves)**

En enero de 1967 Richard Fisch propuso a Jackson la creación de un proyecto para desarrollar un modelo de terapia breve. Ese proyecto dio origen al Brief Therapy Center, al que como se ha mencionado se sumaron Watzlawick, Weakland y Art Bodin. Este grupo desarrolló lo que hoy se conoce en el mundo entero como el Modelo de Palo Alto, generando un cambio radical en la psicoterapia, al desarrollar un modelo breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio (Watzlawick y cols., 1986).

Fue así que los integrantes del grupo, se propusieron promover activamente un cambio en los consultantes, fijando arbitrariamente un límite al número de sesiones (fijadas en 10 porque tenían que entregar sus reportes, no porque 10 sesiones fuera una cuestión metodológica). Al mismo tiempo, decidieron atender a todos los consultantes en la Cámara Gessell (hecho que hoy puede parecer bastante natural, pero que para aquellos días era bastante osado). A partir de la discusión de estos casos clínicos surgieron los trabajos más importantes del grupo.

De esta manera, el proyecto del CTB comenzó como una investigación y poco a poco se fue convirtiendo en un modelo de tratamiento que emplea técnicas innovadoras para el cambio y que contempla de manera interaccional los problemas humanos. En términos generales los principales ejes que fundamentan teóricamente el modelo de Terapia Breve son: la Teoría de la Comunicación Humana, la Teoría de Grupos, la Cibernética de Primer y Segundo Orden, la Teoría del Cambio y la influencia de Milton Erickson, respecto a los trabajos de Hipnosis.

## 2. Conceptos del Modelo

El modelo de terapia breve no pretende presentar “la realidad” o “la verdad”, sino una idea de eficacia, es decir su importancia se mide pragmáticamente por sus consecuencias (Espinosa, 2005). No busca causas históricas, considera que la conducta está configurada y conservada por los esfuerzos que tienen lugar en el sistema de interacción. Por lo que el mantenimiento de un problema se debe a conductas actuales y para eliminarlo se deben alteara los patrones de interacción familiar (Fisch, Weakland y Segal, 1984). El modelo se interesa por hacer intervenciones que bloqueen o interrumpan dichos circuitos de interacción. No busca patología. No es normativa, no utiliza estándares o conceptos de salud-enfermedad. No es una terapia de crecimiento. No busca que el paciente conozca o clarifique la verdad, lo que hace es redefinir la realidad actual para dar opciones (Fisch y cols., 1984).

**Concepto de familia.** La familia es concebida como un sistema evolutivo que pasa por crisis o dificultades cuyo mal manejo dará origen a problemas. La persistencia en una actitud inadecuada frente a las dificultades no implica necesariamente la existencia de defectos fundamentales en la organización familiar.

**Definición de problema.** Para los creadores de este modelo hay una distinción muy clara entre dificultades y problemas. Las dificultades son un estado de cosas indeseable que pueden resolverse mediante un acto de sentido común. Los problemas son el resultado de enfocar mal una dificultad. Y se emprenden acciones y estas se convierten en el problema, p.e. cuando una persona tiene insomnio, el sentido común le indica que tiene que esforzarse para dormir, desde luego la solución se convierte en el problema cuando se hace *Más de lo mismo*. Mencionan tres maneras de enfocar mal las dificultades y por lo tanto se vuelven problemas (Watzlawick y cols., 1986):

- A. **Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad, es preciso actuar, pero no se emprende la acción.** A este tipo de soluciones los autores las denominan “las terribles simplificaciones”. En este tipo de enfoque de problema o la persona niega que exista, o lo define como un problema sin importancia. Y aunado a la negación la persona ataca a aquellos que los señalan o tratan de enfrentarlos.
- B. **Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente, se emprende una acción cuando no se debería emprender.** A este rubro lo denominan “síndrome de utopía”. O bien la persona ve soluciones donde no hay ninguna o el extremo de que existe la solución única o absoluta y que la persona la ha encontrado.
- C. **Se comete un error de tipificación lógica** y se establece un “juego sin fin” cuando se intenta un cambio 1 en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediato superior, *la acción es emprendida a un nivel equivocado*. Desde luego estamos hablando de las paradojas, se mandan mensajes a niveles lógicos distintos, y es imposible salir de la situación de manera lógica. El ejemplo clásico de paradoja es “se espontáneo”.

**Objetivo de la terapia.** En terapia breve se trata de influir de modo que el problema o dificultad originaria se solucione. El objetivo del terapeuta breve es hacer intervenciones que bloqueen o interrumpan dichos circuitos de interacción que mantienen el problema (los intentos de solución). El objetivo puede conseguirse por dos vías: 1) Impidiendo que la conducta que mantiene el problema se lleve a cabo. 2) Rectificar la opinión del cliente acerca del problema para que no se sienta perturbado. Es una terapia enfocada en el cambio.

**Cambio terapéutico.** Watzlawick, Weakland y Fisch, para explicar de manera teórica el concepto de **Cambio**, recurren a hacer una analogía con la Teoría de los Grupos (Galois, 1832; en Watzlawick, y cols., 1986) y la Teoría de los Tipos Lógicos (Whitehead y Russell, 1912; en Watzlawick y cols., 1986). Los autores hacen énfasis, en que no se cubre el rigor Lógico al utilizar estas teorías, sino que se trata de una analogía simplemente.

La Teoría de los Grupos tiene algunos principios: 1) los grupos tienen miembros que comparten por lo menos una característica en común; 2) los miembros pueden cambiarse de posición pero el grupo sigue intacto; 3) un grupo tiene un miembro de identidad, que en combinación con un miembro da como resultado el mismo miembro, por ejemplo,  $5 \times 1 = 5$ , siempre y cuando la regla de combinación sea la multiplicación; 4) cada miembro tiene su opuesto, y el resultado nos da el miembro de identidad, por ejemplo  $5/5 = 1$ , donde la regla es la multiplicación, el opuesto es la división, por eso el miembro de identidad es 1.

Con la teoría de los Grupos los autores del libro Cambio (Watzlawick y cols., 1986) explican los cambios tipo 1, que también pueden entenderse como cambios mediante retroalimentación negativa que conservan al sistema en homeostasis.

Para explicar cambios que trascienden a un sistema o cambios tipo 2, los creadores del modelo, recurren a la Teoría de los Tipos Lógicos, en donde uno de los axiomas, dice que los miembros del grupo forman una clase pero la clase no puede ser miembro de sí misma. Es decir los cambios tipo 2 ocurren, cuando se pasa de un tipo lógico al tipo lógico inmediato superior, supone un salto, una variación, discontinuidad que modifica al sistema. De esta manera se evitan las confusiones y paradojas. Por ejemplo, en comunicación es imposible solucionar problemas de relación si trato de resolverlos a nivel de contenido; el cambio tipo 2 surge cuando existe Metacomunicación, es decir se cambia a un tipo lógico superior.

### 3. Método General del Proceso Terapéutico

En terapia breve el paciente es quien reporta el problema, se analiza quién está motivado para cambiar, ya que conocer esta información se relaciona con la posibilidad de éxito. Por lo tanto, en este modelo es importante, utilizar la postura del paciente, para no ir en contra de ella sino usarla a favor de la solución. El modelo distingue entre "paciente" que es quien presenta algún síntoma, y "cliente", que se refiere al miembro o miembros del sistema familiar que están afectados por el problema y dispuestos a hacer algo (Fisch y cols., 1984).

Los autores del libro *la táctica del cambio* (Fisch y cols., 1984) recomiendan estar alerta con los llamados "compradores fingidos", que son pacientes que quieren hacer citas para terceros, o quieren terapia por teléfono, o quieren continuar de la misma manera que con su terapeuta anterior, o piden citas en lugares externos al consultorio, etc. Estas personas pueden convertirse en clientes si se logra establecer un contrato terapéutico.

#### 4. Técnicas de intervención

Las intervenciones constituyen un medio para interrumpir la solución intentada. Entre más sencilla y directa sea la intervención es mejor. Existen dos tipos de intervenciones en este modelo:

##### *a) Intervenciones principales*

1. ***Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.*** A este grupo pertenecen la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico y sexual, funcionamiento intestinal, problemas de carácter, bloqueos creativos y de memoria. El rendimiento en estas áreas es fluctuante, sin embargo los pacientes potenciales definen las fluctuaciones como problema.

Es probable conseguir la solución cuando el cliente renuncia a sus intentos de coacción y deja de esforzarse demasiado. Se le pide al paciente que renuncie a una conducta concreta cuando le enseñamos a llevar a cabo otra que la excluya. La estrategia global para solucionar el problema de rendimiento se centra en invertir el intento del paciente por superar el problema suministrando razones y directrices que llevan al cliente a fracasar en su rendimiento.

2. ***Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.*** Los clientes suelen quejarse de estados de terror o ansiedad como en el caso de fobias, timidez, bloqueos en el rendimiento. Estas problemáticas son autorreferenciales. El terror y la ansiedad están dentro del sistema cognoscitivo del paciente y se mantienen sin que intervenga nadie más. Las intervenciones que se requieren son directrices y explicaciones que expongan al cliente a la situación al mismo tiempo que se exige una ausencia de dominio de ella.
3. ***Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.*** Los problemas vinculados con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren mutua colaboración, entre estas situaciones están las peleas conyugales, problemas entre padres e hijos. La solución intentada asume la forma de exigir a la otra parte que los trate como si fuesen superiores. Un modo de intervenir es hacer que el solicitante se coloque en una actitud de inferioridad. Pero hay que prestar atención en la forma en que el terapeuta convence al cliente de intentar la solución. En este tipo de soluciones intentadas se encuentran las amenazas incumplidas. En ocasiones los padres no utilizan su postura de superioridad porque temen perder todo control sobre el hijo.
4. ***Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.*** Esta solución puede resumirse en la siguiente afirmación: "Me gustaría que lo hiciera, pero todavía me gustaría más que quisiera hacerlo". Esta paradoja se manifiesta a través de numerosas formas clínicas – problemas conyugales, problemas de crianza y esquizofrenia. En estas situaciones lo que puede constituir una sencilla petición de sumisión, que puede aceptarse o rechazarse, se transforma en un intercambio que genera problemas. El hilo conductor es: una persona intenta obtener la sumisión de otra, al mismo tiempo que niega que esté pidiendo tal sumisión. La estrategia global para afrontar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario. Este tipo de pacientes a menudo están motivados por el deseo de mostrarse benévolos: "no quiero que lo haga, si es que él no se siente feliz haciéndolo". El terapeuta puede utilizar esta postura para redefinir la benevolencia como algo destructivo y viceversa.

5. **Confirmar las sospechas de acusador a través de un intento de defensa propia.** En esta clase de problemas, hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado: infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia. El sujeto **A** formula acusaciones acerca del sujeto **B**, y éste responde negando las acusaciones y la autodefensa. Esta pauta de interacción se conoce como "juego del acusador y del defensor". Este "juego se acabaría si una de las partes abandonara su papel repetitivo. Otra intervención es la "interferencia", se trata de reducir el valor informativo de la comunicación, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre dos pares, al no haber modo de saber se realmente se refieren a los hechos.

### ***b) Intervenciones generales***

Existen momentos en los que el terapeuta quiere comunicar alguna postura de tipo general o quiere preparar el terreno para una intervención mas específica. Para esto se utilizan las intervenciones generales.

1. **No apresurarse.** Se indica a un paciente que no se apresure en la solución del problema. La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos que justifiquen el no ir deprisa. Esta intervención se puede utilizar desde la primera sesión con pacientes que se esfuerzan mucho en la solución intentada. Esta táctica es de utilidad porque describe al terapeuta como alguien que no pretende obligar al paciente a que cambie, lo que puede provocar una necesidad de colaborar.
2. **Los peligros de una mejoría.** Esta técnica se aplica a ciertas clases de resistencia del paciente. En este caso se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes en la solución del problema (no se le pregunta si habrá peligros). El terapeuta debe legitimar esta postura sugiriendo peligros creíbles al paciente. Los objetivos de esta técnica son: 1) ampliar la postura de "no apresurarse". 2) aumentar la motivación. 3) presionar al paciente para que realice nuevas tareas. Si el paciente comprueba que la mejoría no es un lecho de rosas, se sentirá menos obligado a presionarse intentando la solución.
3. **Un cambio de dirección.** Se utiliza cuando el terapeuta varía de postura, directriz o estrategia y ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación. Suele necesitarse un cambio de dirección cuando el terapeuta, de modo no deliberado, comienza a discutir con el cliente y no se da cuenta de este fenómeno. El principio es el siguiente: aceptar lo que el cliente ofrezca y considerar cómo puede ser utilizado en lugar de discutir acerca de ello. Se puede utilizar la estrategia de tener a un experto.
4. **Cómo empeorar el problema.** Es posible causar mayor impacto, si se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren. Puede ser útil cuando el cliente ya se ha resistido a otras sugerencias o a probar algo nuevo. "si usted hace lo que le digo probablemente su problema empeorara", se hace una descripción de cómo se ha comportado el paciente y la forma en que la sugerencia podría empeorar el problema. Se espera que el paciente capte los elementos contrarios de manera más concreta. Ya no se dice al cliente lo que hay que hacer sino que ya se ha hecho implícitamente. Se puede hacer de manera interrogativa: ¿sabe cómo lograr que empeore?, puede ser útil al principio de la terapia con clientes ambiguos, y para reforzar los progresos obtenidos.

## 1. 2. 4. Modelo Centrado en Soluciones

### 1. Introducción

El espíritu sociológico que imperaba en los ambientes psicológicos y psiquiátricos de los años 50 contribuyó a que ciertas observaciones clínicas que anteriormente habían pasado desapercibidas empezaran a cobrar relevancia. El hecho de que algunos pacientes internados en instituciones psiquiátricas recayeran cuando volvían con sus familias después de ser dados de alta o que otro de los miembros de la familia el que mostrara algún síntoma, hizo que se empezaran a revisar algunas de las concepciones sobre el origen de la "patología" mental. En esta época Bateson postula su teoría comunicacional de la esquizofrenia (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956) y Don Jackson acuña el concepto de homeostasis familiar (Jackson, 1977). La aportación de estos autores supuso un giro fundamental en la forma de entender el origen de los problemas psicológicos: ya no se pone tanta atención en analizar las variables intrapersonales que explican la aparición de los trastornos, sino que se resalta el papel que juegan la familia y el contexto interpersonal más amplio en su aparición y mantenimiento.

El surgimiento de la terapia familiar fue un fenómeno múltiple. Por un lado está el grupo de Palo Alto al que en esa época pertenecían Bateson, Jackson y otros conocidos autores como Jay Haley, John Weakland o Virginia Satir; pero también en otras partes de Estados Unidos surgieron grupos que, con orientaciones diversas, defendían el postulado común de analizar los problemas psicológicos teniendo en cuenta el contexto interpersonal en que se producen. Así, destaca el grupo de Filadelfia de Ivan Boszormenyi-Nagy o las aportaciones de autores como Carl A. Whitaker, Nathan W. Ackerman o Lyman C. Wynne (Macías, 1988). Este surgimiento de la terapia familiar a partir de varios focos, poco conectados entre sí y sin un cuerpo teórico compartido, hizo que durante los primeros años de expansión de la disciplina surgieran un elevado número de escuelas, por lo tanto es importante conocer las raíces de donde parte el modelo de Terapia Centrada en Soluciones (TCS) para entender la posición de este modelo entre el resto de los enfoques familiares.

### 2. Conceptos del Modelo

El modelo que se presenta se enmarca dentro de las terapias familiares sistémicas y trabaja ampliando las soluciones eficaces que los clientes ponen en marcha por sí mismos para enfrentarse con sus problemas. Los mecanismos terapéuticos fundamentales son: la negociación de objetivos y el trabajo con las ocasiones en que las personas se han enfrentado exitosamente con sus problemas excepciones.

El punto de partida epistemológico más general que adopta la TCS y que, de alguna manera, va a marcar el resto de los supuestos es el constructivismo. Además, podemos diferenciar dos categorías entre los supuestos básicos de los que parte la TCS: aquellos que comparte con el resto de las terapias familiares sistémicas y los más idiosincrásicos del modelo.

La idea básica de esta nueva forma de entender el conocimiento en terapia es: ***la realidad no se descubre, se construye*** (Watzlawick, 1984). A este respecto es muy descriptiva la diferenciación que hace Watzlawick entre realidades de primer orden o realidades físicas (a una persona le sangra una rodilla) y realidades de segundo orden o los significados que atribuimos a las realidades físicas ("la herida de la rodilla es un estigma y yo soy un profeta"). El constructivismo interaccional propugna que ***la realidad surge a partir de procesos lingüísticos consensuados*** (De Shazer y Berg, 1991).

Se entiende que los significados que se atribuyen a los acontecimientos, a las conductas o incluso a las palabras no son estables, sino que son negociados por las personas que interactúan en determinados contextos. Las repercusiones para la terapia que se derivan de estos postulados son fundamentales para entender el proceso terapéutico de la TCS.

Tal vez la propiedad de los sistemas que mas repercusiones tiene para la terapia, es la de entender las relaciones entre las unidades que los constituyen desde la óptica de la **causalidad circular**. La idea es que cualquier variación de un elemento del sistema afecta necesariamente a los demás y, como consecuencia de un mecanismo de retroalimentación, la modificación que en ellos se produce termina por afectar nuevamente al primer subsistema. Si se piensa de esta manera el inicio y el fin de una secuencia de interacción es arbitrario.

Otra de las premisas sistémicas que se aplican en esta forma de analizar las interacciones humanas, es la diferencia que se establece entre **proceso y contenido**. Esta consiste en entender que la interacción que se produce entre personas (conductas y significados) responde a patrones o pautas (procesos) que se repiten en situaciones o temas diferentes (contenidos) (Watzlawick y cols., 1967). Por ejemplo, una madre solicita consulta para su hijo de doce años porque éste va mal en los estudios y además es muy rebelde en casa. El terapeuta analiza durante la entrevista que una posible hipótesis de este proceso es que la madre intenta enderezar la conducta de su hijo razonando con el y amenazándolo con castigos que nunca lleva a cabo. Esta pauta de interacción podría ser la misma para diferentes temas o contenidos: hacer o no los deberes, la hora de llegada a casa o mantener limpia su recámara.

**Concepto de familia.** La familia se concibe como un sistema en constante evolución, la TCS comparte con las terapias familiares sistémicas la característica de asumir que es útil analizar la realidad desde los postulados de la Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 1956). Por lo tanto, el contexto interaccional amplio que se ha que es el objeto de análisis del terapeuta familiar va a ser entendido como un **sistema**. La repercusión fundamental de este hecho es que, una vez establecidos los elementos del sistema, las relaciones entre estos serán entendidas desde las propiedades que cumplen los sistemas generales.

La TCS tiene como premisa más innovadora el partir de la **confianza en los recursos de los clientes**. Desde esta perspectiva se considera que las personas que acuden a tratamiento tienen la capacidad suficiente para enfrentarse exitosamente a sus problemas, por lo que seguramente ya lo están haciendo en algunas ocasiones.

**Definición del problema.** El problema tiene que ver con el significado que las personas han acordado en torno a las dificultades que enfrenta en la vida. Por ejemplo, imaginemos el caso de una pareja en que ella "esta deprimida" y el "es un alcohólico", y que la interpretación de los hechos con la que los dos están de acuerdo es que el es un alcohólico -igual que lo era su padre- y que todos los problemas que tienen ambos se deben a eso. Steve de Shazer (1991) diría que lo que le ocurre a esta pareja es que ambos están "atrapados por sus palabras" ya que estas hacen que construyan la realidad como algo inmutable ("soy un alcohólico" en lugar de "yo estoy bebiendo de mas").

Otro supuesto básico de las terapias sistémicas es que si el problema con el que acuden los clientes se da **en el presente**, se supone que el patrón que lo mantiene se sigue produciendo en la actualidad; por eso no hay necesidad de tener en cuenta acontecimientos del pasado, por muy relevantes que estos sean para los clientes. Puede ser que la esposa que se quejaba de que su marido era alcohólico, considere que un aspecto muy importante que tenemos que tener en cuenta a la hora de tratarlo es que el padre de este también bebía. Este tipo de informaciones puede ser importantes, porque los terapeutas si pretenden ser sistémicos, deben tener en cuenta las creencias que sobre el problema tienen las personas porque forman parte del contexto, y sobretodo cuando tratan de introducir informaciones nuevas en el sistema. Dado que el pasado es inmodificable, se trabaja en el presente con el patrón interaccional alcoholismo-depresión.

**Objetivos de la terapia.** El trabajo del terapeuta es localizar estas excepciones al problema y marcar la diferencia que suponen en la vida de sus clientes. Por otra parte, se dice que el terapeuta de esta orientación huye del **normativismo** porque no se sustenta en un modelo de persona o interacción sana, no evalúa a sus clientes comparándolos con una norma, no trata de modelar sus relaciones en la dirección que el considera mas adecuada, sino que los acepta tal y como son y se limita a producir los cambios imprescindibles para que los problemas se disuelvan.

El pensamiento sistémico ha evolucionado de pensar al individuo como unidad del sistema y a la familia como el sistema global, a entender que cliente y terapeuta conforman un sistema que se orienta hacia la solución de problemas, o que las conductas de una sola persona o incluso los significados que atribuye a un hecho concreto pueden considerarse sistemas en si mismos (De Shazer y Berg, 1991). Esta visión flexible de la teoría de los sistemas aumenta el número de opciones con que cuenta un terapeuta a la hora de conceptualizar realidades en psicoterapia.

**Cambio terapéutico.** El cambio se logra cuando se logra encontrar diferencias en la forma en que las personas perciben los problemas, se busca generar pequeños cambios. En este modelo se piensa en **sistemas evolutivos** en cambio constante, por lo tanto es inevitable cambiar, por lo que es invariable que todo cambio llegue como una excepción. Para esto solo se necesita un cambio mínimo. Si se piensa en sistemas, un pequeño cambio por poco que sea se interconectará con otras partes del sistema haciendo cambiar a la totalidad. Además los cambios pueden ser rápidos, este tipo de modelos conduce a que las personas obtengan una visión más optimista y esperanzadora de su situación, generalmente desde la primera sesión, lo que acelera la presentación de cambios significativos y hace que éstos sean duraderos.

### 3. Método general de intervención

Teniendo en cuenta las premisas que se han descrito, el terapeuta cuenta con dos grandes alternativas para construir la realidad terapéutica. La primera opción es identificar lo que las personas ya están haciendo que les ayuda a resolver sus problemas y trabajar para ampliarlo. La segunda es construir con ellos un problema resoluble, bien reconstruyendo la secuencia de acontecimientos que se producen en torno a la queja para después introducir modificaciones en ella, bien identificando las soluciones intentadas ineficaces para luego bloquearlas.

La **resistencia** en este modelo, no es concepto útil las excepciones son una alternativa más útil, por lo que no es necesario saber mucho del problema para solucionarlo, los problemas no ocurren siempre, hay excepciones temporales y circunstanciales. Las soluciones son más importantes que los problemas por lo que el terapeuta debe centrarse en los aspectos de la situación particular relacionados con la solución.

En este mismo sentido, la **cooperación** es inevitable, cualquier cosa que las personas lleven a la terapia es posible usarlo como un aspecto cooperativo. No solamente las acciones negativas pueden ser connotadas o reformuladas como intentos de solución, sino también como excepciones. Las personas fijan los objetivos del tratamiento. Es importante que el terapeuta induzca a las personas a describir cómo serán las cosas cuando no exista el problema.

#### 4. Técnicas de intervención

A continuación se presenta un cuadro donde se agrupan las técnicas más conocidas de la TCS, a un lado se describe la o las premisas en que se sustenta la técnica, el objetivo y algunas preguntas que puede hacer el terapeuta a modo de ejemplo.

<b>Técnica</b>	<b>Premisa</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Preguntas del Terapeuta</b>
<b><i>Búsqueda de Excepciones</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El problema es la relación que se tiene con el problema y la forma de resolverlo.</li> <li>En todas las interacciones existen momentos en que los problemas no ocurren.</li> <li>Las personas conocen la solución de sus problemas.</li> </ul>	Comenzar a buscar diferencias en las interacciones que promuevan un cambio en la percepción que las personas tienen de sus problemas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿En qué situaciones no sucede el problema?</li> <li>¿En qué momentos del día su problema desaparece?</li> <li>¿Lo que le pasa en qué momentos es menos molesto?</li> </ul>
<b><i>Pregunta del milagro.</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La causa de los problemas es recursiva, por lo tanto, si el pasado altera el presente y la percepción del futuro, entonces ver al futuro ayuda para modificar la percepción rígida de los problemas en el presente.</li> </ul>	Encausar a las personas para que piensen que sus problemas son resolubles. Se utiliza cuando es difícil encontrar excepciones al problema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿En qué va a ser diferente su vida una vez que el problema desaparezca?</li> <li>¿Cuándo usted resuelva esta situación, cómo cambiará su relación con los demás?</li> </ul>
<b><i>Utilizar Escalas</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existen múltiples realidades.</li> <li>Las personas son expertas en su problema.</li> <li>Las personas fijan los objetivos del tratamiento.</li> </ul>	Permite que las personas hagan una evaluación de su problema y a que ellos fijen los objetivos del tratamiento, y a evaluar los cambios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si evaluará su problema en una escala del 1 al 10, en dónde lo ubicaría.</li> <li>¿Qué ha hecho usted para estar en ese número?</li> </ul>
<b><i>Reencuadrar</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existen múltiples realidades.</li> <li>El problema es la relación que se tiene con el problema y la forma de resolverlo.</li> <li>Introducir nueva información al sistema genera cambios.</li> </ul>	El objetivo debe ser que esta información sea nueva y diferente para generar cambios, pero no tan distinta a la realidad de las personas para que no sea rechazada.	¿Esta situación en donde a veces no te levantas para ir a la escuela es a lo que llamas depresión? "Cuando te quedas en casa acompañas a tu mamá que hace 3 meses se jubiló, lo cual me parece un acto de un buen hijo que quiere estar cerca de su mamá".
<b><i>Inventar Nombres y Rótulos</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El lenguaje construye realidades.</li> <li>Las personas conocen la solución de sus problemas.</li> <li>Existen múltiples realidades.</li> <li>El problema es la relación que se tiene con el problema y la forma de resolverlo.</li> </ul>	Retirar del discurso del déficit la presencia de un síntoma, de tal forma que esto ayude a su manejo, lo cual otorga una agencia personal al cliente sobre su problema. Define el problema en términos solucionables.	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cómo quisieras nombrar a esto que te pasa?</li> <li>¿Cómo te gustaría llamarle con un nombre chistoso u optimista?</li> <li>¿Cómo lo rebautizarías?</li> </ul>

<b>Técnica</b>	<b>Premisa</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Preguntas del Terapeuta</b>
<b><i>Formular Explicaciones</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El lenguaje crea realidades.</li> <li>• Existe una causalidad circular.</li> <li>• Las realidades se co-construyen colectivamente.</li> <li>• Existen múltiples realidades y algunas son más útiles para resolver un problema.</li> <li>• El problema no es el problema, es la relación con el problema.</li> </ul>	Evitar explicaciones acusadoras respecto a quienes participan en la interacción con el problema. Ayuda a buscar otras soluciones. Genera una actitud de co-responsabilidad en la resolución del problema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿De qué otra manera te podrías explicar esto?</li> <li>• Sí tu no fueras parte de esta familia ¿Cómo te explicarías lo que sucede aquí?</li> </ul>
<b><i>Rever el Pasado</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El pasado no determina.</li> <li>• El lenguaje crea realidades.</li> <li>• Los clientes tienen recursos y capacidades para resolver sus quejas.</li> </ul>	Concebir las experiencias negativas como malos momentos que tienen la posibilidad de generar efectos positivos; de tal forma que ayuda a resignificar las experiencias del pasado y descubrir los propios recursos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿De todo lo anterior, qué aprendiste?</li> <li>• ¿Qué recursos considerarías que te dejó esta experiencia?</li> </ul>
<b><i>Deshacer las Conexiones con otros Problemas</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sólo es necesario un cambio pequeño.</li> <li>• Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.</li> </ul>	Evitar hacer conexiones lineales entre los problemas co-existentes. Ayuda a priorizar los problemas, cuáles son las quejas que en este momento es más importante atender.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar a los clientes que jerarquicen entre los diferentes problemas o quejas que presentan.</li> <li>• Utilizar cuestionamientos que ayuden a contextualizar el problema.</li> </ul>
<b><i>Sacar a Relucir los Recursos de los Consultantes</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El lenguaje crea realidades.</li> <li>• Las personas conocen la solución de sus problemas.</li> <li>• Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.</li> </ul>	Fomentar el reconocimiento de las capacidades, habilidades, talentos, intereses, etc. que presentan los clientes, ya que pueden pasar inadvertidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo lo logro?</li> <li>• ¿De dónde saco las fuerzas para enfrentarlo?</li> <li>• ¿Cómo podría utilizar esta habilidad para resolver su problema?</li> </ul>

## **1. 2. 5. Modelo Milán**

### **1. Introducción**

En la actualidad el grupo está completamente separado, dos de sus cuatro iniciadores Selvini Palazzoli y Cecchin ya han muerto. Pero sus contribuciones son reconocidas como un modelo innovador dentro de la terapia familiar sistémica. El grupo inició en el Centro de estudios de la familia en Milán y estuvo compuesto por Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo. Este enfoque se aplicó a casos de "psicosis" incluyendo síndromes anoréxicos y bulímicos.

El grupo parte de una orientación psicoanalítica en el año 1967, cuando sus miembros empezaron a tratar familias con pacientes anoréxicos y psicóticos. En 1971 adoptan el enfoque de Palo Alto y desarrollaron la intervención contraparádójica, diseñada para anular el doble vínculo patológico. Influenciados por Bateson, en el año de 1975 modifican su concepción de los sistemas familiares de predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes y diferencian entre el nivel de significado-creencias- y nivel de acción- patrones conductuales.

En 1980 el grupo se divide en dos, las mujeres (Selvini Palazzoli y Prata) se centran en la "prescripción invariable" que se fundamenta en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos basadas en la teoría de Ashby: "Un cambio continuo en un sistema resulta en la ruptura de otros patrones repetitivos conectados al mismo punto". En tanto los hombres (Cecchin y Boscolo) enfatizaron en la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada familia y cuestionando la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o patología. Posteriormente Prata y Palazzoli también se separaron. Esta última formó un nuevo grupo en donde teorizó sobre los "juegos psicóticos de la familia".

## 2. Conceptos del Modelo

El grupo Milán se caracteriza por los cambios continuos y evolutivos en su forma de considerar la patología y en su modo de hacer terapia. La piedra angular de todos los componentes del antiguo Grupo de Milán ha sido y sigue siendo el "juego familiar" concepto abstracto que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismo y de la familia en conjunto. Por tanto, la evaluación tiene por objeto conocer cual es el juego familiar- sobre el que establece una hipótesis inicial de trabajo- juego que en los sistemas que presentan una patología deja de ser adaptativo para facilitar un buen funcionamiento familiar como sucede en las familias no patológicas. Las intervenciones se dirigen a alterar dicho juego, cambiando las reglas rígidas y constreñidas por otras más flexibles y complejas.

Se pueden identificar en el grupo de Milán, tres momentos caracterizados por distintos métodos de intervención. El primero de ellos es cuando trabajaban con base en la Contraparadoja, el segundo momento es el de la Prescripción Invariable, el tercer momento es el de "Juego familiar". Posteriormente Boscolo y Cecchin continuaron trabajando en modelos más cercanos al constructivismo que a la teoría de sistemas.

Fundamentos Teóricos y Epistemológicos:

- ❖ La Teoría General de los Sistemas de Von Bertalanffy.
- ❖ Los estudios acerca de la Cibernética de Ashby y Wiener.
- ❖ La Teoría de la Comunicación Humana.
- ❖ Pasos hacia una ecología de la mente de Bateson.
- ❖ Los trabajos de Edgar Morin, Michel Crozier y Niklas Luhmann.
- ❖ Teoría de los tipos lógicos.
- ❖ Teoría del Doble vínculo.

Para el grupo Milán una puntuación lineal no es necesariamente incorrecta, simplemente no perdemos de vista que es sólo un arco de un circuito más largo. En una perspectiva sistémica, es indispensable una orientación holística que toma en cuenta la perspectiva de la cibernética de segundo orden: El terapeuta siempre es un elemento del patrón.

En este modelo es importante introducir información nueva que haga una diferencia en el sistema, para ellos la diferencia es una distinción cognitiva que organiza. Es una relación, y una relación es siempre circular en virtud de su reciprocidad. Cualquier noción siempre hace referencia a una comparación o a una diferencia. "Sólo del desorden puede nacer un nuevo orden", sólo sembrando la discordia entre partes unidas desde hace tiempo se crea la posibilidad de nuevas relaciones (Morin, 1986, citado por Selvini, 1990).

El concepto que retoma Milán de sistema tiene que ver con la concepción de los sistemas evolutivos. Desde esta perspectiva los sistemas están siempre cambiando. Este punto de vista tiene implicaciones significativas: El terapeuta es menos directivo, al no dar por sentada que existe una meta específica que alcanzar mediante la terapia. Tiende a ser más bien un *facilitador*. No conoce el curso o evolución que la familia debe tener. Trata de identificar los puntos de aparente "anclaje" en los que introducirá nuevas conexiones, para que el sistema pueda prescindir de sus síntomas.

### **Hipótesis**

En los inicios del grupo Milán y posteriormente con Mara Selvini, se buscaba encontrar la hipótesis más acertada que explicara el juego familiar. Su función esencial es la de proporcionar una guía para obtener nuevas informaciones que la confirmarán, refutarán o modificarán. La hipótesis garantiza la actividad del terapeuta, que consiste en formar los modelos relacionales, es más probable que esos modelos sean provocados y puestos de manifiesto por una conducta activa del terapeuta. La hipótesis debe ser sistémica, debe incluir a todos los miembros de la familia y proporcionarnos una suposición relativa a todo el funcionamiento relacional. Esto nos lleva a identificar ¿cuál es el juego sistémico de la familia? (Selvini, 1990).

Posteriormente Cecchin y Boscolo abandonaron la idea de encontrar la hipótesis correcta y describieron las hipótesis como suposiciones, corazonadas, mapas, explicaciones "alternativas" acerca de la familia y el problema en su contexto relacional, tienen la utilidad de conectar los comportamientos familiares con un significado; guían a los terapeutas; e introducir una visión sistémica de la familia. Se formulan con base la información acerca de la familia; la experiencia previa y el conocimiento (equipo); en cualquier cosa que surja en el momento (terapeuta y equipo). No existe la hipótesis correcta (la meta no es identificar la verdad); ser sistémica; relacionarse con la preocupación de la familia; y proporcionar nueva información al sistema (Cecchin, 1987). El grupo Milán desarrollo tres conceptos fundamentales que son *hipótesis, neutralidad y circularidad*, los cuales evolucionaron junto con el grupo.

### **Circularidad**

Se refiere a la habilidad del terapeuta para dirigir su investigación sobre la base de las retroalimentaciones de la familia en respuesta a las informaciones, que él mismo exige acerca de las relaciones y, por ende, de las diferencias y los cambios. Exige un esfuerzo del terapeuta por dejar los cuestionamientos lingüísticos y culturales que nos hacen creer que somos capaces de pensar en función de "cosas", para redescubrir la "profunda verdad de que pensamos únicamente en función de relaciones" (Thorana, 1986).

Lo que se denomina circularidad es la conciencia o la convicción de poder obtener de la familia y dar a la familia informaciones auténticas el fundamento es la información es una diferencia (Thorana, 1986). La diferencia es una relación (o un cambio en la relación). El terapeuta debe trabajar en función de la complejidad: todo miembro de la familia será invitado a decir cómo ve la relación entre los otros miembros de la familia. Indagar cómo ve un tercero una relación didáctica.

### **Neutralidad**

En los inicios del grupo, la neutralidad era entendida en términos de alianza temporal, aceptación y tiempo equivalente dedicado a cada uno de los miembros de la familia (Mackinon, 1983). Pero posteriormente fue comprendida como "la creación de un estado de curiosidad en la mente del terapeuta" (Cecchin, 1987). La curiosidad encaminada a explorar e inventar puntos de vista alternativos en movimiento, y diferentes movimientos y puntos de vista alternativos, que a su vez crean la curiosidad.

En resumen formular hipótesis, circularidad y neutralidad pueden ser una interconexión recursiva tal como la neutralidad provee el contexto para construir múltiples hipótesis. Múltiples hipótesis en su momento proveen un contexto para ver patrones circulares (opuestas a las relaciones lineales causa efecto) y hacer preguntas circulares. La técnica del cuestionamiento circular es utilizada para desarrollar hipótesis refinadas y descartables sobre la familia. La cual ayuda a construir un contexto de curiosidad y neutralidad (Cecchin, 1987).

**Concepto de familia.** La familia es un sistema autoorganizado en constante evolución, las reglas se forman por los valores, creencias, rutinas y roles entre sus miembros, lo cual se conoce como juego familiar que dicta las conductas e interacciones de la familia; estas interacciones se pueden heredar de generaciones anteriores.

**Definición de problema.** Para el grupo Milán los problemas se forman cuando el juego deja de ser adaptativo para convertirse en patológico cuando adscribe a los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a los requisitos del momento evolutivo que atraviesan. Aunque los problemas ocurren en el presente la epistemología de la familia se forma en el pasado. Por lo tanto al modelo Milán se le considera como un modelo diacrónico y sincrónico.

**Objetivos de la terapia.** Introducir nueva información en el sistema a través del proceso de la entrevista y la prescripción de intervenciones posteriores a la entrevista. La nueva información ayuda a la familia a modificar su epistemología rígida y lineal de los eventos.

**Cambio terapéutico.** El cambio se logra cuando cambian las pautas rígidas existentes. El cambio se consigue cuando se lleva a la familia a descubrir nuevas alternativas de solución. El terapeuta puede introducir cambios en el mapa de la familia alterando *directa* (provocando o introduciendo nuevos significados) o *indirectamente* (prescribiendo nuevas acciones en un ritual). El cambio en el *sistema de creencias* de la familia es un aspecto importante del proceso terapéutico. Es más efectivo si ocurre en un nivel más profundo, a nivel epistemológico.

### 3. Método general del proceso terapéutico

#### ***Proceso de admisión:***

El terapeuta hace el primer contacto y recibe información básica del caso.  
Evita formar alianzas mediante el cuidado de su lenguaje.  
Los datos recabados en este momento son usados para trabajar las primeras hipótesis.  
La conversación es corta.

#### ***Número y frecuencia de sesiones:***

Es una terapia breve larga. Breve, porque contempla sólo diez sesiones. Larga, porque las sesiones son mensuales.  
Recientemente es más flexible: se negocia una sesión a la vez. El intervalo puede ser variable, dependiendo de la naturaleza de la intervención.

#### ***¿Por qué es largo el intervalo entre sesiones?***

Los miembros de la familia reaccionan a la información de la intervención y reaccionan a las reacciones de los otros. El terapeuta corre menos riesgo de engancharse en el sistema familiar y de convertirse en parte de la "solución" familiar.

Cuando la terapia parece no estar dando los resultados adecuados, hay dos alternativas:

*Expandir el campo de observación:* Invitar a miembros de la familia de origen o de la red social familiar, bajo la hipótesis de que el sistema terapéutico no está incluyendo a elementos importantes de la problemática familiar.

*Expandir los recursos del equipo terapéutico:* El terapeuta puede haber adoptado los puntos de vista de la familia o haber asumido un rol como miembro de ésta.

#### 4. Técnicas de Intervención

##### a) Cuestionamiento Circular

Este método de entrevista, es un cuestionamiento triádico (circular), en el que se le pregunta a una tercera persona por la relación entre otros dos y que busca información específica sobre hipótesis sistémicas. Se introduce información sustancial en el sistema familiar de esta manera.

Las conexiones que hace la familia a través de este proceso pueden tener más impacto que la prescripción (Mackinon, 1983). La variedad de preguntas circulares es infinita, y existen numerosas clasificaciones. Se propone una taxonomía de cuestionamientos y pautas (Thorana, 1986), en función de cuatro categorías:

<b>1) DEFINICIÓN DEL PROBLEMA</b>	Cuestionar a cada miembro de la familia sobre su percepción del problema.
<b>2) SECUCIENCIA DE INTERACCIÓN</b>	Cuestionar a cada miembro de la familia de ¿quién lo hizo?, ¿cuándo lo hizo? Relacionado con el problema, síntoma o hipótesis. A. Comportamientos interactivos específicos: ¿cuándo actúa como una persona molesta? B. Acerca de diferencias o cambios: ¿Qué haría papá? C. Preguntar quién está de acuerdo con quién acerca de la secuencia presentada. D. Preguntar a cada miembro su explicación del comportamiento de ciertos miembros E. Descubrir el ciclo completo o la secuencia de los comportamientos introvertidos y extrovertidos del miembro de la familia.
<b>3) COMPARACIÓN/ CLASIFICACIÓN</b>	Cuestionar a cada miembro de la familia acerca de los otros miembros (comportamientos, creencias, valores, pensamientos, etc.) A. "Cuestionamiento Triádico" B. Investigar diferencias o cambios en coaliciones C. Preguntar acerca de acuerdos y desacuerdos D. Cuestionar cómo se explican las coaliciones y desintegraciones
<b>4) INTERVENCIONES</b>	Cuestionar a cada miembro de la familia con la finalidad de promover un cambio A. Utilizarlo sólo después de tener suficiente información B. Comenzar con preguntas menos ofensivas o amenazantes C. Cuestionar con la finalidad de motivarlos a explicar nuevos comportamientos ¿Qué pasaría si tú ofrecieras a tu esposa el cuidar a los niños?

## **b) Reencuadrar**

El propósito del reencuadre es cambiar la percepción de la familia y, así, interacción alrededor de una conducta particular.

## **c) Rituales**

Asignar momentos separados para diferentes respuestas y acciones de los miembros de la familia, crean el tiempo para introducir secuencias de interacción, dejando sin efecto dobles vínculos y algunas creencias del sistema familiar. Los rituales son prescripciones que cambian las reglas de una familia sin dar explicaciones. Al realizarlos la familia adquiere una nueva experiencia, ya que el ritual propone normas contrarias a las preexistentes. Impone a la familia *acciones* en vez de *comprensiones*.

## **d) Connotación positiva**

Por medio de la connotación positiva, el terapeuta declara su alianza con los esfuerzos de la familia por defender su homeostasis. Más que una intervención (como se concibe en un inicio) es una estrategia orientada a "reclutar" a la familia para que colabore con, en vez de defenderse de la terapia. Posteriormente, este concepto se transforma para incluirse dentro del término "neutralidad".

## **e) Contraparadoja**

Se prescribe la secuencia patológica connotada positivamente. Se emplean cuando la situación es de orden y secuencias rígidas, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias. No se debe recurrir a ellas cuando el terapeuta desconozca qué hacer, cuando prevea que la familia cumplirá literalmente lo sugerido y tampoco pueden utilizarse en respuesta a presuntas desobediencias de la familia a intervenciones anteriores. El procedimiento clásico consiste en: connotación positiva+redefinición+prescripción de la secuencia sintomática+limite temporal arbitrario durante el cual la secuencia sintomática debe seguir vigente. Al clasificar como positivos los comportamientos sintomáticos, se connota positivamente la tendencia homeostática de la familia y no las personas, ubicando a todos sus miembros en un mismo plano (Palazzoli, 1990). Así se provoca paradójicamente la capacidad de transformación del sistema familiar, ya que si están unidos por lazos afectivos tan fuertes ¿por qué necesitan que el síntoma siga vigente para mantenerlos unidos?

## **f) Prescripción invariable**

La prescripción invariable también denominada "universal", elimina la necesidad de establecer hipótesis al presuponer que en todas las familias de esquizofrénicos el problema es una falta de diferenciación entre el subsistema parental y el filiar, con la consiguiente ausencia de emancipación mutua entre el hijo y los padres. La pretensión de la intervención es separar de forma gradual los dos subsistemas, introduciendo un mensaje organizador que clarifica los límites intergeneracionales, evitando coaliciones progenitor.-hijo que mantiene el juego de las familias psicóticas (Palazzoli, 1990).

## **g) Revelación del juego**

Consiste en que los terapeutas hacen explícitas las reglas que definen al sistema familiar.

## **1. 2. 6. Modelos con sustento en el Pensamiento Posmoderno.**

En este apartado se incluyen los modelos de terapia que retoman los cuestionamientos del pensamiento posmoderno en la práctica clínica, aun se debate si nacen de la ruptura con el pensamiento sistémico o son resultado de la evolución de las ideas sistémicas. Desde el punto de vista del autor de este Reporte, es evidente un cambio epistemológico que trajo consigo prácticas clínicas diferentes y cuestionadoras de los modelos biológicos dominantes, sin embargo esta epistemología todavía mantiene incongruencias y huecos discutibles tanto en su teoría como en su práctica.

### **1. 2. 6. 1. Modelo de Terapia Narrativa**

#### **1. Introducción**

Dentro de los modelos que se autodenominan "posestructurales" se encuentra la terapia narrativa, cuyos principales representantes son White y Epston (1993). Michael White, menciona que fue a través de los escritos de Bateson (1972 – 1979) que llegó a conocer el método interpretativo. Bateson argumentaba que para nosotros no es posible conocer la realidad objetiva. Refiriéndose a la máxima de Korzybski que afirma que "el mapa no es el territorio", Bateson afirma que la comprensión que tenemos de un hecho, o el significado que le atribuimos, está determinada y restringida por su contexto receptor; es decir, por la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo.

Comparando estos mapas con pautas, argumentó que la interpretación de todo acontecimiento está determinada por la forma en que éste encaja dentro de pautas conocidas, y llamó al proceso "codificación de la parte a partir del todo" (Bateson, 1972, en White y Epston, 1993). De esta manera, lo que conocemos del mundo lo conocemos sólo a través de nuestra experiencia de él. Por lo que, cualquiera que sea nuestra impresión acerca del estado de la vida interior de alguien, la obtenemos por medio de sus expresiones; y para interpretar éstas tenemos que valerlos de nuestra experiencia vivida y de nuestra imaginación (Mc Namee y Gergen, 1996). Así mismo, la obra de Bateson llevó a White (1994) a prestar atención a una dimensión que en general no tiene demasiado eco en la terapia: la dimensión temporal. Al afirmar que toda información es necesariamente la "noticia de una diferencia", y que es la percepción de la diferencia lo que desencadena todas las nuevas respuestas en los sistemas vivos, demostró que situar los eventos en el tiempo es esencial para la percepción de la diferencia, para la detección del cambio.

Precisamente las historias permiten a las personas vincular aspectos de su experiencia a través de la dimensión temporal, ya que los relatos constituyen comienzos y finales, además son una imposición arbitraria de significado al influir la memoria. De esta manera, la expresión de nuestra experiencia a través de estas historias modela o construye nuestras vidas y nuestras relaciones, por lo que la vida es la representación de los textos (Mc Namee y Gergen, 1996).

Con todo esto al hacer una analogía con el texto literario, se percibe una cierta semejanza entre la noción de mapa y la de narración. No obstante, el concepto de narración tiene algunas ventajas sobre el de mapa, ya que requiere la localización de los acontecimientos en pautas transtemporales, incorporando de esta manera la dimensión temporal. Así, citando a Edward Bruner:

*Quiero terminar señalando que la estructura narrativa tiene una ventaja sobre otros conceptos afines, como la metáfora o paradigma, porque destaca el orden y la secuencia, en un sentido formal, y es más adecuada para el estudio del cambio, el ciclo vital y cualquier otro proceso de desarrollo. El relato como modelo tiene un interesante aspecto dual: es tanto lineal como instantáneo (1986, pág.153, citado en White y Epston, 1993).*

## 2. Conceptos del Modelo

Con respecto a la terapia familiar, el método interpretativo, en lugar de proponer que cierta estructura subyacente o disfunción de la familia determina el comportamiento y las interacciones de sus miembros, sostendría que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento. Así surge el interés por cómo las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo, al hacerlo, contribuyen inadvertidamente a la "supervivencia" y a la "carrera" del problema.

White propone que las respuestas de los miembros la familia a las exigencias del problema, tomadas en su conjunto, constituyen inadvertidamente el sistema de apoyo a la vida del problema. Además se propone la **externalización** del problema como un mecanismo para ayudar a los miembros de la familia a apartarse de las descripciones "saturadas por el problema" de sus vidas y relaciones. La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar (ver como cosas, diferenciándolos de la persona) y a veces a personificar los problemas que las oprimen (White y Epston, 1993).

De esta manera, la vida como relato o **narrativa**, equivale a afirmar que los seres humanos son seres interpretantes: que interpretamos activamente nuestras experiencias a medida que vamos viviendo nuestras vidas. Es afirmar que no nos es posible interpretar nuestra experiencia si no tenemos acceso a algún marco de inteligibilidad que brinde un contexto para nuestra experiencia y posibilite la atribución de significados.

Algunos supone que el relato es un espejo de la vida: un "mapa del territorio" de la vida, o que se está proponiendo algún tipo de idea perspectivista, lo cual son supuestos representacionistas que se basan en la tradición del pensamiento fundacionalista, no en la orientación construccionista que acompaña la metáfora narrativa. Si suponemos que nuestras vidas son construidas a través de la narrativa, se hace realmente imposible que tomemos la posición de que "un relato es tan bueno como otro". Por lo que de lo que se trata es de atender a los efectos reales de esas historias que constituyen las vidas de las personas (White, 2002).

Los relatos proporcionan el marco que nos hace posible interpretar nuestra experiencia y estos actos de interpretación constituyen logros en los que nosotros somos parte activa. Además un único relato no puede vivir por nosotros completamente, porque no existe relato que esté libre de ambigüedad y contradicción. En este proceso, a menudo exaltamos o invocamos algunos de los sub-relatos de nuestras vidas y es precisamente esta índole multi-relatada de la vida la que requiere al menos algún grado de mediación activa por parte del terapeuta (White, 2002).

Desde esta perspectiva no podemos hablar de seguridad en sí mismo o realización personal sin hacer una descripción o contar una historia sobre cómo sería una vida si fuese segura de sí y personalmente realizada. Y estas mismas descripciones o relatos de cómo sería una vida sí fuera "correcta" moldean la vida.

**Concepto de Familia.** Para White la vida como relato o *narrativa*, equivale a afirmar que los seres humanos son seres interpretantes, por tanto la familia es un sistema narrativo generador e interpretante de significado. Las personas interpretan sus experiencias a medida que van viviendo sus vidas. Es afirmar que no nos es posible interpretar la experiencia sin acceso a algún marco de inteligibilidad que brinde un contexto para la experiencia y posibilite la atribución de significados. El lenguaje deja de ser un medio donde se encierra una verdad objetiva. El lenguaje es una herramienta mediante la se construye la realidad, una realidad que depende de un acuerdo social. Bajo este nuevo protagonismo del lenguaje como constructor de realidades es que también se retoman las ideas vigotskianas sobre el mismo y de la construcción compartida con el medio social (Mc Namee y Gergen, 1996).

**Definición del Problema.** De acuerdo con la terapia narrativa y su método interpretativo, en lugar de proponer que cierta estructura subyacente o disfunción de la familia determina el comportamiento y las interacciones de sus miembros, sostiene que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos determinan su comportamiento. Así surge el interés por cómo las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo, al hacerlo, contribuyen inadvertidamente a la "supervivencia" y a la "carrera" del problema. Es decir, el problema no es el problema sino los efectos que las narrativas sobre los problemas tienen en la vida de las personas.

**Objetivos de la terapia.** Los objetivos de la terapia buscan forjar significados, que están contruidos por un contexto microsocail que está en relación con la persona y donde el terapeuta pasa a ocupar un lugar en el mismo, donde será co-constructor de nuevos significados. A través de la externalización insta a las personas a cosificar (ver como cosas, diferenciándolos de la persona) y a veces a personificar los problemas que las oprimen (White y Epston, 1993).

**Concepto de Cambio.** Para los construccionistas (Gergen, 1996), el significado humano es esencial en el proceso de cambio. El intenso diálogo sobre el significado se aleja del significado en la mente individual, para postular que son las relaciones las que lo crean; pasando de una construcción individual a una social. La terapia no se ocupa del sentido del cambio, busca generar una narrativa alternativa que gane terreno a las narraciones dominantes acerca del problema, es decir que en el proceso dialógico la persona influya en la vida del problema. Para los construccionistas (Gergen, 1996), el significado humano es esencial en el proceso de cambio. El intenso diálogo sobre el significado se aleja del significado en la mente individual, para postular que son las relaciones las que lo crean; pasando de una construcción individual a una social.

### 3. Método General del Proceso Terapéutico

Gergen (1996) propone sobre que lo que llamamos proceso terapéutico:...la psicoterapia puede pensarse como un proceso de *semiosis*: la forja de un significado en el contexto de un discurso de colaboración. Se trata de un proceso en el que el significado de los acontecimientos se transforma a través de una *fusión de los horizontes de los participantes*, se desarrollan modos alternativos de narrar los acontecimientos y evolucionan posturas respecto al yo y los demás.

A la terapia puede asistir un solo individuo, la familia o quien este relacionado con la problemática. No existe en esta terapia un número determinado de sesiones. La herramienta principal es el diálogo que se construye en el encuentro, la postura del terapeuta es activa y asume un papel participante donde se asume como ser interpretante y pone en la conversación sus propios significados.

El terapeuta en primer lugar busca obtener algún conocimiento acerca de aquello por lo que han estado atravesando las personas. Por lo que es importante lograr una comprensión de ello y que las personas sepan que se ha logrado al menos algún grado de esta comprensión. Para lograr esta comprensión, es necesario explorar con las personas sus experiencias del problema, lo que produce el efecto de introducir una específica clase de *conversación externalizadora*. En ella, se alienta a las personas a que relaten de qué manera el problema ha estado afectando sus vidas y relaciones. Con frecuencia, al menos al principio, para que las personas se entreguen a estas conversaciones es necesario algún cambio (White, 2002).

#### **4. Técnicas de Intervención**

Las preguntas se convierten en la principal técnica (si se le puede llamara así), con que los terapeutas narrativos trabajan. White (2002) las clasifica en 1) Preguntas externalizantes, que buscan separar a las personas de los eventos, a diferenciar entre los problemas y las personas; 2) preguntas de autoría, que buscan dar un significado a las personas, 3) preguntas de remembranza, que buscan reinterpretar los eventos pasados.

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

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

White y Epston (1993), mencionan que lo "correcto" es específico de cada cultura y requiere de ciertas operaciones sobre nuestras vidas; y por medio de esas operaciones, gobernamos nuestros pensamientos, nuestras relaciones con los demás, nuestra relación con nosotros mismos, incluso la relación con nuestros cuerpos. Por lo que, resulta importante ver cómo se puede ayudar a las personas a internarse en esos relatos que ellos juzgan como preferibles: poner en práctica las interpretaciones o significados alternativos que estos relatos alternativos hacen posibles.

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

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

Con el tiempo las personas llegan a creer que el problema expresa su identidad, muy a menudo los problemas están son vistos como verdades absolutas, lo cual tiene un efecto totalizante sobre sus vidas. De esta manera, las conversaciones externalizadoras cuestionan estas ideas sobre el problema; a través de las conversaciones externalizadoras, el problema queda en cierto modo inhabilitado, puesto que ya no les comunica la verdad acerca de quiénes son como personas o acerca de la verdadera naturaleza de sus relaciones, lo que abre nuevas posibilidades para la acción. El resultado de estas conversaciones externalizadoras es la **desconstrucción**, de las así llamadas “verdades” que las personas sienten que tanto aprisionan sus vidas.

Cuando estas narrativas alternativas proveen los relatos preferidos de sus vidas, la terapia estructurada a su alrededor crea la oportunidad para que las personas se internen más de lleno, y bien desde el principio en maneras preferidas de ser. Pero esta re-narración en sí misma está desconstruyendo los relatos dominantes de las vidas de las personas. Y al hablar de la re-narración, hay que considerar dos aspectos: que la vida es multi-relatada, no mono-relatada, y segundo que en sus vidas, las personas tienen muchas experiencias que no son fácilmente inteligibles por vía de los relatos dominantes o sub-relatos de sus vidas. Son los mismos sub-relatos, y también esos aspectos de la experiencia que están al margen de los relatos dominantes, los que realmente brindan un punto de entrada para el trabajo de reescritura de la vida, lo cual implica una autoría conjunta entre el terapeuta y la familia, con mayor énfasis en aporte de la familia y menos en la sugerencia del terapeuta (White, 2002). La terapia narrativa quizá sea una epistemología, una filosofía, un compromiso personal, una política, una ética, una práctica, una vida, etcétera. Y como, fuera lo que fuese, sucede que está íntimamente ligada a los desarrollos recientes de la teoría social a los que generalmente se denomina “no fundacionalistas” o quizá “posmodernos”, fuera lo que fuese, resulta ser también una teoría (White, 2002).

## **2. 6. 2. El Equipo Reflexivo**

### **1. Introducción**

Las ideas que dieron origen al Equipo Reflexivo, comenzaron a gestarse el año de 1974 en Noruega. Un grupo de siete profesionales se reúne bajo la dirección de Tom Andersen, en aquel entonces profesor de psiquiatría social en la Universidad de Tromso, Noruega; para trabajar en los servicios de asistencia en este lugar y disminuir el porcentaje de internación de los pacientes psiquiátricos. Este grupo ya tenía tiempo estudiando las ideas de Jay Haley, Salvador Minuchin y Paul Watzlawick, a la vez que participaban en un programa educacional en “Terapia Familiar con Orientación Sistémica” dirigido por Philippe Caillé en Noruega. Este equipo trabajaba bajo la convicción de que una psiquiatría basada en la comunidad, podría representar un avance, en lo que a la búsqueda de soluciones se refiere (Andersen, 1991).

Pero no fue hasta enero de 1984 que estas ideas y la experiencia acumulada, se pusieron en funcionamiento, a través de los trabajos en el hospital mental de Tromso, donde un grupo de psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y médicos, otra vez bajo la dirección de Tom Andersen, formaron un equipo para tratar a los pacientes psiquiátricos. Al comienzo los tratamientos estaban basados en el estilo de trabajo del equipo de Milán, pero pronto se dieron cuenta que no estaban teniendo mucho éxito, ya que notaron que resultaba muy difícil que los terapeutas a cargo de las sesiones, pudieran transmitir fielmente las ideas del equipo detrás del espejo. Asimismo, notaron que cada vez era más complicado que el equipo estuviera de acuerdo con *una* intervención, ya que la tendencia era que cada miembro luchara por que su sugerencia fuera incluida en el mensaje que se mandaría a los pacientes.

Cada vez con más fuerza, comenzó a surgir la idea de permitir que el sistema consultante pudiera ver más acerca del proceso terapéutico. El objetivo era encontrar la manera de que las personas encontrarán un camino para salir de su "estancamiento" y prosiguieran con su vida. Entonces surgió la pregunta: *"¿Podía ser útil para los que nos consultaban ver la forma en que trabajábamos cuándo tratábamos de encontrar una o más nuevas rutas para llegar al objetivo?"* (Andersen, 1991, p. 33)

De ahí surgió la idea de revertir las luces y el sonido, para que ahora fuera el sistema consultante, el que pudiera observar y escuchar al equipo detrás del espejo discutir sus ideas acerca de la problemática presentada por ellos. Esta nueva forma de trabajo es lo que se llamó posteriormente "Equipo Reflexivo" (Andersen, 1991).

## **2. Conceptos del Modelo.**

El Equipo Reflexivo es considerado uno de los desarrollos importantes suscitados dentro de la llamada etapa posmoderna de la Terapia Familiar. Sus bases teóricas se encuentran en la Hermenéutica y el Construccionismo Social.

En el caso específico de la Hermenéutica, un concepto que Andersen ha retomado para sustentar el trabajo del equipo Reflexivo, es el del "Círculo Hermenéutico" discutido ampliamente por Heidegger y Gadamer, el cual sustenta que las conceptualizaciones y las suposiciones generales que rigen la vida de las personas, se han ido construyendo con las conclusiones y significados que ellas le van asignando a lo que viven. De esta manera, los seres humanos inevitablemente partirán a enfrentarse con la realidad, con ciertos "prejuicios" o "pre-entendimientos" acerca de lo que vivirán. Una vez frente a la realidad, tomarán de ella los signos o claves que mejor se ajusten a sus prejuicios. Ahora bien, cuando la persona se enfrenta a información que le resulta nueva y puede asimilar dicha diferencia, sus prejuicios cambian al contacto con esa nueva "realidad". Así, los prejuicios influyen en la comprensión y la comprensión influye sobre los prejuicios, cerrándose así el círculo hermenéutico. Desde esta perspectiva, el centro de las personas se ubica en el exterior, es decir, en la conversación con los demás; esta en la cultura y en el lenguaje (Andersen, 1995).

Por otro lado, desde el Construccionismo Social, la vida de las personas se concibe como sustentada en el lenguaje, las narraciones y las historias. Cuando estas narraciones se forman, al mismo tiempo le dan forma a las experiencias de vida, las personas las construyen en sus interacciones con los otros. De esto se deduce que las historias que dan forma a la vida de los seres humanos son relacionales. Ahora bien, estas historias y las relaciones que dan sustento a las primeras, están situadas dentro de un contexto cultural, el cual contiene numerosas normas que regulan el intercambio social, por lo tanto, las narraciones nunca pueden ser neutrales, éstas siempre provienen de algún marco social y político. Desde la perspectiva del construccionismo, el acento para explicar el desarrollo del "self", se coloca en el proceso dialógico, en las conversaciones que las personas tienen con los otros; de esta manera, el cambio también es explicado a través de las interacciones sociales (Lax, 1995).

**Concepto de Familia.** La familia desde esta perspectiva es un grupo social constructor de significados a través y en el lenguaje. El construccionismo retoma la postura de Lev Vygotsky (citado en Andersen, 1996), psicólogo ruso, que sostenía que el lenguaje no es una construcción interna, sino más bien algo que viene de afuera, de la imitación que los niños hacen de las conversaciones de los padres, lo que paulatinamente irá constituyendo una plática externa, para finalmente convertirse en una conversación interna con voces externas e internas. De esta manera, los seres humanos están contruidos por el lenguaje y por las voces que los habitan.

**Definición de Problema.** Las personas tienen conceptualizaciones y suposiciones generales que rigen su vida, tales se han ido construyendo con las conclusiones y significados que ellas le van asignando a lo que viven. De esta manera, los seres humanos inevitablemente partirán a enfrentarse con la realidad, con ciertos "prejuicios" o "pre-entendimientos" acerca de lo que vivirán. Una vez frente a la realidad, tomarán de ella los signos o claves que mejor se ajusten a sus prejuicios. Por lo tanto los problemas se mantienen por estas conceptualizaciones y significados.

Para Andersen (1996), hay cuatro niveles que se tienen que tomar en cuenta, para entender como las personas construyen su saber acerca de los problemas que los aquejan. En el nivel más bajo (Nivel I) se encuentra el problema o suceso que necesita entenderse. En el siguiente nivel (Nivel II) aparecen las descripciones del problema, las múltiples distinciones que se hacen acerca del mismo suceso. En el Nivel III se encuentran las palabras con las que se formula la descripción, dado que hay muchas palabras diferentes que se pueden utilizar, puede haber un sinnúmero de descripciones diferentes relacionadas con una misma distinción. En el último nivel (Nivel IV) se encuentra la influencia de la comunidad a la que pertenece el hablante, que influye directamente sobre el número de palabras disponibles y en la forma apropiada de usarlas. De acuerdo con lo anterior, no sólo el lenguaje no es inocente, sino que además puede ser peligroso, ya que puede encerrar a las personas en descripciones opresivas o esclavizantes, que impidan la disolución de los problemas.

**Objetivos de la terapia.** El objetivo del equipo reflexivo es encontrar formas de que las personas sigan caminos diferentes para salir de su "estancamiento" y prosiguieran con su vida. No se trata de solucionar o disolver problemas, sino de generar alternativas donde las familias puedan lograr un cambio a través de introducir información nueva que haga diferencias.

**Concepto de cambio.** El cambio se logra cuando a través de las distintas ideas de los miembros del equipo, las familias diluyen este "estancamiento" y logran seguir otros caminos para salir de los efectos que los problemas tienen en su vida.

### 3. Método General del Proceso Terapéutico

1. Las reflexiones deben basarse en lo expresado durante la conversación, y no en algo tomado de otro contexto. Deben partir de expresiones como "cuando ví..." "cuando escuché..." "en el momento en que se dijo...", para después partir a la expresión de dudas o reflexiones, expresadas con frases como "cuando pensé eso empecé a preguntarme..." o "cuando ella se refirió a eso, me pregunté sí...".
2. Los miembros del equipo, deben de tratar de no usar connotaciones negativas, expresiones que contengan información que pudiera parecer una crítica o un juicio.
3. El modo de trabajo del equipo reflexivo, cuando se encuentra en el mismo cuarto que la familia y el terapeuta, debe de enfatizar que no es una conversación con la familia, sino de los miembros del equipo entre sí, de tal manera que es importante que éstos se miren entre sí mientras reflexionan y que no miren a los que escuchan. Esto permite que los oyentes se sientan en la libertad de no escuchar, pero a la vez abre el espacio para que puedan atender a sus diálogos internos, sin la presión de tener que *estar* en la conversación (Andersen, 1992).
4. Las conversaciones deben de ser de tipo especulativo, es decir, preguntando más que aseverando, utilizando metáforas, planteando dilemas, dudas, en vez de aconsejando o dictando una dirección (Andersen, 1991).

El equipo reflexivo comúnmente conversa durante 10 minutos o un poco más, para después dar paso al sistema de entrevista, donde el entrevistador comienza con una pregunta abierta como ¿Hay algo de lo que hayan escuchado sobre lo que les gustaría conversar? ¿Hay algo que les haya llamado la atención? ¿Quisieran conversar sobre ello? La pregunta se le hace a cada uno de los miembros de la familia, mientras que el terapeuta va haciendo preguntas acerca de estas reflexiones. Asimismo, el terapeuta puede presentar a discusión las ideas que a él mismo se le ocurrieron mientras escuchaba. La cantidad de cambios entre equipo de entrevista y equipo reflexivo, oscila entre 2 y 4, aunque eso dependerá de la situación. Las futuras reuniones entre los dos equipo se pactarán al final, dejando prácticamente la decisión al equipo consultante (Andersen, 1991).

#### 4. Técnicas de Intervención

Como se ha descrito este modelo utiliza como técnica de intervención a las conversaciones reflexivas, que pueden ser distinguidas de otro tipo de posturas terapéuticas posmodernas, por la ausencia deliberada de objetivos y soluciones, los cuales son sustituidos por conductas que más bien buscan favorecer la exploración, donde los eventos lingüísticos se ubican en un lugar primordial, a la vez que el terapeuta es decentrado y colocado en la posición de socio conversacional (Paré, 1995).

Ahora bien, los procesos reflexivos pueden describirse como la alternancia entre conversar con otros sobre temas significativos y escuchar lo que otros tienen que decir sobre los mismos temas. En el primer momento, la conversación con los otros es externa, mientras que cuando se escucha hablar a los otros, la conversación se tiene con uno mismo, por lo tanto es interna. Lo que sucede en la conversación externa se convierte en una perspectiva más dentro de la conversación interna, y viceversa. Esto concuerda con la concepción de Bateson, quién afirmaba que al ver un mismo hecho desde diferentes ángulos, se generan nuevas ideas y significados (Andersen, 1996).

El marco integrador dentro del cual se conciben las conversaciones desde este modelo, parte de la idea de que estar en el mundo equivale a estar en el **lenguaje** y por lo tanto, en la **conversación**. De tal manera que, los seres humanos no le dan forma a sus sentimientos, a sus pensamientos y a las conversaciones que mantienen, sino que al contrario, ellos son los que les dan forma a las personas.

*“Como una mano las palabras agarran y no sueltan el significado. Es así como las palabras que seleccionamos influyen sobre los significados que llegamos a encontrar. Las palabras no son inocentes”* (Andersen, 1995a, p.6).

Las palabras contienen dentro de sí significados, que previamente la cultura les ha asignado. Esto es particularmente importante para las prácticas terapéuticas, ya que entonces, la terapia puede ser un importante vehículo de transformación, en la medida en la que se convierta en un espacio de co-construcción de nuevos significados, y en la que ubique a las personas como capaces de re-contar sus historias de una forma que les sea más útil (Paré, 1995).

El trabajo del Equipo Reflexivo tiene en cuenta la fuerza y la peligrosidad de las palabras, por lo tanto, las conversaciones que se tienen con los consultantes, no están centradas en intervenciones o en la solución de los problemas, sino que ponen el énfasis en la apertura de espacios que permitan el surgimiento de alternativas, que les concedan encontrar formas alternativas de estar en el lenguaje y, por lo tanto, en el mundo (Andersen, 1995a).

El terapeuta reflexivo se pregunta todo el tiempo: "¿de qué manera la situación o el/los tema(s) que presenta el sistema pueden ser descritos además de la descripción presentada? ¿De qué otra forma puede explicarse la situación o el tema además de la(s) explicación(es) presentada?" (Andersen, 1991, p. 59).

Dentro de este modelo, al pensar en el **diálogo** entre el terapeuta y el sistema consultante, es necesario tomar en cuenta que simultáneamente se están llevando a cabo 3 conversaciones, a saber, dos conversaciones internas y una externa. Las conversaciones internas parecen estar tratando sobre las ideas que se están intercambiando y sobre la participación que se está teniendo en la conversación externa, por lo tanto, la conversación externa tiene que ser lo suficientemente pausada como para permitir que tengan espacio las conversaciones internas (Andersen, 1991).

### **1. 2. 6. 3. Modelo Colaborativo**

#### **1. Introducción**

Esta visión de la terapia se fundamenta en la perspectiva de la construcción social de la realidad, Gergen (1996) señala que la forma de co - construir o "forjar un nuevo sentido" con el paciente es muy variada y que se han desarrollado muchas formas de trabajo para ello. Aquí traeremos solo algunos ejemplos, pues si no la extensión necesaria para incluirlos a todos no nos permitiría seguir con las metas propuestas. Goolishian y Anderson (1992) emplean una forma de "investigación interesada" (esta se lleva a cabo haciéndole preguntas al paciente de forma que las mismas den crédito a su realidad y le "urja" progresar).

Este enfoque terapéutico destaca que los significados los crean y los experimentan los individuos que conversan (Anderson y Goolishian, 1996). La gente vive y entiende su vida a través de realidades narrativas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan.

Anderson es de las pocas terapeutas en recuperar la propuesta paradigmática kuhniana; con ella analiza el derrotero de la terapia familiar, desde la cibernética de primer orden a la terapia posmoderna, y pasa por el constructivismo y los sistemas evolutivos. Por lo demás, es sugerente el tratamiento emprendido por esta terapeuta norteamericana de la noción kuhniana de anomalía. Considera que "el nuevo paradigma pretende explicar mejor las anomalías que habían emergido en el paradigma tradicional".

La autora de *Conversación, lenguaje y posibilidades* (Anderson, 1997) inspirándose en el filósofo Richard Rorty, concebirá el conocimiento como una cuestión de conversación y práctica social en un marco de solidaridad difusa. Lo anterior trae como consecuencia una limitante referida a que el interés conferido a la familia se desplaza hacia el plano individualizante, centrado en la mismidad construida a través de narrativas personales que coexisten con otras en su propio seno.

Los sí-mismos relacionales participarán en y de una investigación compartida que supone la comprensión. Esta última es entendida en su dinamismo; en este sentido, "una comprensión completa nunca es posible, sobre todo porque a través del proceso interactivo de contar y recontar la experiencia, la historia del narrador cambia". En estas circunstancias, la comprensión está expuesta a tensiones "entre las viejas y nuevas comprensiones" y por "tensiones producidas dentro del discurso. En lo anterior se observa una dicotomía en el plano de la comprensión y una fuerte atención al discursivo. Por lo demás, la dualidad vieja/nueva es innecesaria, y sobre todo, que lo más importante de la comprensión se encuentra fuera del discurso mismo.

## 2. Conceptos del Modelo

Se concibe a la terapia como una colaboración entre personas con experiencias y perspectivas distintas, contraponiéndose a una concepción de una relación entre un experto y personas que piden ayuda, por lo que el terapeuta necesita ubicarse en una posición de "no saber", a fin de abrir posibilidades que se corre el riesgo de eliminar con el saber (Elkaim, 1996).

La postura de ignorancia requiere que la comprensión y las interpretaciones del terapeuta no estén limitadas por el conocimiento, las experiencias previas o ciertas verdades formadas teóricamente (Andreson y Goolishian, 1992). Al mismo tiempo se requiere por parte del terapeuta de una genuina actitud de curiosidad. Esta posición promueve que el terapeuta se mantenga dentro de un proceso de aprendizaje, que privilegia la búsqueda común del terapeuta y de cliente, sin implicar por esto un rechazo a todo saber anterior (Elkaim, 1996).

No se trata de una postura en la que los terapeutas poseen un conocimiento privilegiado o superior que le permite diagnosticar el problema de un sistema; se trata de una definición colaborativa de los problemas (Goolishian y Winderman, 1989). Se trata entonces, de una búsqueda mutua de comprensión y exploración a través del dialogo acerca de los problemas (Andreson y Goolishian, 1992). Busca una co-construcción, contrapone los sistemas sociales a los sistemas lingüísticos, las familias a los individuos que viven dentro del lenguaje y las organizaciones horizontales e igualitarias (Elkaim, 1996). Para los partidarios de esta terapia, el yo es una instancia múltiple que se torna cálida dentro del lenguaje y las relaciones, mientras que se piensa que el no saber del terapeuta es indispensable en la manifestación de posibilidades nuevas (Elkaim, 1996).

**Concepto de Familia.** Andreson y Goolishian, (1992) afirman que las familia como Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significado. Todos los sistemas humanos son sistemas lingüísticos y quienes mejor pueden describir los sistemas lingüísticos son los que participan en ellos y no observadores externos.

**Definición de Problema.** Los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado. El significado y la comprensión se construyen socialmente. No accedemos al significado y a la comprensión si no tenemos acción comunicativa, si no nos comprometemos en un discurso o dialogo generador de significado dentro del sistema para el que la comunicación tiene relevancia. Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para su intercambio dialogal (Andreson y Goolishian, 1992).

**Objetivos de la terapia.** En terapia todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de cierto problema. Este sistema tratará de desarrollar un lenguaje y un significado específicos de sistema. El sistema terapéutico es un sistema de organización del problema y de disolución del problema. El objetivo por tanto es la disolución del problema y generar y sentido de agencia personal (responsabilidad subjetiva donde la persona se asume como capaz de solucionar las adversidades de la vida).

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

### **3. Método General del Proceso Terapéutico**

La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de la "conversación terapéutica. La conversación terapéutica es una búsqueda y una exploración mutuas, a través del diálogo, un intercambio de doble vía. Se trata de un entrelazamiento de ideas en el que los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la "di-solución" de los problemas. El papel del terapeuta es el de un artista de la conversación cuya habilidad se manifiesta en el campo de la creación de un espacio que facilite la conversación dialogal. El terapeuta es un participante-observador y un participante-facilitador de la conversación terapéutica.

El terapeuta ejercita este arte terapéutico por medio del empleo de preguntas conversacionales, o terapéuticas, que faciliten el espacio conversacional y el proceso dialogal. Para lograrlo el terapeuta ejercita una pericia en la formulación de preguntas desde una posición de "ignorancia", en vez de formular preguntas informadas por un método y que exijan respuestas específicas. Un interés colaborativo permea la terapia posmoderna. En ella se enfocan las posibilidades contenidas en la disolución del problema a partir de una visión colaborativa en la que terapeuta y pacientes van configurando narraciones desde las historias contadas por estos últimos. Las pretensiones de esa postura terapéutica consisten en que al ir cambiando la historia del paciente, por medio de nuevas tramas narrativas, se transforma la visión que tiene de sí mismo y del entorno.

### **4. Técnicas de Intervención**

Los representantes de este modelo señalan que no existen esquemas o formas preestablecidas para llevar a cabo la terapia, lo que se presenta son lineamientos generales de este enfoque. El tiempo de la sesión varía de acuerdo a la conversación que se co-construya, puede durar una hora y media o más, las sesiones varían entre 6 y 12, pero no varía ampliamente (Anderson, 1991). Las sesiones inician procurando que los clientes aclaren al terapeuta todo lo que consideran necesario que éste sepa, se invita a la exposición de los puntos de vista de los participantes, dando lo que Anderson (1997) denomina multiparcialidad que se refiere a darle espacio a cada uno de los relatos de los participantes. El proceso conversacional se logra mediante la habilidad del terapeuta para crear un espacio para el relato del cliente, manteniendo una posición de "no saber", sin asumir una posición de liderazgo y formulando preguntas conversacionales.

Lo que se pregunta o se propone se hace desde una actitud tentativa, la conversación implica enterarse un poco de un tema y luego mostrar curiosidad por otro sin detenerse demasiado tiempo en alguno. Anderson (2001) señala que le parece importante no dar la impresión de que un tema es más relevante que otro. Es importante hacer preguntas que amplíen las posibilidades de narrar la historia tanto por parte del cliente como del terapeuta. Las preguntas conversacionales son la principal herramienta del terapeuta y surgen de la posición de no saber.

Se recomienda asegurarse de que lo que se oye es lo que el cliente quiso decir. Anderson (1997) señala que no hay nada detrás o debajo de las palabras sino que todo está en las palabras. Se considera que la responsabilidad del terapeuta consiste en hacer contribuciones que posibiliten el cambio. No importa qué tipo de cambio se trate y cómo y cuándo suceda no son su responsabilidad. No cree que los terapeutas tengan la responsabilidad ética de orientarse hacia los resultados, pero sí de otras responsabilidades éticas, como no lastimar a la gente. Los clientes deciden de qué y cómo hablar.

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

#### 1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.

En esta sección se muestra un cuadro resumen con siete casos trabajados durante la Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Posteriormente se presentan cuatro casos resueltos exitosamente, se abordaron con distintos modelos terapéuticos, pero tienen en común el abordaje sistémico, en este análisis se incluye una perspectiva de salud. En estos cuatro casos se tienen varios ejes comunes, uno de ellos es la presencia de sintomatología depresiva, si bien es cierto que la perspectiva sistémica es no patologizante, enfocada al presente y futuro, no se puede dejar de lado el punto de vista clínico, ni mucho menos el malestar emocional que frecuentemente refieren las personas que acuden consultan.

C A S O	MODALIDAD TERAPEUTICA	# SESIONES	MOTIVO DE CONSULTA	MODELO TERAPÉUTICO	INTERVENCIONES PRINCIPALES	CAMBIOS OBSERVADOS
1	Terapia Familiar	20	Dificultad en las relaciones en el subsistema filial.	Integración de Modelos: Dinámico Sistémico integrativo, Milán y estructural.	Cuestionamiento Circular. Connotación Positiva. Reestructuración.	Modificación de pautas rígidas de interacción que llevaban a la familia relaciones violentas.
2	Terapia Familiar	13	Dificultad del subsistema parental para relacionarse con adolescente.	Modelo Centrado en Soluciones.	Normalizar. Reencuadre. Rever el pasado. Búsqueda de Excepciones. Escalas. Preguntas a futuro.	Mejoría significativa en la relación entre los integrantes de la familia. Flexibilización de las normas, reglas y roles en la familia, a través de acuerdos en el subsistema parental.
3	Terapia de Pareja.	15	Interacciones violentas.	Modelo Milán.	Cuestionamiento Circular. Reencuadre. Connotación positiva.	Utilización del diálogo para expresar el enojo y los desacuerdos.
4	Terapia Individual.	15	Percepción de no "poder", lograr metas.	Modelos Posmodernos. Narrativo, Reflexivo y Colaborativo.	Preguntas de Influencia Relativa. Preguntas Externalizantes. Preguntas de autoría. Equipo reflexivo. Postura Colaborativa.	Nuevas narrativas donde la persona cambio el significado de ella misma en relación con los demás. Además de disminución significativa de los síntomas depresivos, además de lograr un sentido de agencia personal.
5	Terapia Familiar	18	Percepción de ineficacia en el subsistema parental.	Modelo Centrado en Soluciones.	Búsqueda de Excepciones. Rever el pasado. Reencuadre. Normalizar. Escalas. Preguntas a futuro.	Modificación en la percepción de las funciones parentales logrando un sentido de agencia personal.
6	Terapia Individual	7	Percepción de inseguridad e ineficacia en el desarrollo personal y profesional.	Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.	Prescripción del síntoma. Reencuadre. Búsqueda de Excepciones. Preguntas a futuro.	Se amplió de la visión de la paciente a otras dimensiones donde se siente segura y eficaz.
7	Terapia Familiar	7	Duelo.	Modelo Milán.	Cuestionamiento Circular. Ritual.	Reincorporación de las pacientes a sus actividades cotidianas y ampliación de redes de apoyo.

## ***LAS DEPRESIONES, UN ABORDAJE DESDE EL PUNTO DE VISTA SISTÉMICO***

### **INTRODUCCIÓN**

De acuerdo con la OMS (2006) la depresión es un desorden mental común que se caracteriza por ánimo depresivo, pérdida del interés en el placer, sentimientos de baja autoestima, alteraciones en el sueño o apetito, baja energía y pobre concentración. Estos problemas pueden ser crónicos o recurrentes y pueden afectar las habilidades que requiere el individuo para hacerse cargo de sus responsabilidades cotidianas. La depresión puede incluso, llevar al individuo al suicidio. Este mismo organismo internacional (Garfinkel y Goldbloom, 2000) estima que 850 000 muertes están asociadas a esta situación cada año.

La OMS (2006) calcula que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo para todas las edades, y ambos sexos. Actualmente es la segunda causa de discapacidad en el rango de los 15 a 44 años. Durante la Residencia en Terapia Familiar, se encontró frecuentemente que tanto los integrantes de la familia como los psicólogos de primer contacto (personal encargado de las pre-consultas) reportaron situaciones, experiencias, ideas, emociones, diagnósticos, etc., relacionadas con depresión. Por lo que se hace evidente que estas palabras son parte de la jerga tanto de las personas en su vida cotidiana como de las personas que prestan sus servicios en los centros de salud mental.

En este Reporte de Experiencia profesional se ha venido describiendo la construcción de una postura epistemológica que trata de llevar ideas de la crítica posmoderna a la práctica clínica. Si bien se han cuestionado en distintos apartados, tanto los efectos de los discursos del déficit en la vida de las personas, como las consecuencias en la práctica clínica de los terapeutas, en esta sección se introduce el tema de las depresiones como un eje común en los cuatro casos atendidos.

Este eje común tiene por objetivo abrir una discusión y reflexionar sobre la práctica clínica en la terapia sistémica. Se incluye el punto de vista de los modelos médico-psiquiátricos, como una explicación que ha sido un conocimiento importante en la formación del autor de este reporte. Sin embargo como se observará en los análisis de casos se inicia el abordaje sistémico con modelos que incluyen una postura estructural, pasando por una postura constructivista para terminar con una visión más cercana al construccionismo social, pero que mantiene elementos clínicos de los puntos de vista médico-psiquiátricos que de ninguna manera tratan de integrarse, pero que se deja la puerta abierta para introducirlos en los procesos terapéuticos siempre como una alternativa más.

Haciendo un análisis retrospectivo de los casos, se puede observar que "los síntomas depresivos" fueron frecuentes en algunos integrantes de la familia, y si bien no se evaluaron como "motivos de consulta" y tampoco se trataron como "objetivos" del tratamiento, se puede observar que con cada abordaje que se realizó se logró disminuir o diluir los efectos de esos "síntomas" en la vida de las familias y las personas.

## DESARROLLO

A continuación se presentan algunas cifras estimadas sobre el impacto que tiene la "depresión" en la vida de las personas, de acuerdo con el punto de vista epidemiológico y posteriormente algunas definiciones clásicas de la depresión. Desde luego que se pueden cuestionar las implicaciones sociales, políticas, económicas del manejo de esta información, sin embargo, el objetivo de introducirlos en este apartado para realizar una reflexión y una propuesta de intervención sobre el impacto psicológico que puede tener esta información en la vida de la persona.

El riesgo para el trastorno depresivo a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre 10% y 25% para las mujeres y entre el 5% y el 12% para los hombres. La prevalencia puntual del trastorno depresivo en adultos en la población general ha variado entre el 5% y el 9% para las mujeres y entre el 2% y el 3% para los hombres. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil (APA, 1996). El incremento de la depresión se asocia a un aumento de los casos de suicidios, alrededor del 15% de las personas que padecen depresión llegan al extremo de suicidarse (Borges, Rosovsky, Gómez, y Gutiérrez, 1996).

En la depresión el estado de ánimo se ve manifestado por una tristeza aguda, que se ve desencadenada por mecanismos fisiológicos que alteran al individuo tanto biológica como cognitiva y conductualmente. Estas alteraciones menoscaban las capacidades y habilidades que el individuo requiere para desarrollar su funcionamiento óptimo. Suelen utilizarse como sinónimos la melancolía, la tristeza y la depresión, sin embargo existen diferencias a pesar de ser conceptos relacionados.

Autores clásicos como Freud (1915) han mencionado que el origen de la melancolía es la pérdida de un objeto significativo y la incapacidad para sobreponerse a la falta del objeto amado. La depresión siempre conlleva ideas de muerte por la desvalorización interior en la que se encuentra el individuo. La tristeza invade toda la personalidad (Marchiori, 1998). Las causas de la melancolía va más allá del caso transparente de la pérdida por muerte del objeto amado, y comprenden todos los casos de ofensa, postergación y desengaño, que puede introducir en la relación con el objeto, una antítesis de amor y odio o intensificar una ambivalencia preexistente (Marchiori, 1996).

La explicación que dio Freud en 1915 en su artículo de Duelo y Melancolía era que la melancolía (depresión) se caracteriza principalmente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una pérdida por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto así mismo, puede llegar incluso a una delirante espera de castigo.

No se puede dejar de lado los factores bioquímicos de la depresión, las principales sustancias neurotransmisoras implicadas en la depresión han sido las catecolaminas e indolaminas, conocidas también como monoaminas o aminas biógenas, con una implicación menor, y probablemente marginal, de la acetilcolina. La disminución de monoaminas en el sistema nervioso central puede provocar depresión, mientras que su incremento corrige los síntomas en los enfermos con trastornos afectivos (Belloch, 1995).

## ETIOLOGÍA

Las causas de la depresión pueden ser divididas en:

TIPO	CUADROS EN LOS QUE PREDOMINA
Genéticas	Depresiones Psicóticas
Psicológicas	Depresiones Neuróticas ( <i>Pérdida de un ser querido, pérdida de una situación económica, pérdida de Poder, pérdida de la salud, etc.</i> ).
Ecológicas	Depresiones Simples o leves.
Sociales	

## DIAGNÓSTICO

Los factores que se presentan en los cuadros depresivos pueden ser tan variados puesto que la depresión también puede mostrarse como un tipo de depresión activa o ansiosa. El sujeto depresivo presentará diferentes tipos de manifestaciones emocionales, siendo las más representativas tristeza patológica, ansiedad y periodos de irritabilidad y mal humor (Belloch, 1995). Una de las características físicas que normalmente se encuentran en este tipo de cuadros son: la pérdida de peso y falta de deseo sexual los cuales no aparecerán inmediatamente sino que puede pasar un cierto tiempo. Otro factor que puede presentarse es la alteración del sueño, presentándose en ciclos alterados o simplemente en la pérdida de éste (Belloch, 1995). Estos síntomas pueden presentarse de una manera diferente por lo que es preciso manejarlos de una manera coordinada y complementaria para un diagnóstico acertado.

### Criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1996)

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas que presentan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida del interés o de la capacidad para el placer.

- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el mismo sujeto o la observación realizada por otros.
- (2) Disminución acusada del interés de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
- (3) Pérdida de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento de apetito casi cada día.
- (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
- (8) Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.

- (9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

El DSM-IV toma como síntomas diagnósticos para la depresión los siguientes: el estado de ánimo depresivo, la anhedonia, insomnio o hipersomnia, baja autoestima, abatimiento, sensibilidad al rechazo interpersonal, pérdida o aumento de peso, sentimientos de inutilidad, disminución de la capacidad para concentrarse, sentimientos de desesperanza, agitación o enlentecimiento motor, fatiga o pérdida de energía, pensamientos de muerte e ideación suicida.

## **CRITERIOS**

A. Presencia de síntomas durante un periodo de 2 semanas, que presentan un cambio sobre la actividad previa; uno de los síntomas deben ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

B. Durante el periodo de 2 meses la persona no ha dejado de presentar los síntomas.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcionales, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicológicos o enlentecimiento motor.

## **CURSO**

El trastorno depresivo puede empezar a cualquier edad, y en la vida promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo posterior (APA, 1996).

Los episodios depresivos pueden desaparecer completamente y no hacerlo o hacerlo sólo parcialmente. Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación interepisódica. Por tanto, las especificaciones de curso, con recuperación episódica total y sin recuperación interepisódica total, pueden tener valor pronóstico.

A menudo, los episodios de trastorno depresivo se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o segundo episodio de trastorno depresivo y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas y la dependencia de sustancias (especialmente alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo (APA, 1996).

De acuerdo con el manual del DSM-IV, el apartado de "trastornos del estado de ánimo" comprende los trastornos depresivos que se dividen en: trastorno depresivo mayor; trastorno depresivo mayor episodio único; trastorno depresivo mayor recidivante; trastorno distímico; y trastorno depresivo no especificado.

## **TRATAMIENTO**

El abordaje del paciente depresivo en cuanto a la valoración del potencial suicida y la posterior prevención pasa, primero, por la valoración de los factores de riesgo; en segundo lugar, un tratamiento biológico adecuado y, por último, un abordaje psicológico apropiado, que comprenderá una acción explicativa de los síntomas, lo que impedirá que las personas que rodean al paciente interpreten mal los síntomas depresivos y que no lo conduzcan a conclusiones desfavorables para el enfermo, lo que les evitará caer en errores frecuentes, como exhortarle a dominarse o a animarse, decirle que esto de la depresión es cosa de "poner voluntad" (Vallejo, 2000).

Las formas de tratamiento que propone como opción Kaplan (2000) son la hospitalización, la psicoterapia familiar, la farmacoterapia y la terapia electroconvulsiva. Cuando el paciente es suicida, la hospitalización está indicada para proporcionar la máxima protección contra los impulsos y conductas autodestructivas. La psicoterapia o intervención familiar es casi siempre un componente en el tratamiento de depresión, para educar a las familias frente a los trastornos de ánimo así como para animarles a una resolución de conflictos más efectiva. La intervención familiar es especialmente importante para afrontar el conflicto, ya que el conflicto que persiste puede empeorar o incrementar las recaídas depresivas.

En la farmacoterapia los medicamentos encargados de la inhibición de la recaptura de serotonina son efectivos en el tratamiento de la depresión en adultos, tienen un perfil de efectos secundarios benignos y su potencial letal por sobredosis es realmente bajo. Los antidepresivos tricíclicos se han utilizado con menos frecuencia después de los inhibidores de la recaptura de serotonina. El seguimiento es esencial debido a que produce arritmias cardíacas serias, ataques, coma y muerte. La terapia electroconvulsiva (TEC) se ha utilizado para una gran variedad de enfermedades psiquiátricas en adultos, principalmente en los trastornos del ánimo depresivo, maníacos y en la catatonia.

### **Terapia Familiar Sistémica y depresión**

La Terapia Familiar Sistémica ha probado su eficacia en el tratamiento de la depresión, el estudio más importante es conocido como el Ensayo de Londres de Intervención en la Depresión (ELID: Leff et al., 2000) inició en 1991 para comparar la eficacia de los Fármacos antidepresivos, la Terapia Cognitiva Individual (TCI) y la Terapia Sistémica de Pareja. Esta investigación estuvo dirigida por Jones y Asen (2004), que son terapeutas familiares, en su estudio las personas diagnosticadas como "deprimidos" por psiquiatras fueron asignados aleatoriamente a una de las tres modalidades de tratamiento, uno de los hallazgos más importantes fue que las personas atendidas en TSP respondieron significativamente mejor que los tratados con TCI o medicación antidepresiva.

Una de las mayores aportaciones del ELID fue la creación de un manual de terapia sistémica de pareja, que trata de estandarizar el procedimiento empleado, esta fue el primer estudio sistematizado donde la terapia sistémica probó su utilidad en el tratamiento de la depresión. Este manual incluye técnicas y estrategias claramente pertenecientes a la terapia sistémica principalmente de los modelos estructural (Minuchin, 1974), modelo milan (Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata., G., 1980), modelo de terapia breve (Watzlawick, P., Weakland, J., y Fishc, R., 1986) y del modelo centrado en soluciones (De Shazer, S., 1985).

Desde esta perspectiva (ELID) la depresión se contempla como una respuesta a experiencias de impotencia (Jones, 1994), en la que es posible la existencia de desencadenantes desde la niñez como abuso, maltrato, desde luego que existen factores relacionados como la pobreza, desempleo, estos factores sociales interactúan con los factores personales como la resistencia a la adversidad e historia personal contribuyendo a que las personas sean vulnerables a la depresión. Desde la visión sistémica no se pretende negar la influencia de los factores biológicos y las emociones, lo que se busca es una forma de intervenir en esta problemática para quienes nos dedicamos a este tipo de tratamientos.

### **La Depresión conceptualizada desde la Teoría sistémica**

Coyne (1976) fue el pionero en hacer intentos por demostrar la dinámica interpersonal de la depresión, examinó y describió la conducta interpersonal de la persona deprimida. En sus trabajos (Coyne, J. 1976a, 1976b, 1994) concibe la depresión como un sistema de autogestión que mantiene sistemas de relaciones interpersonales que favorecen el mantenimiento de los síntomas. La sintomatología depresiva es congruente con el desarrollo interpersonal de la persona deprimida, los síntomas tienen una relación estrecha con la respuesta al entorno social. En esencia, se argumenta, que la persona deprimida y las personas de su entorno establecen sistemas relacionales en donde los intentos de los segundos para ayudar al deprimido mantienen los síntomas.

### **La Depresión en los modelos sistémicos y en los posmodernos**

En los modelos de terapia familiar sistémica los síntomas depresivos del paciente identificado (PI) están conceptualizados en términos interaccionales. El término PI es usado para indicar que las personas así designadas (por ellos mismos, por los miembros de la familia, o por los profesionales). Desde este punto de vista sistémico un diagnóstico, no es un descubrimiento de una realidad, sino un acuerdo sobre una etiqueta, término profesional coloquial usado por comodidades de comunicación. El PI es contemplado como participe de una variedad de contextos y de diferentes comportamientos, incluyendo los síntomas como elementos relacionados con éstos, pueden incluir patrones de relación del aquí y ahora de las familias de origen y de otros contextos como del mundo del trabajo, la sociedad y la cultura. Las relaciones cercanas son consideradas como influyentes e influenciadas por el PI y por los síntomas. Así, las respuestas de los miembros de la familia hacia el PI deben ser consideradas como un elemento que mantiene la angustia y los síntomas del PI (Jones y Asen, 1994).

La visión sistémica aunque mantiene dentro de sus modelos la misma lógica epistemológica se diferencia en algunos conceptos. En el modelo estructural (Minuchin, 1974), la depresión como cualquier otro síntoma es mantenido por pautas rígidas de relación sostenidas por estructuras disfuncionales, por lo que el foco de atención es la estructura familiar. En el modelo estratégico (Haley, 1976) el paciente identificado como deprimido mantiene un poder disfuncional dentro de la familia por lo que la intervención se dirige a restablecer esta jerarquía incongruente por una congruente y más funcional. El modelo de terapia breve (Watzlawick, P., Weakland, J., y Fishc, R., 1986) conceptualiza que la depresión de la misma manera que otros problemas psicológicos, es sostenida por los intentos de solución que los integrantes realizan para resolver el problema. El modelo centrado en soluciones (De Shazer, S., 1985) propone que los problemas humanos, como la depresión, son mantenidos por el significado que las personas han acordado en torno a la experiencia. Para el modelo Milán (Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata., G., 1980), los problemas como la depresión, se forman cuando el juego familiar deja de ser adaptativo para convertirse en patológico cuando adscribe a los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a los requisitos del momento evolutivo que atraviesan.

En cuanto a los modelos posmodernos cuyas premisas epistemológicas se generan en el construccionismo social, sostienen que las formas en que las personas narran sus situaciones nada dicen sobre un mundo real, sino que dependen de los acuerdos sociales que tienen que ser mantenidos constantemente con quienes se relacionan. Por lo que la depresión no es más que una narración de cómo la persona se concibe ante sí misma, los demás y el mundo, desde luego estas historias son sostenidas por y en el lenguaje con los otros actores sociales. Gergen (1996) señala que la forma de co - construir o "forjar un nuevo sentido" con el paciente es muy variada y que se han desarrollado muchas formas de trabajo para ello. Goolishian y Anderson (1992) emplean una forma de "investigación interesada" (esta se lleva a cabo haciéndole preguntas al paciente de forma que las mismas den crédito a su realidad y le "urja" progresar); Andersen (1991) con su equipo han desarrollado lo que denominan "equipo reflexivo", donde los que se encuentran detrás del espejo pasan a compartir sus construcciones con la familia; White y Epston (1993) emplean cartas, escritas por ellos mismos o por el paciente; Schnitman (1994) hace hincapié en las posibilidades positivas.

A continuación se reportan cuatro casos donde clínicamente se observan síntomas depresivos, el tratamiento terapéutico se sustenta en modelos de la terapia sistémica (modelo centrado en soluciones, modelo milán y modelos posmodernos). Al final de la presentación de los casos se incluye un apartado de discusión, conclusiones y reflexiones finales.

## **1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia en la que se atendió como terapeuta.**

### **Caso 1. FAM. ZAPATA SANCHEZ.**

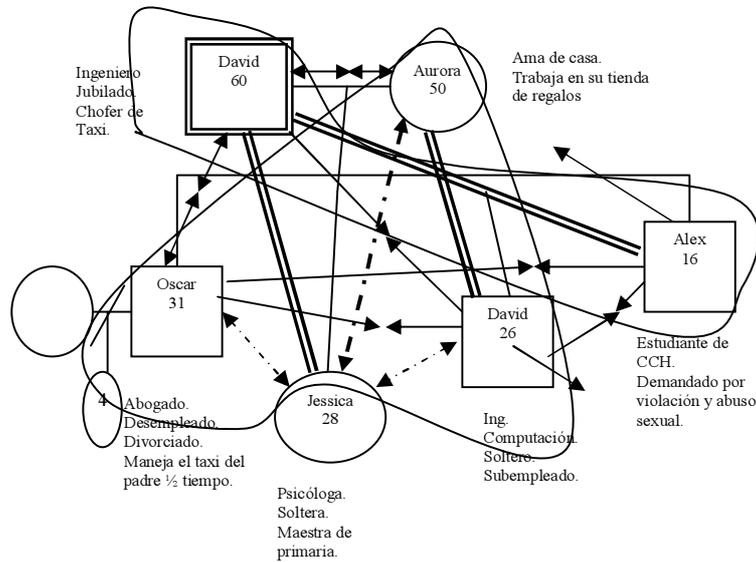
TERAPEUTA: JULIO CÉSAR CORTÉS RAMÍREZ.

SUPERVISOR: DR. RAYMUNDO MACIAS.

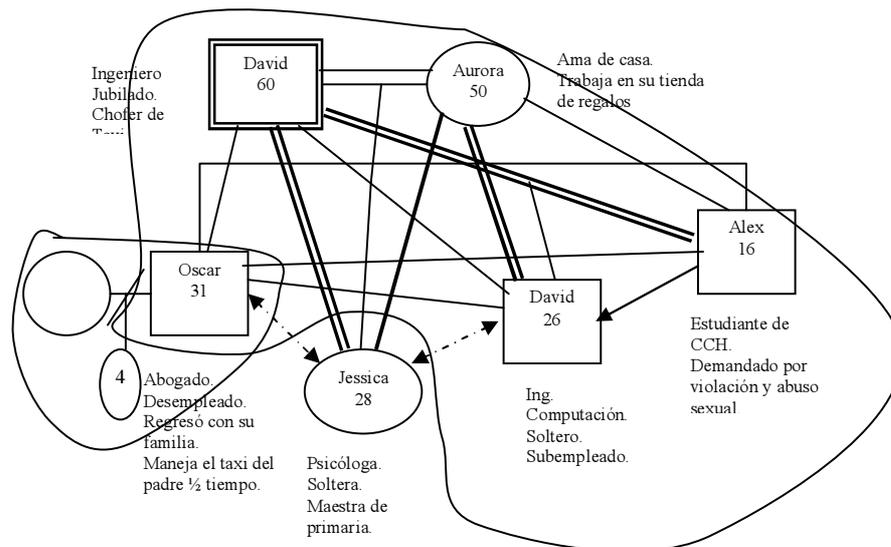
### **I. Presentación del caso.**

La Familia Zapata Sánchez está compuesta por David y Aurora que son los padres y los hijos Oscar, Jessica, David y Alex. David (padre) acudió al centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología porque se siente "triste" y "decepcionado" de sus hijos ya que continuamente tienen interacciones violentas que lo han llevado a vivir a un departamento con su hijo Alex a quien el resto de la familia lo perciben como la "causa" de los problemas familiares, además en los últimos meses ha tenido problemas de insomnio, se muestra irritable con su familia (especialmente con su esposa), además de llanto constante. Durante el proceso terapéutico se incorporó el resto de la familia logrando remitir las interacciones violentas así como la sintomatología depresiva que David refería al inicio de la terapia. Se considera un caso *exitoso* en tanto la familia y el equipo terapéutico evaluaron que se resolvieron los motivos de consulta.

## II. Familiograma al inicio de la terapia



## Familiograma actual



## III. Motivo de Consulta

David acude a consulta de terapia familiar, por varios motivos. El primero de ellos se debe a la sensación de malestar, esto lo ha llevado a presentar varios síntomas depresivos como llanto, tristeza, todos ellos relacionados con los problemas que ha tenido con su familia. David salió de la casa junto con su hijo Alex por violencia entre sus hijos; y por un problema judicial que tiene Alex. David refiere sentirse decepcionado y enojado con sus hijos y su esposa porque no lo han apoyado con los problemas que tiene con Alex.

#### IV. Etapa del ciclo vital

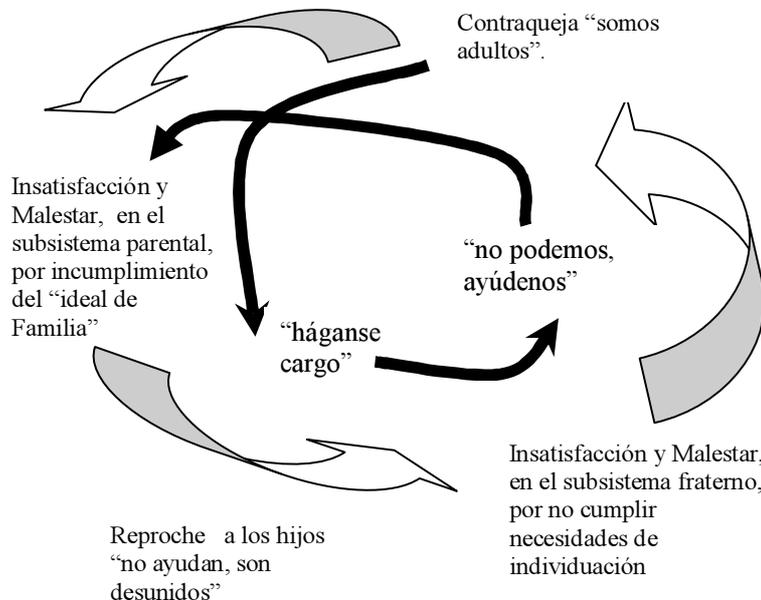
La familia Zapata Sánchez, se encuentra en la cuarta etapa del ciclo vital conocida como "nido vacío y reencuentro de la pareja". Esta familia tiene dificultades para enfrentar esta etapa, p.e. Oscar, el hijo mayor, después de separarse de la esposa, regresó a la familia de origen, en este momento se encontraba desempleado, con problemas económicos y emocionales. La única que ha logrado desprenderse es Jessica, quien desde hace algunos años es económicamente independiente. David también es profesional, sin embargo, solo trabaja de manera eventual. Cabe mencionar que son los padres quienes sostienen económicamente a esta familia. David es jubilado, pero por la situación económica de sus hijos ha tenido que emplearse como taxista para ayudarlos. Por su parte Aurora inició un negocio de regalos y curiosidades, con el cual cubre los gastos del hogar, porque sus hijos no colaboran con el gasto familiar.

#### V. Definición de los problemas

El principal problema de esta familia son la intensidad y frecuencia de interacciones violentas entre los integrantes de la familia, en los que indistintamente esta involucrado Alex. Estos problemas, se pueden entender, desde el modelo dinámico-sistémico-integrativo, como falta de cumplimiento en las expectativas que tienen unos miembros de la familia hacia otros, lo que conduce a David a deprimirse.

#### VI. Hipótesis Sistémica

La situación problemática esta siendo sostenida por un circuito de retroalimentación negativa. En donde el malestar (síntomas depresivos) e insatisfacción del subsistema parental, promueve sentimientos de malestar en los hijos, que ven insatisfechas sus necesidades de individuación y realizan una contraqueja, que a su vez genera insatisfacción en el subsistema parental, cuando esta interacción se intensifica aparece la violencia.



## VII. Objetivos de la Terapia

- Disminuir la intensidad y frecuencia de las interacciones violentas, a través de modificar los sentimientos de resentimiento y culpa, introduciendo el concepto de responsabilidad.
- Ayudar a la familia a superar la etapa del ciclo vital que están atravesando.
- Disminuir la aparición de síntomas depresivos en David.

## IX. Resumen del proceso terapéutico

Se trabajaron 20 sesiones de terapia, como intervención principal se utilizó el cuestionamiento circular del modelo milán, tanto para identificar el problema y su pauta, como para promover cambios. Este abordaje terapéutico contempló los conceptos del modelo dinámico sistémico integrativo del Dr. Raymundo Macías que supervisó directamente el caso, e incluso participó como terapeuta consultor en una sesión.

A las sesiones acudieron como invitados todos los hijos (en sesiones distintas), pero se trabajó principalmente con la pareja parental (fueron los más interesados), las intervenciones se centraron en **validar** y **normalizar** las emociones, **connotar positivamente** las cosas que han hecho bien como padre y **cuestionar** su participación en la pauta interaccional de los problemas. A través de esto se consiguió desetiquetar a Alex como el paciente identificado esto se logro, a través de **reencuadrar** los problemas en términos interaccionales.

Durante algunas sesiones, se hicieron intervenciones para que David y Aurora establecieran acuerdos en cuanto a roles, liderazgo, toma de decisiones, y reglas en cuanto al apoyo que les dan a los hijos.

La postura de David y Aurora ha sido de colaborar con la terapia. En el proceso se promovió la construcción de una buena alianza terapéutica, que consistió en **escucha activa, parafraseo, aceptar todos los puntos de vista** como válidos, manteniendo una **postura colaborativa** con todos los integrantes de la familia que han asistido a las sesiones. El **cuestionamiento circular** permitió contar con varios puntos de vista de los problemas, se realizó con el objetivo de introducir nueva información que promueva el cambio. A través de introducir esta información, condujo a David y Aurora a reflexionar sobre su papel como padres, se movieron de malestar (síntomas depresivos) a sentimientos de bienestar, aun cuando sus puntos de vista son diferentes, han aprendido a respetarlos. Estas reflexiones, llevaron a Aurora a cambiar su postura de tolerancia hacia Alex a una de respeto (en donde acepta que él no sea lo que ella espera, pero puede mostrarse afectuosa con él y no confrontarlo). Lo anterior no quiere decir que sea permisiva, sino que ahora trata de negociar con él en lugar de imponer.

Al final de la terapia David continuó con una visión pesimista con respecto al cambio, pero su malestar ha venido disminuyendo, y las acciones que ha emprendido para afrontar los problemas son distintas, en lugar de evitar los problemas (como cuando salió de la casa con Alex) ahora los enfrenta. Al final del proceso se realizó **una prescripción con intención paradójica**, para sostener los cambios y normalizar la recaída.

Se hicieron dos sesiones de seguimiento a los dos y tres meses después del cierre del proceso, los cambios se mantuvieron en lo que respecta a la frecuencia como en la intensidad de la violencia, entre los integrantes de la familia, y David aunque continúa pesimista, no ha presentado síntomas depresivos.

## **X. Evaluación de la terapia y de los cambios observados**

Se lograron cambios en las siguientes áreas:

En lo que respecta a la violencia, se disminuyeron tanto la frecuencia como la intensidad de las interacciones. En cuanto a la *constitución familiar*, David (padre) y Alex regresaron a vivir con el resto de la familia, y Oscar salió de la casa de los padres, regresó a vivir con su esposa e hija. Aurora y David se pusieron de acuerdo en cuanto a obligaciones, responsabilidades, roles. Han llegado a acuerdos en cuanto a los gastos de la familia, y las funciones que desempeña cada quien.

Con respecto a las *Relaciones entre los miembros*. Alex y Aurora han mejorado su relación, se han acercado y ya no han tenido peleas, además Aurora refiere que siente "cariño, ternura y amor" por su hijo, que antes se sentía muy enojada con él y lo rechazaba, ahora la expresión de afecto es diferente. David (hijo) ya no responde a las provocaciones de Alex, y Alex ha disminuido las conductas de provocar a David. Oscar ha apoyado a Alex en sus tareas, y la relación entre ellos es más cordial.

Aún cuando David (padre) se mostró pesimista en cuanto a los primeros cambios, se convenció de que hay muchos problemas que son de sus hijos y que les corresponde hacerse cargo a ellos. Quedó satisfecho con los cambios observados en su hijo Alex. Para David (padre) fue importante recobrar la "esperanza" en su familia y en él mismo. Además se remitieron los síntomas depresivos.

## **IX. Análisis del caso**

En este caso se trabajó desde una perspectiva cibernética de segundo orden o de los sistemas observantes, por lo tanto no puede dejarse a un lado que el terapeuta se convirtió en parte de este sistema. Pensando de esta manera, el terapeuta aun cuando mantuvo una perspectiva despatologizante, no normativa, mantuvo una visión de salud mental al tener en cuenta que los síntomas depresivos presentados por David fueron foco de atención durante el tratamiento. Así mismo el terapeuta mantuvo una postura de respeto por el sistema de creencias, los tiempos de la familia, la visión pesimista de algunos integrantes de la familia y del equipo terapéutico, etc., se mantuvo una postura no directiva, alejada de la interacción instructiva (Maturana, 1984), la pregunta es ¿por qué? La respuesta es sencilla pero llena de complejidad. Si se piensa en las familias como sistemas que se autorregulan (Shannon, 1948), no podemos pretender que el terapeuta tiene la capacidad de imponer cambios a un sistema, por lo menos el terapeuta que atendió el caso no puede hacerlo, porque como menciona Von Foerster (1991) *Todo lo dicho es dicho por un observador*, por lo que cada idea que el terapeuta tiene de la familia que atiende esta influenciada por la historia personal, los marcos de referencia, etc., y al transmitir las a la familia se construye un sistema diferente. Con la familia Zapata sucedió que fueron atendidos por un terapeuta que intentó propositivamente transmitirles respeto, que más que intervenir con técnicas o estrategias, trató de influir al sistema con una postura colaborativa, donde el cambio fue consecuencia de la introducción de información nueva dentro del sistema (terapeuta-familia), de resaltar las diferencias y coincidencias en los puntos de vista, de validar las emociones, de respetar la agenda de la familia que se convirtió en la agenda del sistema, eso fue lo que promovió el cambio.

## Caso 2. Familia Manríquez Díaz

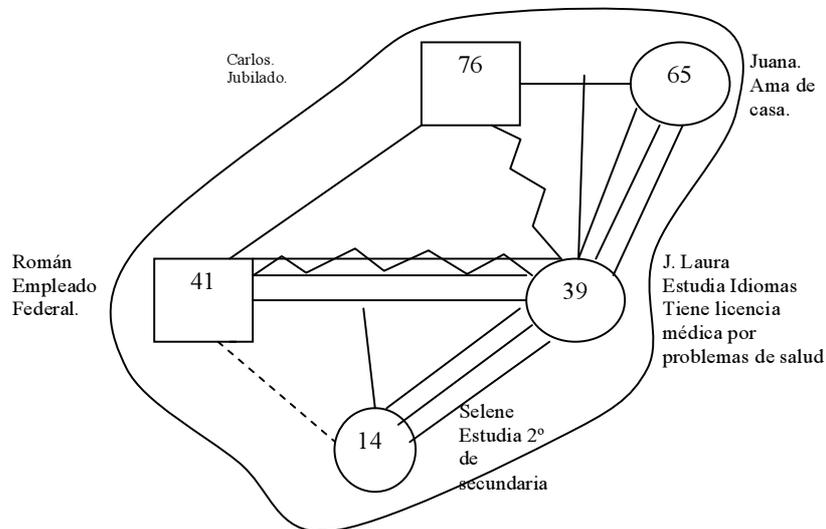
TERAPEUTA: JULIO CÉSAR CORTÉS RAMÍREZ.

SUPERVISOR: DR. FLAVIO SIFUENTES.

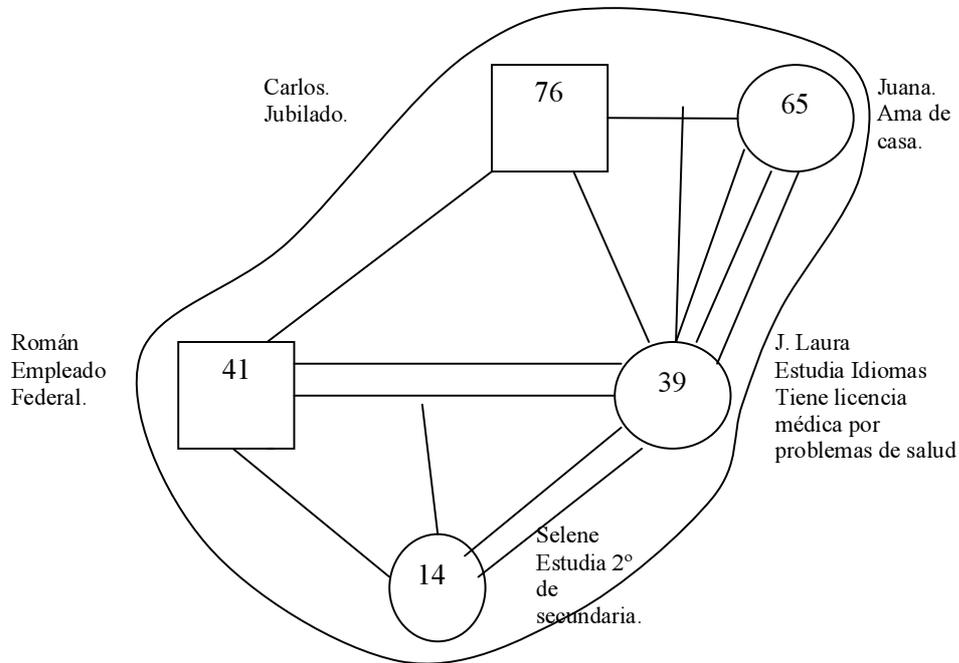
### I. Presentación del Caso

La familia Manríquez Díaz está compuesta por los padres Laura y Román y la hija Selene que es una adolescente que al momento de solicitar la consulta muestra un comportamiento "rebelde", los padres acuden "preocupados" porque su hija no los escucha y "no saben lo que sucede". La interacción en esta familia se define por la actitud de rebeldía de Selene, la ansiedad y angustia de Laura y el alejamiento de Román. Se trabajaron sesiones con toda la familia, pero se brindó atención especial a Laura que presentaba síntomas depresivos mantenidos por una historia personal de violencia y abuso sexual en la infancia, así como problemas de salud físicos de consideración.

### II. Familiograma antes de la terapia



## Familiograma después de la terapia



### III. Motivo de Consulta

La familia M. D. Acudió al centro de servicios psicológicos Julián Mc Gregor, debido a que Selene de 14 años amenazó a sus padres con cortarse las venas de la muñeca. Los padres de Selene han estado preocupados por brindarle un ambiente estable y confortable, debido a problemas en la interacción de la pareja deciden solicitar apoyo psicológico. Laura percibe que Selene es una chica retraída que no muestra interés por la escuela y a la que le tienen que resolver los problemas.

### IV. Etapa del ciclo vital

La familia M.D. atraviesa la etapa del ciclo vital de la adolescencia de los hijos, la adolescencia es considerada como la etapa que más pone a prueba la flexibilidad del sistema familiar (Estrada, 1996). Olson (1991) ha encontrado que los niveles de cohesión y adaptabilidad más bajos del ciclo vital de la familia se dan en las familias con hijos adolescentes. La adolescencia es un proceso universal de cambio y de desprendimiento que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene sobre sí mismo impulsándolo a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez (Rivera, 1999).

## **V. Definición de los problemas**

Laura tiene múltiples problemas de salud física y emocional, vive con un solo riñón, padece hipoglucemia e hipertensión arterial, hace 28 años en el hospital donde le retiraron el riñón fue violada por un médico; la salud de Laura es un tema de preocupación en toda la familia. Aunado a esta situación, mencionan que constantemente han tenido que cambiar de residencia por cambios en el trabajo de Román, por lo cual piensan que Selene no ha vivido en un ambiente de estabilidad y bajo situaciones de estrés, ya que han tenido experiencias de violencia, donde incluso han estado en peligro de muerte. Por las experiencias vividas Laura se preocupa, se pone muy tensa y presenta síntomas depresivos cuando percibe que ella o alguien de su familia pueden estar en peligro, por su parte Román expresa que ha tenido problemas de su trabajo como empleado en una dependencia de gobierno.

Laura se siente sobrecargada pues percibe que ella esta llevando a cabo todas las funciones Maternaje y Paternaje, a Román lo percibe como una persona pasiva que no es lo suficientemente responsable y le falta iniciativa para resolver los problemas.

Por su parte Román percibe a Laura como sobreinvolucrada con Selene, se muestra preocupado por la salud de Laura y percibe el problema como falta de comunicación en la familia.

Selene a su vez refiere que sus padres tratan de que ella cumpla con lo que ellos no pudieron hacer. Los tres coinciden en pedir apoyo tanto por el estrés que han vivido como para pedir apoyo porque tienen planeado vivir nuevamente en provincia en cuanto Román pueda conseguir un empleo en la ciudad de Jalapa.

## **VI. Hipótesis Sistémica**

La familia M. D. atraviesa una crisis en la etapa del ciclo vital con hijos adolescentes, en esta etapa las familias requieren reajustar los límites y volverlos más flexibles para permitir el desarrollo de la individual de Selene, pero al mismo tiempo tener reglas claras para que Selene perciba el apoyo de sus padres sin estar volcados en ella. La jerarquía en esta pareja es complementaria y tiende a ser rígida, es decir, invariablemente Laura toma las decisiones y Román no es una figura ejecutiva.

## **VII. Objetivos de la Terapia**

- Trabajar con los efectos de la violencia en la vida de la familia, a través de promover la expresión de las emociones de los tres miembros de la familia que acuden a las sesiones.
- Que la familia construya distintas formas de interacción que les generen que disminuyan el malestar (tensión, estrés, depresión, conductas pseudosuicidas, enojo, etc.) que les genera las actuales formas de relación. La forma actual es el sobre involucramiento de Laura y el alejamiento de Román.

## VIII. Resumen del proceso terapéutico

Este proceso terapéutico consistió en 13 sesiones, en donde acudieron los tres integrantes de la familia nuclear, el modelo principal con el que se trabajó fue **modelo centrado en soluciones**, la evaluación de los problemas y cambios se realizó con el Modelo Mc Master. Se cuidó la construcción de una alianza terapéutica, que consistió en **escucha activa, empatía, parafraseo, aceptar todos los puntos de vista** como válidos, manteniendo una **postura colaborativa** con todos los integrantes de la familia. Esta alianza terapéutica ha consistido en permitir y promover la expresión de las emociones de cada uno sin criticarlos, ni enjuiciarlos pero si cuestionar la utilidad de sus posturas y formas de interactuar.

El principal objetivo de la terapia se definió junto con la familia, desde luego para los padres fue la conducta de Selene en la escuela, en donde ella se muestra rebelde y ha tenido bajas calificaciones, además de conductas provocativas hacia Laura como decirle que se ha tomado sus pastillas para adelgazar o amenazar con cortarse las muñecas, la postura de Laura es de preocupación por estas amenazas de Selene. Este problema se abordó mediante la **búsqueda de excepciones** y se encontraron muchas situaciones en donde la rebeldía de Selene le ha ayudado a defender sus derechos, por lo que se pudo **reencuadrar** esta conducta. Otra de las quejas fue el distanciamiento de Román, lo cual se **reencuadró** como un estilo diferente de ser padre, esta intervención tuvo el efecto de que Román participara más como figura parental al ponerle límites a Selene con lo cual han podido resolver esas situaciones.

La queja de Selene es que sus padre cumplan a través de ella las cosas que ellos no pudieron realizar, ya que percibe que le han impuesto expectativas que ella no desea como estudiar una carrera universitaria para lo cual debe ser una excelente alumna, esta situación se **normalizó** explicándole a Selene que eso es algo común en muchas familias, y se **validaron** sus sentimientos de rechazo y enojo.

Con las excepciones encontradas a los problemas permitió validarles a los padres las cosas que han hecho bien para educar a Selene, esto tuvo un buen resultado en la percepción de ambos y favoreció el acercamiento de Román como una figura ejecutiva. También se **reencuadró** durante varias sesiones este alejamiento de Román y el involucramiento de Laura como estilos complementarios de ser padres.

Se trabajó durante dos sesiones con la pareja, se hicieron intervenciones para **rever el pasado**, esto sirvió para reencuadrar la visión que tenían de un pasado difícil y lleno de historias de violencia y permitir la separación de los problemas del pasado con los problemas actuales.

Laura durante las primeras sesiones se mostraba con llanto fácil, angustiada, triste, con rencor hacia su padre, por lo que se decidió trabajar tres sesiones de manera individual. Durante éstas sesiones se **validaron** sus emociones, se buscó **reencuadrar** el pasado, estas intervenciones permitieron disminuir la angustia y la sensación de tristeza de Laura disminuyó. El principal logro de estas intervenciones fue **deshacer las conexiones** de los eventos pasados con los actuales.

En la última sesión se evaluaron los cambios mencionados anteriormente, se normalizaron las recaídas que se han presentado y así como las futuras, se concluyó el proceso terapéutico. Dos meses después se realizó un seguimiento vía telefónica donde la familia refiere algunos problemas, pero se sienten capaces de resolverlos.

### VIII. Evaluación de la terapia y de los cambios observados

En este caso se hizo la evaluación con el Modelo Mc. Master.

<b>Evaluación del proceso terapéutico (Modelo Mc. Master).</b>		
	Al inicio de la terapia	Al final de la terapia.
<i>Solución de problemas.</i>	Esta familia presentaba problemas instrumentales y afectivos, tenían dificultades para adaptarse a los cambios constantes de residencia. Los efectos de las situaciones violentas que vivieron, los mantenían en un estado permanente de tensión y miedo. Les preocupaba el retraimiento de Selene, y la falta de socialización de ella, y su desinterés en la escuela. Laura se siente sobrecargada de ser ella la que se encarga del cuidado y educación de Selene.	Esta familia ha logrado resolver su situación de tensión. Laura ya no siente tanto miedo al salir a la calle y permite que Selene salga sola sin que esto le provoque angustia. Selene por su parte ha logrado establecer relaciones de amistad y noviazgo, y Román se ha involucrado en la toma de decisiones de la familia, y colabora activamente en la solución de conflictos.
<i>Comunicación.</i>	La familia se comunicaba de forma oscura y enmascarada, Selene se comunicaba mediante actos como amenazar a Laura de tomar pastillas, e intentar cortarse las muñecas.	La familia comienza a comunicarse de forma clara y directa. Selene verbaliza su malestar, aún se enoja y confronta a Laura pero ya no amenaza con conductas autodestructivas. En algunos aspectos sigue siendo indirecta, sobre todo en lo que tiene que ver con los síntomas de Laura que utiliza para manipular a Selene y a Román.
<i>Roles.</i>	Román cumplía sus funciones de proveer de recursos a la familia, pero estaba alejado tanto de brindar confort, promover el desarrollo personal, y participar en el control de conducta de Selene.	Laura sigue manteniendo el liderazgo en la familia, es la figura con mayor jerarquía. Pero Román comienza a participar tanto estimulando a Selene a desarrollarse personal como académicamente, y participa en el establecimiento de reglas y límites a Selene, es el principal promotor de que Selene se relacione fuera de la familia.

<i>Respuesta afectiva.</i>	Principalmente se expresaban afectos de malestar como enojo, depresión, desesperanza, principalmente por las experiencias violentas que ha vivido esta familia.	El enojo sigue presente en la familia, pero comienzan a utilizar palabras para expresarlo. Además se logró que expresaran amor y apoyo entre ellos. El manejo del enojo es un tema que queda pendiente.
<i>Involucramiento afectivo.</i>	Involucramiento excesivo de Laura en la vida de Selene. Parece que la madre necesita vivir a través de la hija, posiblemente para reparar, situaciones donde no se sintió valorada, cuidada, apoyada y protegida por sus propios padres.	Laura continúa haciendo intentos por controlar muchas situaciones de su hija. Pero, al participar Román, va separando esta relación, y existe la posibilidad de que logren un involucramiento empático. Para esto ha sido importante la participación de Román.
<i>Control de conducta.</i>	El control que ejerce Laura es rígido y no permite que Román participe en el cuidado de Selene.	El control sigue siendo rígido, pero Román es más flexible y su participación más activa, puede ayudar a flexibilizar la rigidez de Laura.

## IX. Análisis del caso.

Aun cuando el abordaje terapéutico se realizó con el modelo de soluciones, también se integraron conceptos del Modelo Mc Master que se derivan de una visión estructural de la familia. Las intervenciones del modelo de soluciones permitieron promover cambios, pero sobre todo resaltar aquellas áreas de la vida de la familia que no están invadidas por los problemas, pero que se dejan de ver cuando el problema se presenta. El modelo de soluciones parte de una perspectiva constructivista de la realidad, para autores como Watzlawick (1984), el lenguaje construye realidades y las emociones son axiomáticas, ellos proponen que desde esta perspectiva el terapeuta escucha con respeto el llanto de los consultantes. Pero, con esta familia en particular el terapeuta no solo se mantuvo respetuoso, sino que promovió la expresión de las emociones, ya que no se pudo mantener ajeno al dolor y tristeza manifestada por las personas. El terapeuta en este caso no solo fomentó el cambio por el cambio, sino que también se trabajó en escuchar a Laura que además de reelaborar sus experiencias dolorosas se realizaron intervenciones para fomentar la **catarsis y la abreactión**. Desde esta posición el terapeuta no es un promotor del cambio sino un colaborador que no sólo trabaja con el lenguaje para co-construir significados, sino que también siente y no puede mantenerse ajeno ante el dolor humano.

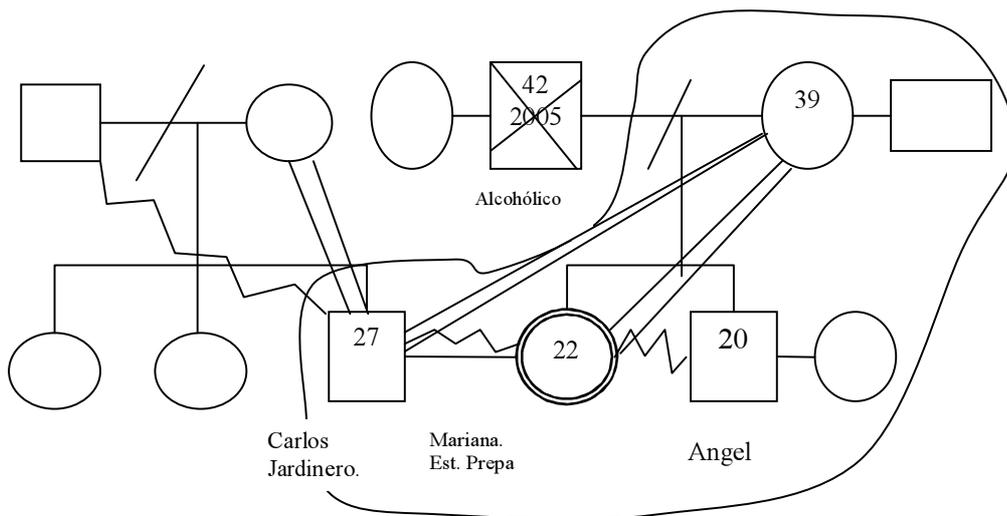
### Caso 3. PAREJA: Mariana y Carlos.

TERAPEUTA: JULIO CÉSAR CORTÉS RAMÍREZ.  
SUPERVISORA: MTRA. CAROLINA DÍAZ WALLS.

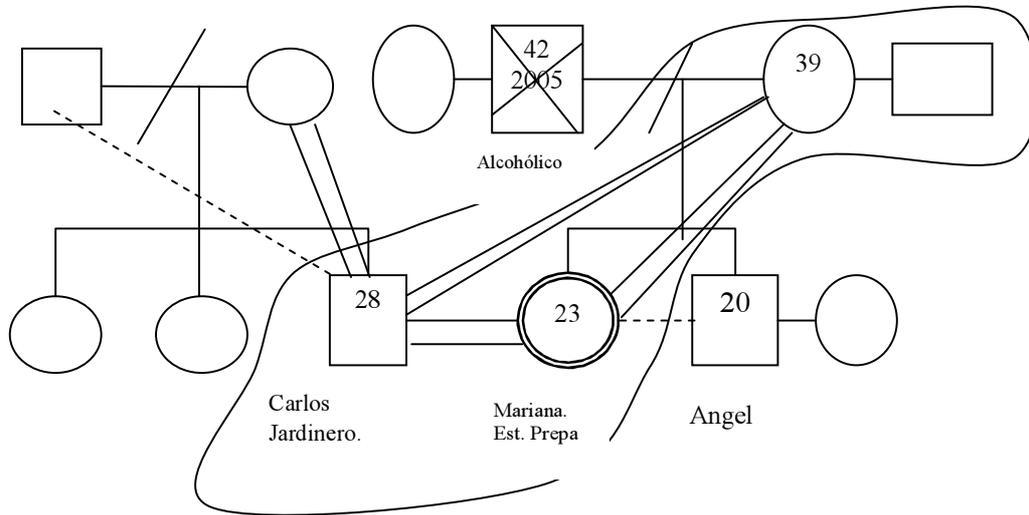
#### I. Presentación del Caso

La pareja está conformada por Mariana Carlos que tienen dos años de casados y tienen interacciones "violentas" donde se gritan y ofenden. La explicación inicial era que Mariana tiene dificultades para "controlarse" y por lo que es la "culpable" de que la relación sea insatisfactoria. Al principio del tratamiento solo acudía Mariana quien está planteando el divorcio como una alternativa de solución. Se incluyó a Carlos a las sesiones lo que permitió que la terapia se convirtiera en un espacio de diálogo donde se introdujeron los puntos de vista de ambos favoreciendo que se aclararan los malos entendidos, además de co-construir significados diferentes sobre la confianza y amor en la pareja.

#### II. Familiograma al inicio de la terapia



### Familiograma al final de la terapia



### III. Motivo de Consulta

Mariana solicitó atención terapéutica debido a problemas de violencia doméstica, señala que existía violencia verbal desde el noviazgo, a partir del matrimonio la violencia se ha vuelto más frecuente e intensa. Señala que las agresiones verbales y en algunas ocasiones físicas, son ejercidas por ambas partes. Ella considera que un factor que desencadena la violencia son sus propios celos.

### IV. Etapa del ciclo vital

La pareja se encuentra en la segunda etapa del ciclo vital denominada "**El encuentro**" (**Recién Casados**). En esta fase, se trata de integrar un sistema de seguridad interna, que incluya a uno mismo y al compañero. Al formar el sistema conyugal, tiene que haber un reordenamiento de las relaciones con las familias extensas y amigos, para incluir al cónyuge. También implica la necesidad de establecer acuerdos. Esta etapa es fundamental en la cimentación de la familia.

### V. Definición de los problemas

Los problemas de esta pareja son la frecuencia e intensidad de interacciones violentas. Además el alcohol se vuelve un problema ya que es motivo de discusiones y un medio que facilita las interacciones violentas.

## VI. Hipótesis Sistémicas

Si Mariana tiene un sistema de creencias tradicional rígido, entonces piensa que las mujeres son responsables de no fracasar en su matrimonio, por lo tanto ella acepta la violencia como una forma válida de relación.

Si el sistema de creencias de Mariana le ayuda a sostener que la pareja es todo, por lo que centra su atención, expectativas, proyectos en Carlos, entonces es posible que en esta situación ambos se sienten atrapados y evita que Mariana pueda ver proyectos individuales que promuevan su desarrollo personal.

Si Mariana y Carlos no tienen una comunicación clara y directa, entonces esto facilita que se genere enojo y tensión, por lo tanto cuando tienen una discusión ambos pelean y generan violencia.

Si Carlos tiene una historia de vida dolorosa y triste, entonces cuando bebe lo hace en un ambiente de soledad, por lo tanto es posible que el alcohol funcione como un medio para contactar con sus emociones o como un medio para evitar problemas.

## VII. Objetivos de la Terapia

- Disminuir la intensidad y frecuencia de las interacciones violentas.
- Facilitar el proceso de adaptación de Mariana y Carlos en el matrimonio.
- Informar a Carlos de los riesgos que conlleva su forma de beber alcohol.

## VIII. Resumen del proceso terapéutico

Este caso se abordó desde el Modelo Milán, se trabajaron un total de 15 sesiones de terapia y una sesión de seguimiento. Se trabajaron los problemas de violencia en la pareja tanto a nivel terapéutico como preventivo, así mismo se abordaron problemas relacionados con la etapa del ciclo vital que atraviesa esta pareja. La terapia resultó exitosa en tanto los pacientes han modificado sus interacciones violentas, favoreciendo nuevas formas de relación donde la violencia se erradicó como una vía para "resolver" los conflictos, por lo tanto la comunicación clara y directa es un camino que esta pareja comienza a utilizar para aclarar las dificultades que enfrentan día a día.

Esta terapia se abordó en dos etapas, en la primera solo acudió Mariana, en las tres sesiones que acudió sola refirió sentirse triste, defraudada y enojada por la indiferencia que percibía en Carlos para resolver los problemas. Mariana mencionó que la violencia empezó desde el noviazgo con algunas actitudes que veía en Carlos pero creyó que con el matrimonio cambiarían. La violencia ha sido más frecuente y las peleas son más intensas. Mariana vivía con culpa su participación en la violencia, se sentía responsable de las peleas. Describe que Carlos constantemente le manda mensajes de que ella no se controla, que está loca, que ella es la impulsiva, dichos mensajes son reforzados por la familia de origen de Mariana ya que también le dicen que tiene que controlar sus reacciones. Incluso el psicólogo que la entrevistó en la pre-consulta definió el problema como una "Falta de control de emociones", por lo que le recomendó a Mariana una terapia individual. En estas sesiones se trabajó con **preguntas circulares** para definir los problemas, **validación de emociones**, técnicas de **reencuadre** con la finalidad de pasar de una postura de culpa a una de responsabilidad de auto-cuidado y auto-protección.

Para el Modelo de Milán es importante el pasado y los **sistemas de creencias** de las personas, al evaluarlo se encontró que Mariana se explica que sus problemas tienen que ver con la infancia que vivió, con un padre alcohólico generador de violencia, y que terminó cuando su madre decidió separarse de él. Para Mariana separarse de Carlos es equivalente a "fracasar" por lo que en este momento no es una opción, lo que le genera mayor presión.

En la segunda etapa de la terapia se integró Carlos, con él se realizaron preguntas circulares similares a las que se le hicieron a Mariana (**Neutralidad**) para redefinir el problema. Mediante preguntas circulares (**circularidad** y puesta a prueba de las **hipótesis**) se definió que en la pauta de interacción violenta están presentes los celos que Mariana siente cada vez que Carlos actúa de manera "sospechosa" cuando recibe llamadas de sus clientas, entonces ella se comporta más suspicaz, él trata de negar las acusaciones de Mariana, ella cree que él miente, hasta que la discusión se convierte en una pelea a golpes. Se hizo circular la hipótesis sobre las ideas tradicionales que mantiene el sistema de creencias con respecto al matrimonio. Al parecer Mariana tiene ideas tradicionales sobre el matrimonio, para ella el matrimonio lo es todo, para Carlos el matrimonio es importante, pero también las relaciones con la familia, los amigos, el trabajo. Esta **diferencia** se resaltó en las sesiones y fue uno de los ejes principales en todo el proceso.

Durante las primeras 3 sesiones en pareja Mariana mantuvo una percepción más pesimista hacia el cambio, continua percibiendo algunos problemas. Para Carlos los cambios se fueron dando desde que ambos asisten a un espacio de diálogo donde puede expresar sus emociones y puntos de vista sin tener que pelear. La percepción de la gravedad de la violencia cambió en el terapeuta y en el equipo, ya que fue evidente que el afecto en esta pareja es positivo. En cada sesión se trabajó con preguntas circulares, se resaltaron las diferencias **connotándolas positivamente**, lo cual tuvo un efecto positivo logrando mantener la neutralidad.

A partir de la cuarta sesión (en pareja) ambos reportaron la disminución de las discusiones y peleas, consideraron que la comunicación clara les ayudo a aclarar los malos entendidos. Para fortalecer los cambios se realizaron preguntas **circulares de intervención en pasado** p.e *¿Cómo le hicieron para ponerse de acuerdo?* Además de preguntas planteadas en **futuro hipotético** *¿cómo le pueden hacer para que el otro lo sepa lo que el otro quiere?*

Un tema importante (introducido por el equipo terapéutico) al que se le dedicaron algunas sesiones fue el control y el poder, por ejemplo en el manejo del dinero y del tiempo (actividades de cada uno), la **hipótesis** fue que el control y el poder los tiene de Carlos. De acuerdo con lo anterior, se **cuestionó** sobre el tiempo para distraerse y el tiempo que tienen para estar juntos y para hacer actividades con otras personas. Para introducir cambios se hicieron preguntas de intervención p.e *¿Qué actividades consideran que se tiene que hacer en pareja y cuales de manera individual?, ¿qué podrían hacer para que cada uno de ustedes pueda tener actividades individuales y otras en pareja?*

El alcohol surgió como un tema a trabajar debido a la presencia de este factor en las discusiones entre la pareja. El equipo terapéutico y el terapeuta consideraron que abordar el problema de alcohol podría tener resultados positivos a nivel preventivo. Mariana se quejaba que Carlos cuando toma alcohol se gasta el dinero que puede servir para el gasto familiar y se siente mal porque recuerda que su padre bebía y eso la entristece.

Para Carlos el alcohol no es problema, porque desde su punto de vista él mantiene el control cuando bebe. Se hizo **circular la hipótesis** de que el alcohol atrapa, y ¿cómo atrapa a Carlos? Para Carlos no es un problema el alcohol, para él es un gusto, "un vicio", que disfruta y le molesta "cargar" con el "trauma" de Mariana. Resultó importante diferenciar que se trata de dos problemas que aunque están relacionados son distintos, para Mariana el problema es el dolor que siente al recordar sus experiencias de la infancia cuando Carlos bebe, y para Carlos el problema es que Mariana lo relacione con esos recuerdos. Por lo tanto al introducir la hipótesis mencionada, ambos comenzaron a ver el alcohol como un riesgo para la salud y para la relación de pareja.

Durante todo el proceso se abordaron los problemas característicos de la etapa del ciclo vital, la principal dificultad era trazar los límites con las familias de origen. Por cuestiones económicas Mariana y Carlos viven con la familia de Mariana, por lo cual han tenido que organizarse en cuanto al gasto familiar, mantenimiento de la casa. Ambos coincidieron en crearse un espacio de intimidad, que si bien podían compartir actividades, responsabilidades, etc. con la familia de Mariana eso no les impedía tener privacidad, intimidad, etc. En las sesiones posteriores se trabajó con la historia personal de Carlos, en las sesiones donde Mariana acudió sola se revisó su historia personal. Fueron dos los criterios para realizar esta revisión del pasado: el primer criterio fue clínico, tanto Mariana como Carlos pensaban que hablar del pasado desahoga, alivia, etc. y el segundo criterio fue técnico ya que el modelo Milán busca explorar el pasado enfocándolo hacia el futuro.

Carlos compartió parte de su historia, narró que de niño sus padres se separaron, fue golpeado, maltratado siendo algo que no desea repetir. La imagen que Carlos tiene de su padre es de un "desobligado", que no lo apoyó, y está muy resentido con él, en la actualidad el padre de Carlos lo ha buscado pero él no lo quiere ver. A los trece años dejó la escuela y comenzó a trabajar lavando carros, recogiendo periódico, para ayudarle a su madre y a sus hermanos. Después se fue solo a Estados Unidos, describe que tuvo que vivir en la calle, después se enlistó en el ejército de ese país, en donde recibió malos tratos y aprendió a ser violento, piensa que se quedó "traumado" por vivir esa experiencia, desertó para no ir a la guerra, se estuvo escondiendo un tiempo y después regresó a México. Posteriormente, conoció a Mariana y se casó con ella pensando en hacer algo muy diferente a lo que vivió en su familia de origen, y a pesar de que para él fue doloroso y difícil tiene la esperanza de que con Mariana pueda formar una familia en donde haya bienestar.

Como se puede observar en las historias de ambos la violencia, la falta de figuras parentales de protección y vínculos afectivos, el alcohol, son parte importante de las reglas del juego familiar. Durante este proceso terapéutico se resaltaron las diferencias en la información que el mismo sistema proporciona para que ellos mismos cambiaran de juego. Hablar del pasado buscando connotar positivamente las experiencias dolorosas del pasado, obtuvo resultados terapéuticos importantes ya que no solo fue catártico sino que ayudó a promover pautas distintas de relación, es decir ayudó a cambiar el juego familiar.

## **IX. Evaluación de la terapia y de los cambios observados**

Este proceso se puede considerar exitoso en cuanto a que se logró cambiar el "juego familiar" donde la violencia y el alcohol eran formas únicas de relación. Durante cada sesión ambos reportaron sentirse mejor ya que no se presentaron episodios violentos, cuando se enojan tratan de hablar y llegar a acuerdos pero han dejado de insistir en estar de acuerdo en todo.

Carlos disminuyó la frecuencia y cantidad de alcohol que consume, ya que ha encontrado otras formas de ponerse en contacto con sus emociones, ha tratado de relacionarse socialmente de tal forma que no siempre está presente el alcohol; además Mariana ha dejado de sentirse responsable (y actuar en consecuencia) de la forma de beber de Carlos. Mariana ha dejado de sentir celos y por lo tanto ha dejado de ser suspicaz con respecto a las conductas de Carlos, ella piensa que Carlos es responsable por su conducta y ella ha recuperado el valor como persona, por lo tanto ya no siente desconfianza.

La pareja se vinculaba en dos extremos, Mariana en el sobreinvolucramiento y Carlos en el aislamiento, el juego era rígido, en este momento del proceso, ambos se empiezan a acercar y a moverse de los extremos, los cambios se están dando en este momento a nivel de conductas y de relación y se están abriendo a nivel epistemológico, desde luego cambiar la epistemología de los pacientes o crear crisis ontológicas no es un objetivo de la terapia, pero si cambios en la rigidez de ciertas creencias que se han transmitido por generaciones. Desde mi punto de vista es trascendental respetar la dirección de los cambios que los pacientes hacen.

Los cambios extra-terapia propiciaron la adaptación de esta pareja a su etapa del ciclo vital. El hermano de Mariana cambió de residencia, por lo tanto ahora tienen mayor intimidad y han logrado crear límites flexibles con respecto a la madre de Mariana.

## **X. Análisis del caso**

Abordar la problemática de esta pareja desde la perspectiva del modelo Milán encajó con la necesidad y demanda de los pacientes. Para ellos los problemas estaban conectados con su pasado, esta es una creencia que el terapeuta respetó y decidió introducirla en el proceso terapéutico. Trabajar la terapia con el cuestionamiento circular como herramienta principal, permitió que desde la evaluación de los problemas se interviniera para promover cambios. Para la perspectiva Milán el problema es el juego familiar, que no permite al sistema relacionarse con pautas diferentes, ese fue el enfoque con el que se trabajó. Cuando el sistema reportó cambios en esas reglas de relación se decidió en conjunto con ellos terminar el proceso.

Durante el transcurso de la terapia siempre se estuvo evaluando el grado de violencia, el bienestar físico y emocional de las personas es el objetivo número uno desde la perspectiva del terapeuta. Por lo que el equipo terapéutico permaneció atento a los riesgos que se pudieran presentar durante el proceso. La evaluación inicial de la violencia dio por resultado interacciones violentas simétricas y esporádicas que comenzaban a incrementar su intensidad y frecuencia; de haber encontrado violencia sistemática unidireccional otro hubiera sido el abordaje.

El trabajo del terapeuta ha sido como un facilitador dentro del sistema, con lo cuál introduce información nueva al sistema, pero sobre todo resalta la información nueva que genera el propio sistema y la hace circular. Con esta postura de facilitador, el terapeuta respeta la dirección del cambio que quiere tener esta pareja, respeta la epistemología de la pareja, pero promueve el cambio en las pautas, creencias y roles rígidos que se pueden convertir en patológicos. El trabajo terapéutico no consistió en echar mano de un conjunto de técnicas sino de hacer un ejercicio de pensamiento, con base en ideas que se formulan a través de hipótesis, de hacerlas circular en el sistema (incluido el terapeuta), manteniendo una postura y visión sistémica (que en el modelo milán se denomina neutral).

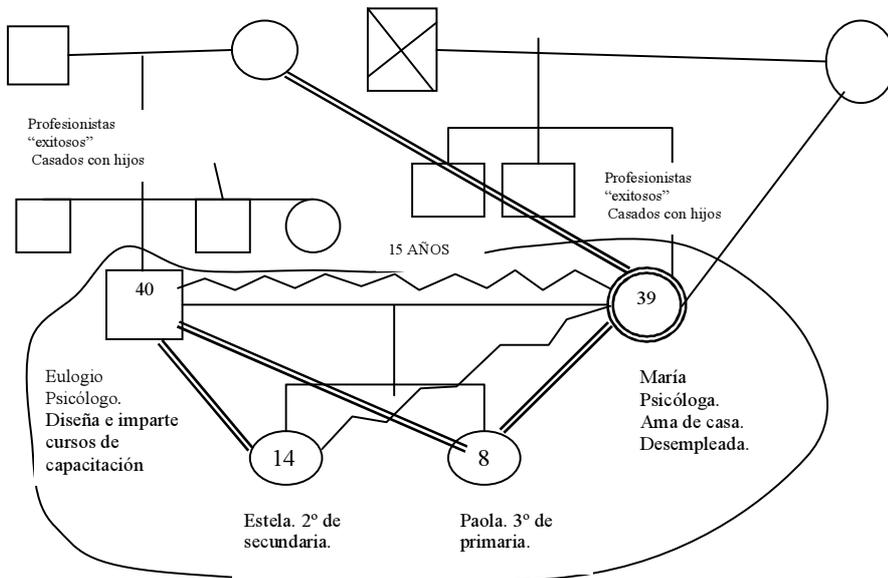
## Caso4. Terapia INDIVIDUAL: María.

TERAPEUTA: JULIO CÉSAR CORTÉS RAMÍREZ.  
SUPERVISORA: MTRA. NORA RENTERIA.

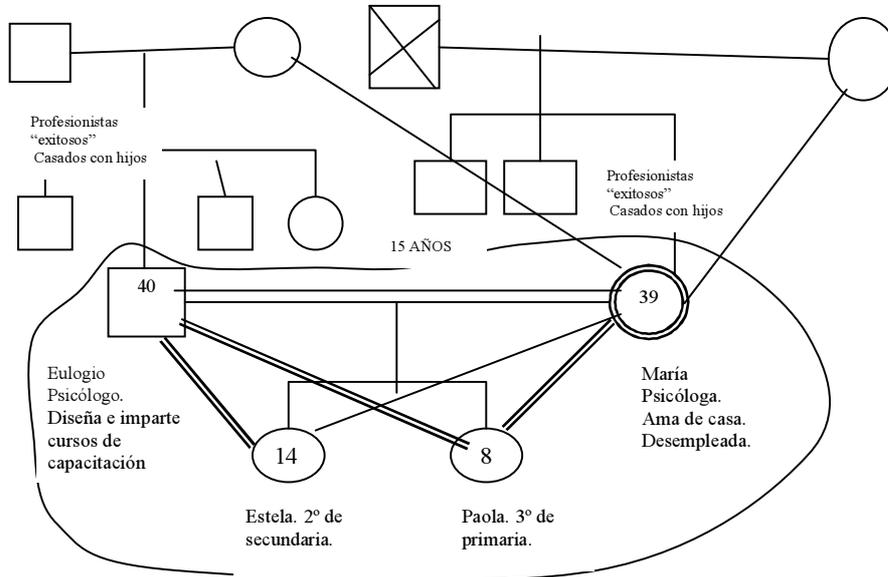
### I. Presentación del Caso.

María es una mujer de cuarenta años de edad, de profesión psicóloga que acude a terapia por "baja autoestima" debido a que se siente insatisfecha con su vida actual como ama de casa, se siente "incapaz" de hacerse cargo de sus hijas porque se percibe como una persona "ineficiente" que "no puede" con las responsabilidades de ser una madre de familia, además de que está segura que no es "comprensiva" con su esposo y no ha podido desarrollarse profesionalmente. En las últimas semanas antes de acudir a terapia se ha sentido "triste" con llanto fácil e irritable con sus hijas. Padece de colitis e hinchazón en las piernas, los médicos le han dicho que estos problemas se deben principalmente a cuestiones emocionales por lo que pensó que era necesario acudir a terapia.

### II. Familiograma al inicio de la terapia



### Familiograma al final de la terapia.



### III. Motivo de Consulta.

María acudió al Centro de Servicios Psicológicos porque desde hace tiempo ha tenido la sensación de que no es capaz de cumplir los objetivos que se propone como titularse y tener un buen empleo, se desespera cuando no tiene trabajo, piensa que no puede tenerlo porque no está titulada. En la preconsulta María informó que tenía problemas en la relación con su pareja.

### IV. Contexto familiar desde la óptica de María

María y Eulogio forman una pareja desde hace 18 años cuando se conocieron en la universidad donde ambos estudiaban psicología. Hace quince se casaron y cuidan de dos hijas. Estela la mayor tiene 14 años cursa segundo de secundaria, María ha tenido dificultades con Estela, María atribuye estos "problemas" a situaciones propias de la adolescencia, constantemente Estela le pregunta a María sobre drogas y sexualidad, en ocasiones María se ha quedado sin respuestas, y el efecto en María es sentirse incapaz de "orientarla correctamente" y "educarla bien". Con Paola de 8 la relación es más cercana, María percibe que las "funciones de madre" las realiza "bien" con ella porque todavía es niña, pero que con Estela se siente en "jaque". Desde la visión de María, se ha quedado rezagada con respecto a Eulogio en su desarrollo profesional, ya que él tiene trabajo y ella se dedica al cien por ciento a su casa e hijas, tenían un proyecto conjunto de realizar una tesis para titularse ambos. Para María es primordial el apoyo de Eulogio para terminar la tesis, esta convencida de que ella no puede sola en esto porque él es el que "sabe" de estadística y metodología.

## V. Los efectos de los problemas en la vida de María

María está viviendo una etapa donde siente que *"no puede sacarla"* refiriéndose a la conclusión de la tesis que es algo que no se explica. Menciona que se "auto sabotea", lo explica como un círculo en donde inicia su tesis y luego deja de lado lo que inició. Aunado a esto, a ella le afecta la opinión de otros, provocándole "angustia" cuando sus conocidos tienen hasta "maestría". Se pueden observar los significados que estas palabras tienen para María, que es una sensación de "no poder" y los efectos que tienen en su vida como angustia, tristeza, ánimo decaído, tensión, etc. La narrativa de María acerca de *"yo no puedo"*, esta y otras narrativas como *"mis hermanos son exitosos, tienen hasta posgrados y yo ni siquiera me he titulado"* se han convertido en dominantes y tienen el efecto de paralizar y atrapar a María, ella se culpa a sí misma por "no poder". Por lo tanto se convierten en una profecía que se autocumple y refuerza la misma narrativa.

## VI. Objetivos de la Terapia

El objetivo de María al acudir a terapia es "sentirse mejor" atribuye su malestar a que tiene una "baja auto estima" que no le permite lograr sus metas, desea mejorar su relación de pareja ya que cree que es una persona que "roba energía", no ha sabido comprender y valorar todo lo que su marido hace por la familia.

## VII. Resumen del proceso terapéutico

Este proceso terapéutico se abordó desde una perspectiva posmoderna, el cual incluyó preguntas narrativas desde la visión de White y Epston (1993), equipo Reflexivo de Andersen (1991), se trabajó con una postura colaborativa propuesta por Anderson (1992). Durante las primeras sesiones se conversó con María para escuchar desde su punto de vista cuál o cuáles eran los problemas que la llevaron a la terapia. Se acordó con ella que uno de los temas principales a tratar era la sensación que ella define como *"angustia"*, *"desconfianza"* *"inseguridad"* y *"autoestima"*, cuando se exploró la relación con su esposo ella mencionó que ese era un asunto resuelto. Se puso atención especial a construir una buena "alianza terapéutica" a través de una postura de **NO saber** (Anderson, H., 1999), esto se logró mostrando **interés** en lo que María habla, **respetar su agenda** y empatía, esto se logró haciendo **resúmenes** de lo que María narra, fue como dar un **"acuse de recibo"**, esta herramienta es parecida al refraseo y parafraseo, pero se tuvo cuidado en utilizar las mismas palabras y metáforas de María, la **escucha activa** se utilizó de forma sistemática durante todo el proceso. Para ser congruente con esta postura colaborativa, el terapeuta y el equipo terapéutico hicieron un ejercicio de hacer público –anteriormente Anderson (1992) usaba **Transparentar** para referirse a este concepto, en este reporte se usará indistintamente-

Se trabajó con **preguntas externalizantes** con el propósito de diferenciar los problemas de la persona. Una de las narrativas dominantes de María, era *"no puedo sacar la tesis"*, si la terapia se centrara en el **contenido** se podría pensar que el problema de María era terminar la tesis, pero si pensamos en **procesos**, se entiende que a María las ideas de *"no poder"*, no ser una persona *"exitosa"*, son palabras que la paralizan porque la convencían de una identidad, por lo tanto deconstruir estas ideas o preguntarle a ella el significado que tenían estas ideas fue un camino útil que llevó a María a convencerse de que su valor como persona está más allá de una tesis o de lo que ella entendía como *"éxito"*. Comenzó a ver que su vida no sólo radica en tener éxito personal, sino también en ver que ella vale como persona y que es igual de capaz que otras personas de cumplir objetivos, pero de acuerdo a sus propios tiempos.

Para María la "angustia", era una sensación de parálisis, de estancamiento, de culpa al compararse con sus hermanos y cuñados, era un sentimiento atrapante que no permitía a María poder moverse. Esta "angustia" llevaba a María a sentirse ineficiente incluso en su rol de madre, en varias ocasiones narraba que para ella era difícil la relación con su hija adolescente, ella se veía como intolerante y que se desesperaba cuando su hija le hablaba de "tonterías" o cosas que la ponían en "jaque", p.e. "*mamá que pasa si me drogo*". María reaccionaba con enojo y la regañaba, posteriormente se quedaba preocupada por el bienestar de su hija, y se veía como ineficiente.

A través de escuchar al equipo María fue cuestionando el efecto "atrapador" que estas narrativas tenían en su vida. María observaba con atención al **equipo reflexivo**, en dónde escuchaba narrativas similares en algunas participantes, estas palabras que relataban experiencias de vida similares ayudaron a María a diluir la sensación de "soledad" que la acompañaba en esta etapa de su vida, "*al escuchar que otras mujeres viven lo mismo que yo, me hizo sentir que no soy la única que vive eso*", esto ayudó a que María de alguna forma a encontrar testigos que reconocen sus experiencias y demandas como válidas, que no son producto de su imaginación, lo cuál tuvo un efecto tranquilizante, pero al mismo tiempo "cuestionador".

La metáfora central de este proceso fue "*estoy como un carro que no le entra la velocidad*", la cual se retomó para trabajar con sus propias palabras y buscar nuevos significados para su situación. María como muchas mujeres se convirtió en madre de familia y no pudo desarrollar su proyecto personal. Durante varias sesiones la conversación se dirigió a co-construir con ella alternativas donde pudiera conciliar su proyecto personal y las actividades que ya realiza. Los resultados de estas conversaciones fueron encaminados a lograr que María pasara de una postura de "*hago esto o lo otro*", a una visión de "*hago esto y lo otro*".

A partir de la cuarta sesión María introdujo a la terapia los conflictos de pareja, ella percibe "*rechazo*" por parte de su esposo, ella se veía a sí misma como "*demandante*", hablaba de que ella le "*robaba la energía*" a su esposo. Ella percibía que su esposo actuaba de manera sospechosa, no esta segura de que él sea fiel, pero la sensación de desconfiar de sus propias ideas y percepciones se convirtió en el tema de la conversación. **Validarle** sus puntos de vista y reconocer sus propias necesidades tuvo un efecto positivo que ayudó a contrarrestar esta idea de que ella es la demandante y que "*roba energía*". Es decir esta conversación resultó **externalizante**, ya que no es lo mismo verse como una persona que realiza demandas validas como atención, afecto, tiempo, planes, etc., a ser una persona "*que roba energía*".

La cuarta sesión fue primordial en el proceso, el **equipo reflexivo** (conformado por mujeres) introdujo las diferencias de género en la agenda de la terapia, cuestionaron los roles de mujer, la doble jornada, el derecho a pedir, sentirse bien, hablaron de las diferencias entre ceder, imponer y negociar. Algunas mujeres integrantes del equipo decidieron compartir sus propias experiencias personales como un ejercicio de transparencia, estas integrantes son mujeres profesionistas, algunas casadas que también han vivido dificultades y problemas para tomar decisiones sobre sus proyectos personales y de pareja, compartieron con María la dificultad de conciliar el rol de "madre" con el derecho que se tiene a desarrollarse profesional y personalmente. Con estos pensamientos puestos en la conversación se construyó la idea de la negociación como una vía para conciliar entre dos posiciones que en este momento parecían opuestas.

En el equipo reflexivo se habló de una "negociación personal", donde *las personas negociamos con nosotras mismas*, María se adueñó de esta idea y le dio un significado personal, donde ella pudo reconocer que en sus labores de ama de casa eran valiosas, pero que también tenía el derecho a hacer otras cosas por sí misma, donde ella podía decidir como llevar a cabo esos proyectos personales con o sin ayuda de su esposo, a este proceso María le llamo "recobrar mi autoestima".

Además en este proceso de negociación consigo misma se introdujeron preguntas acerca de cómo la "auto exigencia", pensar que se tiene que a "estar disposición de los otros", a "ser las responsables de la estabilidad de la familia y de la pareja" han influido en la vida de María, y ahora cómo puede hacer ella para influir con su vida a esas ideas. **Cuestionar** estas ideas ayudó a María a pensar en que tiene "**derecho**" a **pedir cosas, a desear cosas sin sentirse egoísta**. A partir de esta sesión María empezó a hablar de recuperar su "individualidad", en términos de María: "**yo me perdí durante mucho tiempo porque todo lo veía en pareja...yo sentí que el sentido de mi vida era mi esposo, pero no es cierto, tengo que encontrar mi propio sentido**". En cada sesión el terapeuta se ocupó de dar su propio punto de vista y **transparentar** sus pensamientos, lo cuál tuvo un efecto positivo en María.

Retomando la idea de la "autoestima", María comenzó a pensar que en su vida hay muchas áreas: madre, esposa, mujer, hija, pero además ella misma como **persona**, y con derecho a sentirse bien con su propia existencia y por lo tanto desarrollarse profesional y personalmente. María comenzó a enfocarse en proyectos personales, como pintar, ir a cursos de actualización, etc., planeó hacer su parte de la tesis y pedirle a Eulogio que él cumpla su parte del proyecto, al final de la terapia **María decidió** realizar un examen de titulación. La decisión de presentar ese examen tuvo efectos positivos en María, le ayudó a liberarse de esta idea de "no poder" y se atrevió "meter la velocidad que no había podido". Lo anterior es un ejemplo de que las nuevas narraciones se llevan a la acción en la vida cotidiana de las personas, es decir, al recuperar un sentido de agencia la identidad cambia.

En la terapia, se buscó que todas las ideas y reflexiones que tiene María, las tradujera en acciones concretas. Por lo que se hicieron preguntas de cómo llevar esas ideas a la acción, p.e. *¿esta idea que ahora tienes de la autoestima repartida en distintas áreas, hacia donde te puede llevar en tu vida cotidiana?* la respuesta fue: "a no enfocarme solo en la relación con mi marido, sino buscar yo misma mis propios proyectos, y sintiéndome bien con las actividades que hago, ahora se que lo de la tesis es solo un proyecto, pero puedo tener otros, no tengo porque esperarme a terminarla para hacer otra cosa".

Como se puede observar en este resumen, las herramientas terapéuticas que se utilizaron fueron las preguntas (incluidas las del equipo reflexivo), por lo tanto se puede entender que los cambios logrados por María, se explican por el conjunto de ideas que se llevaron a la conversación y tanto del equipo como del terapeuta la posición de validar y escuchar (no por una técnica en particular.)

## VIII. Evaluación de la terapia y de los cambios observados

La evaluación de los cambios se realizó desde dos aristas: la voz de María, en cada sesión se le pidió a María que comentara los efectos de la terapia para que de esta manera la terminación de las sesiones se decidiera en conjunto con ella, a partir de la sesión 12 se acordó con ella tener una sesión mensual, en la sesión 15 por mutuo acuerdo se realizó un cierre del proceso, en donde ella expresó su deseo de terminar con el proceso en vista de que se veía a sí misma con la capacidad de continuar su camino y que la terapia le fue útil para recobrar su "autoestima"; le ayudó a ya no depender de Eulogio para tomar decisiones; se volvió a sentir capaz de orientar, apoyar y escuchar a su hija; ya no era importante compararse con sus hermanos y cuñados, ahora ve que su vida es diferente a la de ellos, que sus tiempos son diferentes y su "éxito" esta en sentirse bien consigo misma y desarrollar proyectos propios; sintió confianza para retomar actividades de actualización en psicología y volvió a buscar trabajo.

Se puede observar que la narrativa de María es distinta a la inicial, para María lo más importante de la terapia fue la disposición del terapeuta y del equipo para "**escuchar**" la escucha la hacía sentir bien, se sintió apoyada, al inicio de la terapia hablaba de tener miedo a ser evaluada, pudo sentirse en un espacio de confianza donde no se le juzgó a ella ni a su esposo. Llevarse preguntas para reflexionar le ayudó a hacer cosas diferentes y a pensar en que las cosas que ha hecho son satisfactorias si deja de compararse con sus hermanos y cuñados. Las ideas que se construyeron con el equipo reflexivo le ayudaron a María a validar sus puntos de vista y a retomar el derecho a sentirse bien.

En tanto a los cambios observados por equipo y por el terapeuta partieron desde el aspecto físico de María, su arreglo personal fue distinto al final de la terapia; sus actividades cambiaron su rutina era quedarse en la mañana a hacer el quehacer y a medio día recoger a las niñas, darles de comer, llevarlas a cursos por la tarde, esperar a Eulogio y al día siguiente lo mismo; al final de la terapia su rutina era salir temprano a la Universidad para trabajar como asistente de investigadora (con sueldo), recoger a sus hijas, llevarlas a sus cursos mientras las espera estudia para presentar su examen de titulación. Con esta breve comparación se puede observar que María llevó a la acción las nuevas narrativas que se co-construyeron. Por las razones anteriores se decidió conjuntamente con María terminar con las sesiones, y dejar la puerta abierta por si en el futuro quiere asistir nuevamente.

## IX. Análisis del caso.

En este resumen del proceso terapéutico de María podemos observar la complejidad de las historias que narran las personas. Hay pensamientos e ideas que María se narraba así misma que durante muchos años fueron dominantes. La idea de "**no poder**" dominaba a la narrativa de "**si puedo**", era una lucha constante entre las narrativas que María compartía. La elaboración de estas narrativas fue un proceso de construcción social, en donde María en la conversación con su esposo, hermanos, amigas, fue ampliando la idea de "no poder". Para ella era importante compararse con los demás. Tenía un esposo con la misma profesión que ella, hermanos y cuñados "exitosos" pero ellos al ser "hombres" y "exitosos" por lo tanto "si pueden". Sus hermanas y otras mujeres "exitosas" lo son porque tienen "alta autoestima", por lo tanto para María al no "tener éxito", resultaba ser una persona con "baja autoestima", lo que equivale a ser una persona "dependiente", "que roba energía", una mujer sin "**poder**".

Con las descripciones anteriores, se puede ejemplificar el concepto de PODER como lo propuso Foucault (1970) , al argumentar que el poder es un discurso que permite o impide que las personas hagan o no hagan cosas, no es algo que se le concede a alguien. Con esta premisa el trabajo que desarrollan White y Epston al co-construir historias alternativas a la dominante, tiene un efecto liberador, lo mismo sucede al de-construir estas narrativas que atrapan y dominan la vida de las personas, es decir al diluir también se añaden nuevos significados. En la situación de María una de las narrativas dominantes es que se veía a sí misma como una mujer **"sin poder"** , por lo tanto al conversar desde esta postura colaborativa-narrativa propició la co-construcción de otras ideas y metáforas distintas como que María recuperó su "autoestima", que equivale a recuperar el "poder" en un sentido discursivo y activo que lleva a María a sentirse satisfecha con su vida cotidiana, además de lograr aquellos proyectos que ella se propone, dando así un sentido de agencia personal, donde su identidad es influida por el propio reconocimiento de esta sentido de poder hacer.

En este resumen se puede observar una postura consonante con un pensamiento crítico posmoderno donde no se deja de lado el enfoque de salud que se ha sostenido en el Reporte de Experiencia Profesional, pero que se incluye desde otra perspectiva, donde se cuestionó la utilidad de hablar en términos de déficit y como resultado de este cuestionamiento se decidió no utilizar palabras y significados que nos llevarían a darle otra lectura a las narrativas de María y por lo tanto a otro tipo de conversaciones. En esta postura también nos ocupamos de la salud y bienestar de las personas, pero trabajamos con los efectos que los discursos del déficit generan en la identidad de las personas que acuden a consultarnos.

## **X. Reflexión personal**

Desde luego que la discusión sobre estos temas sigue abierta como menciona Hoffman en el artículo *Is diagnosis a disaster* (Gergen, 1999 ) sobre la dificultad que tenemos los terapeutas sobre el qué hacer con nuestra experiencia previa como terapeutas, los discursos sobre patología, diagnósticos, etc., fueron parte de mi propia formación como psicólogo y posteriormente como terapeuta. Por lo anterior también necesite hacer una negociación personal conmigo mismo, donde decidí que mis observaciones "clínicas" son importantes, pero es más importante preguntar a la persona que me consulta cuáles son las narrativas que desea que tratemos en las sesiones con una postura de No saber, y donde mi conocimiento previo lo puedo poner en la conversación transparentándolo para hacerlo parte del proceso conversacional y no como la guía o plan de tratamiento.

Cuando inicie junto con María y el equipo terapéutico -incluida la supervisora- este proceso de conversación, tenía poco tiempo de conocer las lecturas de la crítica posmoderna, sin embargo pude ver que mi propia postura de terapeuta era consonante con las ideas colaborativas, en lo que respecta al respeto, el no-saber y la transparencia. Tenía ya un tiempo cuestionando la utilidad de los diagnósticos sobre todo al momento de estar con una persona que solicita "ayuda", hace tiempo que me había enfrentado a la inutilidad de contar con diagnósticos de manual DSM o CIE para lograr que una persona se sienta mejor.

Con María pude conversar con mayor libertad, porque negocié conmigo mismo para dejar a un lado mis ideas previas y llevar a la conversación solo aquellas que considerara útiles para dialogar en beneficio de María, estas ideas fueron mi disposición para escuchar, acompañar, validar, cuestionar, que influyen en la forma en que me relaciono con las personas, no se tratan de conocimientos informativos sino de formación como terapeuta y como persona.

Como se tratò de un proceso colaborativo, dialogico, conversacional, me lleve ideas novedosas, gratificantes, y útiles para introducir en a otras conversaciones. Para concretar la línea anterior, retomare las palabras de Maria en su último correo electrónico a los cuatro meses de nuestra ultima reunión:

***“Hola Julio Cèsar, te comento que aprobé mi examen de titilación, sigo trabajando en la facultad en un proyecto de investigación, las cosas con mi marido e hijas siguen muy bien, ya sabes con algunos problemas, pero que he sabido solucionar, hace tiempo me preguntaste lo que había significado para mi la terapia y sigo pensando lo mismo que te dije en aquella ocasión, fue reencontrarme a mi misma y me ayudó a volver a creer en mí, estoy muy agradecida contigo y con el equipo, gracias por tu disposición y paciencia para escuchar mis cosas”.***

Cuando leo la frase anterior reconozco que en las cosas simples se puede encontrar grandes significados, valoro mi capacidad para escuchar a los demás, pero no es una escucha como técnica o actividad pasiva sino que es propositiva, activa y parte de una postura de colaborar con las personas y no aplicar el remedio o la cura para el malestar. Me voy de este caso admirado por la belleza de los procesos humanos, pude hacerlo al dejar a un lado el afán de tener el control. Además esta experiencia me ayudo a fundamentar mi concepto de ser humano como un ser activo relacional y dialógico en evolución constante, en permanente co-construcción de su propia identidad. Desde luego estos pensamientos fueron compartidos con María en la respuesta a su mensaje.

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

Las instituciones de salud tanto en el mundo (OMS), como en nuestro país (Secretaría de Salud), dan cifras muy elevadas de personas con depresión, en México se habla de 10 millones de personas adultas con depresión, eso significa 1 adulto de cada 5, equivale a decir que en cada familia existe una amplia posibilidad de tener un integrante o más con depresión.

La literatura sobre depresión es amplia en el mundo occidental, las líneas de investigación van desde el estudio de los neurotransmisores relacionados con la recaptura de serotonina, hasta los estilos de vida modernos y urbanos. Bajo la mirada sistémica, la depresión no puede ser vista como un fenómeno aislado o individual, sino que es parte de un complejo sistema de relaciones, no podemos hacer a un lado el estilo de vida actual, sobre todo en el medio urbano. Gergen (1991) describe con claridad los fenómenos de las personas en un contexto de saturación social. Cada día los seres humanos nos relacionamos con una gran cantidad de personas a través de la tecnología. En este escenario ¿no son las depresiones una forma más de adaptación o de resistencia al mundo actual?

Desde la perspectiva sistémica lo que abordamos son las relaciones que establecen los integrantes de una familia en tres dimensiones: a) consigo mismos, b) con los otros y c) con el mundo. En estas tres dimensiones podemos encontrar efectos depresivos en esa relación.

Por ejemplo, en el **caso 1**, el padre de esta familia se sentía triste, decepcionado en relación con sus hijos; en el **caso 2** era principalmente la relación de Laura consigo misma (su pasado con su presente); en el **caso 3** la relación entre Mariana y Carlos; en el **caso 4** María y su relación consigo misma y con el mundo la hacía verse como un persona sin “autoestima”.

El trabajo terapéutico se enfocó en estas tres amplias dimensiones, con cada uno de los asistentes se logró modificar esta relación, siguiendo con un pensamiento sistémico los cambios logrados en un subsistema se ampliaron al sistema familiar. Uno de los efectos fue la resolución y/o disolución de los síntomas depresivos. La perspectiva de salud del terapeuta no dejó de lado la observación clínica de los síntomas. La terapia sistémica no hace diagnósticos, utiliza otro tipo de discursos pero siempre busca el bienestar de las personas. En este sentido desde la mirada sistémica en sus distintos modelos y técnicas trabajamos con los efectos de los diagnósticos en la vida de las personas, en este apartado se retomó la depresión como un eje común que permite fundamentar clínicamente que las terapias sistémicas y posmodernas son una alternativa viable, sólida y eficaz en el tratamiento de este tipo de fenómenos construidos socialmente como lo es la depresión.

Retomando el trabajo clínico, el reencuadre, la externalización, la búsqueda de excepciones, etc., fueron técnicas que ayudaron a las personas a sentirse mejor. Sin embargo, la relación terapéutica que se construyó, permitió que dichas técnicas tuvieran buenos resultados en el tratamiento. En cada caso se respetó la agenda de las personas, se dio prioridad a la subjetividad de las personas, la escucha atenta una y otra vez de los problemas brindó contención y como dijera los clásicos la reelaboración (Caplan, 1998) de las circunstancias de vida que los llevaron a solicitar ayuda.

Al paso de las sesiones se pudo verificar que el estado de ánimo, la anhedonia, el llanto fácil eran síntomas que iban disminuyendo en frecuencia e intensidad. El criterio para hacer ajustes al plan de tratamiento fue totalmente clínico, como se ha sostenido en todo este trabajo, el bienestar de las personas es el objetivo número uno de la terapia.

Las experiencias profesionales anteriores, permiten fundamentar los modelos de terapia sistémica como una posibilidad más de intervención para las depresiones. Desde luego este trabajo es meramente reflexivo y clínico, hace falta probar estos modelos con investigaciones sistemáticas y con muestras más amplias. Lo anterior fue un análisis cualitativo de los modelos en la atención de personas con síntomas depresivos.

#### **1.4. Análisis del Sistema Terapéutico Total con base en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos**

Formar parte de un grupo de terapeutas con distintas historias personales y formaciones académicas, fue una experiencia compleja, que solo puedo analizar a través de un punto de vista sustentado en la cibernética de segundo orden. Me asumo como un observador participante que trató de hacerse responsable de cada comentario, observación clínica, aportación práctica, discusión teórica y reflexión ética.

Todas las aportaciones e incluso los silencios, provienen de mi propia historia personal y familiar, del rol que he ido teniendo en mi familia, así como de mi propia experiencia clínica que proviene de modelos biológico-psiquiátricos. Estas narrativas que tengo de mi mismo fueron puestas en la conversación con el equipo terapéutico y con el paso del tiempo fueron cambiando de puntos de vista que provenían de una postura de "experto" hasta convertirse en otro de tantos puntos de vista que puede haber de una situación.

Las experiencias de vida de las que forme parte tanto en el rol de terapeuta como parte del equipo detrás del espejo, indudablemente me tocaron de tal forma que pude ir construyendo un concepto de ser humano como un ser en cambio constante capaz de resolver por si mismo los problemas, fue asombroso ver como las personas que nos consultaron resolvían los motivos por los que acudieron a pedir ayuda. Lo anterior sucedió en la mayoría de los casos, ya que como sucede en todas las instituciones de salud hay personas que no se adhieren al tratamiento, por distintas razones dejaron de asistir.

## **2. Habilidades de Investigación**

### **2.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa**

#### PERCEPCIÓN DE LAS FUNCIONES DE PATERNAJE Y MATERNAJE EN ADOLESCENTES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR

*Chávez Nava Roberto, Cortés Ramírez Julio César, Lorenzo Hernández Domingo.*

#### **Resumen**

La presente investigación tuvo el objetivo de evaluar la percepción que tienen los adolescentes de las funciones de Paternaje y Maternaje. Distintas investigaciones han reportado que los problemas familiares se relacionan con problemas de salud mental, en el Distrito Federal un 9.5% de la población estudiantil ha intentado suicidarse atribuyendo su intento principalmente a los problemas familiares relacionados con los conflictos con los padres, seguidos por sentimientos de soledad, tristeza y depresión (González Forteza, Villatoro, Alcantar, Medina Mora, Fleiz, Bermúdez, y Amador, 2000). Los adolescentes que no cuentan con personas que cumplan las funciones de Maternaje y Paternaje (Macías, 1981), se pueden convertir en un grupo de alto riesgo, por lo que la evaluación oportuna de estas funciones se vuelve una prioridad a nivel preventivo.

En el estudio participaron 150 adolescentes con estudios de bachillerato, la evaluación se realizó con el "Cuestionario de Evaluación de las Funciones de Paternaje y Maternaje", instrumento construido por los investigadores. Se encontró que en esta muestra se percibe a la Madre como una figura que realiza más funciones que el Padre, confirmando que en las familias mexicanas la madre tiene un rol central. Es también la persona que en la familia brinda apoyo emocional y cuidado a los hijos. Con respecto al rol del Padre se encontró que tienen el rol tradicional de proveer los recursos económicos y materiales a la familia; pero alejado de funciones que tienen que ver con el afecto y apoyo emocional. Este grupo de adolescentes, perciben que varias funciones son realizadas por ambos padres, que tienen que ver con la transmisión y mantenimiento de valores y normas que guían la conducta de los jóvenes. Aún cuando se encontró que los amigos cumplen con una función muy importante, los jóvenes perciben que las funciones de protección, afecto, etc. son realizadas por los padres.

#### **Introducción**

De acuerdo con el INEGI (2005), en México 97 millones de personas viven en familia, de ellos 66 millones viven en familias nucleares y 30 millones en familias ampliadas; solamente 2 millones de personas no viven en familia, por lo tanto se puede afirmar que los problemas de cada individuo tienen un impacto en las familias y viceversa, por lo que las familias realizan ajustes para afrontar las distintas problemáticas que las aquejan. Distintas investigaciones han reportado que los problemas familiares se relacionan con problemas de salud mental, en el Distrito Federal un 9.5% de la población estudiantil ha intentado suicidarse atribuyendo su intento principalmente a los problemas familiares relacionados con los conflictos con los padres, seguidos por sentimientos de soledad, tristeza y depresión (González Forteza, Villatoro, Alcantar, Medina Mora, Fleiz, Bermúdez, y Amador, 2002). Cada vez es más frecuente la presencia de problemas de adicciones, violencia, problemas de conducta infantil y de adolescencia son otras problemáticas en donde la Terapia Familiar puede incidir.

De la década de los 70's a los 90's aumentaron las muertes por suicidio en México en 156%; en 1994 la tasa de suicidios para ambos sexos fue de 2.89 por 100,000 habitantes (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996); para el año 2000 dicha tasa se incrementó a un 3.6 por cada 100,000 habitantes siendo la tasa de suicidio en varones de 5.4 y de mujeres de 1.0 por cada 100,000 habitantes (OMS, 2000).

El concepto de familia ha cambiado a lo largo del tiempo, las definiciones parten de los concepciones tradicionales de las culturas occidentales, que ubican a la familia humana como una organización única, para Ackerman (1969) la familia es la unidad básica de la sociedad, provee las condiciones para la unión del hombre y la mujer, de manera que éstas pueden tener hijos y asegurarles alimentación y energía. Por lo tanto, desde esta concepción la familia es una entidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, las cuales difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales (Minuchin, 1994). En este mismo sentido Espejel (1995); Macías (1988) definen a la familia como el grupo natural de adscripción humana, generalmente ligado por lazos biológicos o consanguíneos, que incluye dos o más generaciones al menos en alguna etapa de su ciclo vital, y que permite o facilita la subsistencia de sus miembros, la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades.

Andolfi (1992) define la familia, como un organismo vivo en constante transformación, una entidad compleja que se modifica a través del tiempo, con el fin de asegurar su continuidad y el crecimiento psicosocial de sus miembros, en respuesta a los cambios en el desarrollo de la familia a través de su ciclo vital y de los cambios externos. Este doble proceso de continuidad y crecimiento, permite que la familia se desarrolle en conjunto y a su vez asegure la diferenciación de sus integrantes. Por lo anterior, y pese a que los tipos de familia han cambiado, la familia se puede conceptualizar como la unidad básica de desarrollo y experiencia de realización y fracaso; además, como la enfatiza Ackerman (1968), de enfermedad y salud. En otras palabras de la misma manera en que la familia se convierte en la fuente de sustento para un individuo y su desarrollo, se vuelve igualmente el principal obstáculo para lograrlo. De esta manera la familia es un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el bienestar del otro y donde a la vez la familia se comporta como si fuera una unidad (Espejel, 1995).

Dentro del contexto de la familia, la adolescencia es considerada como la etapa del ciclo vital que más pone a prueba la flexibilidad del sistema familiar (Estrada, 1996). Se ha encontrado que los niveles de cohesión y adaptabilidad más bajos del ciclo vital de la familia se dan en las familias con hijos adolescentes, la adolescencia es un proceso universal de cambio y de desprendimiento que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene sobre sí mismo impulsándolo a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez (Rivera, 1999).

En este sentido cobran importancia las tareas o funciones que la familia lleva a cabo con sus integrantes, ya que como menciona Ackerman la familia puede promover la salud o facilitar la aparición de enfermedades. Macías (1981) propone que la familia realiza una serie de funciones para la satisfacción de las necesidades biológicas de subsistencia así como las que él llama necesidades más específicamente humanas: relación-vinculación, aceptación-pertenencia, identidad-individualidad, referencia-sistema de valores, y significado y trascendencia. Divide dichas funciones en funciones de maternaje y paternaje en vez de hacerlo como funciones de la madre y del padre ya que considera que no son privativas o exclusivas de uno o de otro, además de que aunque por la naturaleza biopsicosocial unas serían más connaturales o propias de uno o de otro, en distintas circunstancias y por diferentes razones pueden compartirlas o realizarlas en forma complementaria.

El maternaje lo divide a su vez en 6 funciones:

- 1) *Vinculación*. Es establecer un vínculo afectivo que le haga sentirse relacionado afectivamente, querido, estimado, apreciado, valorado, aceptado.
- 2) *Nutrición*. Es satisfacer en primer lugar sus necesidades alimentarias, la nutrición física, y en segundo lugar la nutrición afectiva.
- 3) *Aceptación*. Que el niño se sienta aceptado, se sienta apreciado, se sienta estimado. Que no se sienta rechazado, que no se sienta hecho a un lado, sino que se sienta incluido. Que se sienta que es querido, valorado, estimado.
- 4) *Seguridad afectiva*. La aceptación es permanente y estable; de alguna forma se tiene la seguridad que es querido y aceptado permanentemente.
- 5) *Autoestima*. A través de la aceptación, la valoración positiva y el reconocimiento positivo de la buena conducta, de las capacidades de comportamiento y de actuación del niño, se va haciendo que la desarrolle.
- 6) *Confianza básica*. Se logra a través de la sensación de que el niño no va a ser abandonado. Que va a ser aceptado, y que hay alguien ahí para protegerlo, que lo quiere, que lo acepta. Que no lo abandona, que no desaparece, sino que esta ahí permanentemente para protegerlo afectivamente.

En cuanto al paternaje habla de 7 funciones:

- 1) *Protección*. Particularmente la protección física. Hay alguien que está pendiente del hijo para evitar que le sucedan cosas malas.
- 2) *Estimulación*. La necesidad del hijo de hacerse merecedor a ganarse el estima, el aprecio y la aceptación lo estimula a que busque esa ganancia a través de hacer cosas positivas; este condicionamiento de la aceptación puede ser un estímulo para que desarrolle cualidades, capacidades y aptitudes que lo hagan digno de ser apreciado y estimado.
- 3) *Orientación*. Es la indicación de lo que es aceptable o no aceptable dentro de la familia, es decir de establecer las normas, los principios de comportamiento que la familia exige o demanda de sus miembros. Esta orientación no sólo es en cuanto a su conducta o comportamiento personal en sociedad, sino también en cuanto a su conducta de responsabilidad escolar.
- 4) *Responsabilidad*. Idealmente los seres humanos tienen que asumir la responsabilidad de aquellas funciones que le sean asignadas o delegadas por el grupo a que se pertenece y en un momento dado se aceptan esas funciones que se asignan y se tiene que cumplir con ellas.
- 5) *Trabajo*. Para cumplir con la función de proveedor se tiene el producto de un trabajo remunerado y es a través de ese ejemplo de realizar una serie de actividades que conllevan una remuneración adecuada, justa, suficiente, honestamente realizada que el trabajo de las gentes puede tener un resultado, un producto.
- 6) *Orden*. Transmisión a los hijos de la conveniencia o la necesidad de que exista una organización ordenada de las actividades de las cosas, y que ese orden les permita organizar sus actividades dándole prioridad o más importancia a las que tienen mayor importancia y trascendencia que a otras actividades que pueden tener menor importancia o menor trascendencia.
- 7) *Normatividad*. Que se pueda transmitir las normas o principios de conducta del grupo social o de la sociedad en la que se convive y que permiten mantener y respetar un orden social.

El conocimiento de dinámica de las familias mexicanas, permitirá a los profesionales de la salud mental intervenir a nivel de prevención, para atender las problemáticas más urgentes como las que se han mencionado (adicciones, delincuencia, suicidio, etc.).

Dada la importancia de contar con instrumentos válidos que permitan obtener datos precisos sobre las funciones psicosociales de la familia y basados particularmente en esta división de las funciones de maternaje y paternaje de Macías (1988), los autores de esta investigación desarrollaron teóricamente un instrumento cuyo objetivo fue evaluar la percepción de las funciones de paternaje y maternaje en adolescentes de educación media superior. Se desarrollo un instrumento en tres etapas: 1) piloteo. 2) Validación del instrumento mediante el procedimiento de Jueceo. 3) Se aplicó a una muestra de 150 adolescentes, y se realizó el análisis factorial del instrumento.

## Desarrollo

### Objetivo.

La presente investigación tuvo el objetivo de evaluar la percepción que tienen los adolescentes de las funciones de Paternaje y Maternaje, para lo cuál se puso a prueba el "Cuestionario de Funciones de Paternaje y Maternaje", el cual evalúa cinco factores: **1) Vinculación y confianza básica, 2) Protección y Orientación, 3) Normatividad, 4) Función proveedora, 5) Cercanía emocional.**

### Metodología.

- **Participantes:** La muestra quedó constituida por 150 adolescentes, estudiantes de nivel medio superior. En la tabla 1 se pueden observar las características de la muestra.

Tabla 1. Características de la muestra.	
<b>Sexo</b>	Hombres. 24% Mujeres. 76%
<b>Rango de Edad</b>	16- 23 años
<b>Edad más frecuente.</b>	17 años (59% de los participantes)
<b>Estado Civil de los participantes.</b>	Solteros = 147 (9%) Casados = 3 (3%)
<b>Estado Civil de los padres.</b>	Casados = 81 % Divorciados = 11 % Viuda = 3 % Unión Libre = 3%

- **Diseño de investigación:** Esta investigación es un estudio exploratorio no experimental, de una sola muestra de corte transversal y de campo.
- **Instrumentos:** Se aplicó el "Cuestionario de Percepción de las funciones de Maternaje y Paternaje": Consta de 66 reactivos, con siete opciones de respuesta de tipo nominal, el instrumento busca identificar a la persona que realiza principalmente las funciones. Se realizó la construcción del instrumento en tres etapas: 1) construcción de los reactivos y piloteo. 2) Validación mediante jueces. 3) Se realizó un análisis factorial (que si bien no cumple con todos los requerimientos psicométricos, si permitió constatar de forma exploratoria que los reactivos se agrupan en 5 factores equivalentes a las funciones de Paternaje y Maternaje). En la tabla 2 se muestran las características del instrumento.

Factor	No. de reactivos	Varianza explicada	Función teórica a la que pertenece	Varianza Total Explicada
<b>1. Vinculación/Confianza Básica.</b>	<b>29</b> (14,15,16,17,18,19,21,22,24,25,26,28,31,32,33,34,36,38,39,42,43,44,45,46,48,49,50,52,63,)	<b>18.41</b>	Maternaje	47.76
<b>2. Protección y orientación.</b>	<b>18</b> (5,8,10,27,30,35,37,41,47,51,53,56,58,60,61,64,65,66)	<b>10.86</b>	Paternaje	
<b>3. Normatividad (Reglas).</b>	<b>5</b> (27,55,57,59,62)	<b>6.41</b>	Paternaje	
<b>4. Función Proveedora.</b>	<b>7</b> (7,9,11,12,23,40,54)	<b>6.39</b>	Paternaje	
<b>5. Cercanía Emocional.</b>	<b>6</b> (1,2,3,6,13,20)	<b>5.7</b>	Maternaje	

- **Procedimiento.** La aplicación del cuestionario se llevó a cabo dentro de los salones de clase, la participación fue completamente voluntaria, se hizo énfasis en la confidencialidad de la información.
- **Análisis de datos.** Para identificar a las personas que cumplen con las funciones de Paternaje y Maternaje, se realizó un análisis descriptivo de las respuestas con el objetivo de identificar las respuestas más frecuentes, posteriormente se hicieron comparaciones de acuerdo al sexo de los participantes. Lo anterior se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 12.

## Resultados

Los resultados que se muestran se analizaron de acuerdo a la respuesta principal ya que el objetivo de esta investigación es identificar a que figura parental se le atribuyen más funciones desde el punto de vista de los adolescentes.

- **Estadísticas de Respuesta Principal**

En la tabla 3 se presentan los reactivos pertenecientes a la dimensión de maternaje en los cuales la respuesta principal fue Madre.

<b>Tabla 3. Reactivos Maternaje con Respuesta Madre.</b>	<b>Factor</b>	<b>%</b>
11. ¿Quién prepara los alimentos en tu casa?	4	77.7%
8. ¿Quién se preocupa porque comas a tus horas?	2	51.7%
30 ¿De quién esperas mayor capacidad de detectar tus errores y aciertos en las cosas que haces?	2	41.5%
32 ¿Quién es más acurado en sus opiniones sobre las decisiones importantes que debes tomar?	1	36.9%
27 Cuando tienes un éxito en la escuela, ¿quién te felicita con mayor intensidad?	3	35.1%
17. ¿Quién te apoya incondicionalmente?	1	33.3%
26 ¿Quién te escucha con mayor atención cuando expresas un problema que te preocupa?	1	32.4%
24 ¿Quién te enseñó a no reprimir lo que sientes?	1	31.5%

34 ¿Quién te considera más como una persona responsable que concluye las cosas que inicia?	1	31.1%
31 Cuando tienes dudas ante una decisión importante que vas a tomar, ¿a quién acudes con mayor frecuencia para saber su opinión?	1	30.9%
28 ¿Quién es más expresivo sentimentalmente contigo?	1	30.4%
18. ¿Quién te anima cuando las cosas no salen como tú quisieras?	1	29.7%
22 ¿Quién tiene siempre tiempo para escuchar lo que sientes y piensas?	1	27.7%
36 ¿En quién confías más para concluir las cosas en las cuales necesitas la ayuda de otros?	1	27.5%
14. ¿Quién te crítica menos cuando cometes errores?	1	25.2%
3. ¿Con quién te llevas mejor?	5	22.8 %

**Tabla 3.** En esta tabla se observan reactivos de los 27 que pertenecen teóricamente a la dimensión de Maternaje, en 17 reactivos los participantes identificaron a la madre como quién cumple las funciones que evalúa cada reactivo. Se observa que once reactivos pertenecen al factor de Vinculación/Confianza Básica (Maternaje).

En la tabla 4 se presentan los reactivos pertenecientes a la dimensión de Paternaje en los cuales la respuesta principal fue Madre.

<b>Tabla 4. Reactivos Paternaje con Respuesta Madre</b>	<b>Factor</b>	<b>%</b>
37 Cuando has estado enfermo, ¿quién está más al tanto de tus cuidados?	2	62.4%
41 En relación a la escuela, ¿quién esta más pendiente de cómo te va con tus compañeros y maestros?	2	42.2%
5 ¿Quién te dice que organices tus actividades?	2	39.9%
44 Cuando has fracasado en cuestiones escolares, ¿quién te anima más para superarlo?	1	37.7%
35 ¿Quién te recuerda los tiempos en que tienes que hacer tu tarea?	2	36.9%
43 Cuando has tomado una decisión sobre algo que quieres conseguir, ¿quién te impulsa más a llegar a ese resultado?	1	36.7%
56 ¿Quién te regaña cuando haces algo malo?	2	36.7%
39 Cuando has tenido tareas escolares difíciles ¿quién te anima más a concluir las?	1	35.4%
64 ¿Cuando te portas mal, quién te llama la atención?	2	34.2%
45 ¿Quién es la persona a quién recurres con mayor frecuencia para que te ayude a superar una dificultad que se te presenta y que no has podido resolver por ti solo?	1	34.2%
42 ¿Quién te pregunta con mayor frecuencia sobre como te va con tus relaciones personales?	1	33.3%
10 ¿Quién organiza las actividades de tu familia?	2	32.9%
49¿A quién acudes cuando tienes un problema?	1	32.4%
40 ¿Quién o quienes de la familia tienen más obligaciones?	4	32.0%
19 ¿Quién te ayuda a distinguir las cosas importantes de las menos importantes?	1	31.8%
57 ¿De quién has aprendido el sentido de la responsabilidad?	3	31.3%
38 Cuando has tenido conflictos con otras personas, ¿en quién encontraste mayor apoyo?	1	28.4%
47 Cuando realizas un trabajo escolar, ¿quién te impulsa más a que des un mayor esfuerzo para que lo enriquezcas?	2	28.3%
52 Cuando tiene un problema personal ¿A quién acudes?	1	27.9%
51 Cuando tiene dudas acerca de la sexualidad ¿A quién le preguntas?	2	27.2%

53 Cuando tienes alguna duda sobre cualquier tema ¿A quién recurre?	2	25.3%
48 ¿Quién te ayuda a tomar decisiones en la escuela?	1	23.8%
46 ¿Quién consideras que te ha apoyado más cuando se trata de conocer otros lugares lejanos a tu hogar?	1	23.3%

**Tabla 4.** De los 39 reactivos que pertenecen teóricamente a la dimensión de Paternaje, en 23 de ellos se identificó a la madre como quién cumple las funciones que evalúa cada reactivo. Diez reactivos pertenecen al factor 2 de protección/orientación (Paternaje).

En estos resultados se observa que aún cuando teóricamente existen funciones realizadas por el Padre, este grupo de adolescentes perciben que la madre es quien realiza muchas de estas funciones o que incluso la percepción es de padres poco involucrados en la familia.

<b>Tabla 5. Reactivos Paternaje con Respuesta Padre</b>	<b>Factor</b>	<b>%</b>
12. ¿Quién da el gasto familiar en tu casa?	4	56.8%
7. ¿Quién provee los alimentos en tu casa?	4	44.2%
23 ¿Quién o quienes participan en la economía familiar?	4	42.3%
9. ¿Quién te da dinero para que compres algo de comer en la escuela?	4	41.5%
29 Si consideras que el trabajo es un valor ¿De quién lo has aprendido?	/	38.5%
58 ¿En quién piensas cuando haces algo malo?	2	36.8%

**Tabla 5.** De los 39 reactivos correspondientes teóricamente a la función de Paternaje, sólo los reactivos 7, 9, 12, 23, 29 y 58 tuvieron como mayor frecuencia de respuesta a *padre*. Cuatro reactivos pertenecen al factor Función Proveedora (Paternaje).

Estos resultados se relacionan con las tablas 3 y 4, en donde los adolescentes perciben que el padre por sí sola cumple con pocas funciones. Como se observa, los reactivos en donde se identifica al padre, tienen que ver con tareas de proveer económicamente a la familia.

<b>Tabla 6. Reactivos Maternaje con Respuesta Ambos Padres</b>	<b>Factor</b>	<b>%</b>
13. ¿Quién te acepta a pesar de tus defectos?	5	43.2%
2. ¿Quién se preocupa por ti cuando tienes problemas?	5	42.9%
20. ¿Quién te felicita en tus logros?	5	40.9%
6. ¿Con quién convives más en los fines de semana?	5	35.8%
4. ¿A quién extrañas cuando estas de paseo o viaje?	/	33.6%
17. ¿Quién te apoya incondicionalmente?	1	33.3%
16. ¿Quién te apoya aún cuando tus calificaciones no sean muy buenas?	1	30.9%

**Tabla 6.** Los reactivos 2, 4, 6, 13, 16, 17 y 20 tuvieron como mayor frecuencia de respuesta la opción de *padre y madre juntos*. Cuatro reactivos pertenecen al factor Cercanía Emocional y dos al factor Vinculación/confianza básica.

<b>Tabla 7. Reactivos Paternaje con Respuesta Ambos Padres</b>	<b>Factor</b>	<b>%</b>
62 ¿Quién te ha enseñado a no tomar cosas ajenas?	3	50.7%
61 ¿Quién te ha enseñado a distinguir entre lo bueno y lo malo?	2	42.5%
60 ¿Cuando obtienes malas calificaciones a quién crees que debes decírselo?	2	36.1%
65 ¿Cuando tienes buenas calificaciones, quién esperas que te felicite?	2	35.1%
64 ¿Cuando te portas mal, quién te llama la atención?	2	34.2%
66 ¿Quién te pregunta sobre tus calificaciones?	2	32.9%
54 ¿A quién consideras como una persona trabajadora?	4	32.0%

59 ¿De quién has aprendido a cumplir siempre con el trabajo que te encomiendan?	3	31.3%
57 ¿De quién has aprendido el sentido de la responsabilidad?	3	31.3%
55 ¿A quién un ejemplo de responsabilidad?	3	29.7%
63 ¿Cuando crees que hiciste algo malo, a quién le platicas?	1	28.9%

**Tabla 7.** Los reactivos 54, 55, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65 y 66 tuvieron como mayor frecuencia de respuesta *padre y madre juntos*. Cinco reactivos pertenecen al factor de protección y orientación.

Estas respuestas sugieren que si bien hay funciones que según Macías (2004) le corresponden a la madre o al padre, este grupo de adolescentes perciben que son ambos padres quienes realizan dichas tareas. Con estos resultados, se observa que hay funciones de Paternaje y Maternaje, que no son privativas o exclusivas del padre o de la madre.

<b>Tabla 8. Reactivos Maternaje con Respuesta Amigos.</b>	<b>Factor</b>	<b>%</b>
25 ¿Con quién más fácilmente expresas tus sentimientos?	1	37.7%
21 ¿Con quién te acercas cuando estás triste?	1	36.9%
1. ¿A quién le cuentas tus problemas escolares?	5	36.2%
33 ¿Quién confía en ti con mayor frecuencia cuando se trata de considerar otras opiniones?	1	28.2%
15. ¿Quién te escucha a pesar que no esté de acuerdo con lo que dices?	1	26.2%

**Tabla 8.** Los reactivos de la función de Maternaje 1, 15, 21, 25 y 33 tuvieron como mayor frecuencia de respuesta *amigos*. Los porcentajes variaron de 37.7 % a 26.2 %. Cuatro reactivos pertenecen al factor de Vinculación/confianza básica.

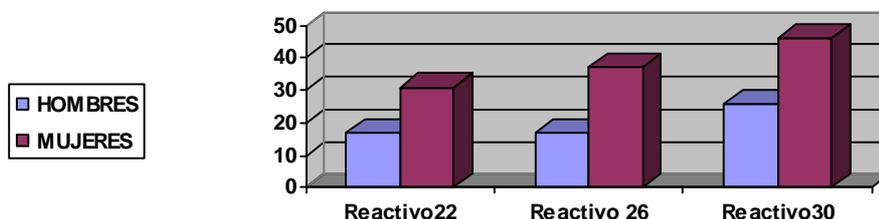
<b>Tabla 9. Reactivos Paternaje con Respuesta Amigos.</b>	<b>Factor</b>	<b>%</b>
50 Cuando tienes problemas en la escuela ¿A quién le platicas?	1	29.9%

**Tabla 9.** En el reactivo 50 el porcentaje fue de 29.9 % para la opción de *amigos*.

Se observa que para los adolescentes de esta muestra son importantes los amigos, porque cumplen algunas tareas de apoyo emocional que podrían atribuirse solamente a los familiares.

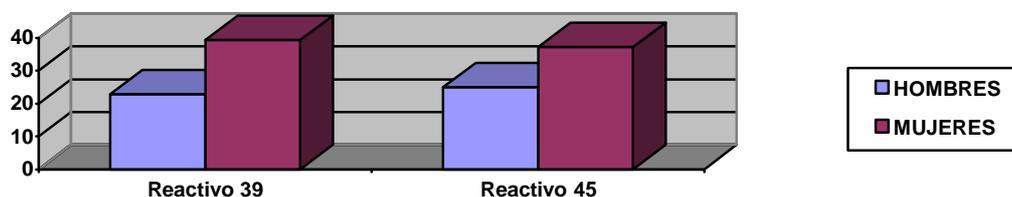
- **Estadísticas por sexo** Para conocer si las respuestas de los adolescentes son distintas entre hombres y mujeres. Se hizo el análisis de respuestas por sexo. Los resultados muestran que algunos porcentajes en las respuestas son diferentes entre hombres y mujeres.

**Gráfica 1**



**Gráfica 1.** En los reactivos 22, 26 y 30 (en cuanto a la respuesta principal Madre) se tuvieron porcentajes marcadamente diferentes. En el reactivo 22 (factor 1) fue de 17.1 % para los hombres y de 31 % para las mujeres; en el reactivo 26 (factor 1) la respuesta fue de 17.1 % para los hombres y de 37.2 % para las mujeres; y en el reactivo 30 (factor 2), el resultado fue de 25.7 % para los hombres y de 46.4 % para las mujeres. Los hombres al identificar a la madre en menor porcentaje que las mujeres, indica que ellos identifican a otras personas como quienes brindan la funciones de maternaje.

Gráfica 2



**Gráfica 2.** En los reactivos 39 y 45 se tuvieron porcentajes diferentes, ya que en el reactivo 39 fue de 22.9 % para los hombres y de 39.3 % para las mujeres, y en el reactivo 45 de 25.0 % para los hombres y de 37.2 % para las mujeres.

En estos resultados se observa que los porcentajes más altos se encuentran en las respuestas de las mujeres, lo que indica que los hombres distribuyeron sus respuestas en otras opciones diferentes a la Madre.

En las tablas 10 y 11 se plantean diferencias por sexo en cuanto a la respuesta principal (la que se ubicó en primer lugar) que se dio en cada reactivo, considerando la función teórica a la que pertenecen.

<i>Reactivos</i>	Madre	Padre y Madre juntos	Amigos	Nadie
	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>		
17. ¿Quién te apoya incondicionalmente?	37.2%	32.4%		
27 Cuando tienes un éxito en la escuela, ¿quién te felicita con mayor intensidad?	39.8%	25.7%		
32 ¿Quién es más acerado en sus opiniones sobre las decisiones importantes que debes tomar?	42.5%	30.6%		
34 ¿Quién te considera más como una persona responsable que concluye las cosas que inicia?	36.6%	22.2%		
3. ¿Con quién te llevas mejor?	24.8%		22.1%	
33 ¿Quién confía en ti con mayor frecuencia cuando se trata de considerar otras opiniones?	29.2%		30.6%	
36 ¿En quién confías más para concluir las cosas en las cuales necesitas la ayuda de otros?	32.7%		30.6%	
24 ¿Quién te enseñó a no reprimir lo que sientes?	35.4%			30.6%

**Tabla 10.** Los hombres respondieron de la siguiente manera: en los reactivos 17, 27, 32 y 34 contestaron *padre y madre juntos*, en el 3, 33 y 36 eligieron la opción *amigos*, y en el 24 eligieron la opción *nadie*. Mientras que las mujeres para todos los reactivos escogieron *madre*.

<i>Reactivos</i>	Madre	Padre y Madre juntos	Amigos	Nadie
	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>		
37 Cuando has estado enfermo, ¿quién está más al tanto de tus cuidados?	32.7%		30.6%	

38 Cuando has tenido conflictos con otras personas, ¿en quién encontraste mayor apoyo?	33.95%		19.4%	
50 Cuando tiene problemas en la escuela ¿A quién le platicas?	32.7%		22.9%	
41 En relación a la escuela, ¿quién esta más al pendiente de cómo te va con tus compañeros y maestros?	46.8%			30.6%
48 ¿Quién te ayuda a tomar decisiones en la escuela?	29.2%			32.4%
51 Cuando tiene dudas acerca de la sexualidad ¿A quién le preguntas?	33.0%			22.9%
44 Cuando has fracasado en cuestiones escolares, ¿quién te anima más para superarlo?	44.1%	31.4%		
47 Cuando realizas un trabajo escolar, ¿quién te impulsa más a que des un mayor esfuerzo para que lo enriquezcas?	32.4%	20.6%		
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>		
35 ¿Quién te recuerda los tiempos en que tienes que hacer tu tarea?	33.3%			40.7%

**Tabla 11.** Los hombres en los reactivos 37, 38 y 50 eligieron la opción *amigos*; en los reactivos 41, 48 y 51 la opción *nadie*, y en el 44 y 47 respondieron *padre y madre juntos*. En el reactivo 35, el los hombres respondieron *madre* con 33.3 % y las mujeres optaron por la respuesta *y nadie* 40.7

n este conjunto de reactivos las mujeres escogieron la opción *madre*. Lo que indica que hay diferencias por sexo, en la percepción de quién realiza las funciones de Maternaje. Se observa que para los hombres son muy importantes los amigos.

## Discusión y Conclusiones

En este estudio se encontró que la Madre es la figura central en las familias de la muestra de adolescentes. A la madre se le atribuyen más funciones. Las funciones de Vinculación/Confianza Básica (factor 1) y Protección/orientación son realizadas principalmente por la Madre. Para este grupo de adolescentes la Madre los ha provisto de confianza, aceptación, los ha enseñado a valorarse con personas, establecer relaciones afectivas, es la persona en la familia que los orienta y protege.

Con respecto al Padre, los adolescentes lo perciben como la figura encargada de proveer de los elementos materiales necesarios para vivir. La participación del Padre en cuanto a dar protección y orientación se le percibe asociado con la madre, pero no se le atribuye esta función a él solo.

Este grupo de adolescentes percibe que varias funciones son realizadas por ambos padres, especialmente en las que tienen que ver con la transmisión y mantenimiento de valores y normas que guían la conducta de los jóvenes. Esto es muy importante, porque es un claro ejemplo de que las funciones de Paternaje y Maternaje no son privativas o exclusivas de uno u otro padre, sino como define Macías (2004), las funciones son compartidas.

Con respecto a las diferencias que se observaron entre hombres y mujeres, se manifiesta cierta tendencia en los hombres a distribuir su percepción de funciones en otras personas. Los hombres prefirieron la respuesta Ambos Padres con mayor frecuencia que las mujeres.

Se encontró que los amigos cumplen con una función muy importante para los adolescentes, sin embargo, este grupo de jóvenes perciben que las funciones de protección, afecto, etc. son realizadas por los padres. Lo cual es sumamente importante porque brindan información, de que la familia es el principal grupo de adscripción para los adolescentes, y que por lo menos en este grupo, las funciones psicosociales de la familia son ejercidas por los padres.

Los datos encontrados, nos permiten identificar que la familia sigue siendo proveedora de vínculos afectivos, orientación, transmite valores, proveedora de recursos, etc. No observamos respuestas en donde los adolescentes contestaran *Nadie u Otra persona*, lo que indica que en la familia los jóvenes encuentran los factores que satisfacen sus necesidades y permiten potenciar sus cualidades. En este grupo de adolescentes la familia se convierte en un recurso de protección de la salud mental, la familia en este grupo de adolescentes puede ser un recurso ante la soledad, depresión ya que en ella encuentran personas con quien hablar, pedir ayuda y apoyo ante los problemas. Un estudio subsecuente con una muestra de adolescentes no escolarizados, no urbanos, o con alguna variable distintiva como intentos de suicidio o delincuencia, permitiría hacer comparaciones más precisas.

Este sencillo estudio aporta evidencia empírica a la teoría de Macías (1988) sobre la existencia de funciones de Maternaje y Paternaje no privativas o exclusivas del padre o la madre, y a sostener la tesis de las familia como nicho de funciones psicosociales.

## **2.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cualitativa.**

A continuación se presenta una investigación realizada desde un enfoque cualitativo, por lo tanto para que exista congruencia, incluso el estilo de redacción fue elaborado en primera persona.

### ***Alianza Terapéutica. De la transferencia a la colaboración***

#### **Resumen**

En esta investigación realicé una revisión y análisis del concepto de Alianza Terapéutica, que se refiere a la relación que se establece entre terapeuta y paciente. Las primeras ideas que se esbozaron sobre esta relación parten del concepto de *transferencia* del psicoanálisis, que se refiere a la carga inconsciente de deseos, fantasías, emociones del paciente depositada en el analista; esta transferencia era condición necesaria para realizar un psicoanálisis exitoso, pero se trataba de una relación totalmente involuntaria y se daba de facto. Posteriormente, esta relación comienza a abordarse de forma intencional, contiene la idea de mantener una relación jerárquica entre un terapeuta que es experto, que ostenta el poder del conocimiento y un paciente que es el que va a recibir este saber para resolver su problema o curar su dolencia. Posteriormente retomo algunos conceptos introducidos por el pensamiento posmoderno a la teoría y práctica terapéutica. Se realizaron cuatro entrevistas a terapeutas con amplia experiencia en la práctica clínica, docencia y supervisión de terapeutas con distintos enfoques, las características de los informantes sustentan la credibilidad de la información, analizaron entrevistas mediante metodología cualitativa y se validó a través de triangulaciones. Se construyeron tres categorías o zonas de sentido que concentran los significados del concepto de Alianza Terapéutica. Estas categorías fueron: Postura epistemológica, Marco teórico de referencia y pragmática. Este análisis permitió construir un concepto de Alianza Terapéutica como un proceso relacional que busca a través de una relación colaborativa lograr el objetivo de la persona que nos consulta. a terapeutas familiares.

## Antecedentes

Para comenzar este trabajo considero útil contar con un concepto amplio de terapia. Personalmente prefiero las definiciones clásicas de terapia, por lo que cito el concepto de Wolberg (1977), autor clásico con orientación psicoanalítica, que define a la psicoterapia como una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en la que una persona entrenada deliberadamente, establece una relación profesional con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de modificar patrones alterados de conducta, de promover un crecimiento y un desarrollo positivo de la personalidad. El concepto anterior le da un peso importante a las emociones, el mismo autor explica que la terapia consiste en el tratamiento de esas emociones. En este orden de ideas las manifestaciones de enfermedad emocional involucran al ser humano en su totalidad. Como se puede observar aún cuando habla de "problemas emocionales", lo hace desde una visión holista del ser humano que incluye lo interaccional y lo social.

Este concepto de Wolberg aun proviniendo de una visión psicodinámica, puede considerarse como una definición con orientación en la relación. El concepto del que estamos reflexionando toma en cuenta a la persona del terapeuta, para Wolberg (1977) un terapeuta es una persona entrenada que establece deliberadamente una relación profesional, por lo tanto al tratar los problemas emocionales de las personas se requiere un alto grado de capacidad que puede ser adquirido solamente, a través de un entrenamiento de posgraduado, de la experiencia... y de la relación. La esencia del proceso terapéutico esta planeada deliberadamente y alimentada por el terapeuta, a diferencia de las relaciones no profesionales que son parte de la naturaleza social del hombre. La relación terapéutica es iniciada y mantenida en un nivel profesional y dirigida hacia objetivos terapéuticos específicos.

Retomando a Wolberg (1977) puedo pensar y afirmar que la esencia del proceso terapéutico es la relación que se establece entre el terapeuta y la persona que acude a él en busca de un tratamiento. Dado lo anterior concibo a la psicoterapia como un proceso relacional entre un profesional y un paciente, al que denomina así, porque "espera" recibir un tratamiento. Continuando con esta línea de pensamiento se puede concebir a la relación terapéutica, como el vehículo que promueve el cambio, de acuerdo con Wolberg (1977) la terapia constituye para el paciente una experiencia nueva con un ser humano, que le permite a éste expresarse con libertad sin miedo de ser rechazado. De esta manera el concepto de relación terapéutica se comenzó a introducir en muchas terapias como un aspecto central.

Los clínicos y la literatura empírica acerca de la alianza terapéutica, siempre atraen el concepto del contexto psicoanalítico a otras terapias. El concepto "alianza terapéutica", puede tener dos acepciones, hay autores que la identifican como "vehículo" para el tratamiento, mientras que la investigación cuantitativa lo asocia cada vez más a los resultados de la psicoterapia. El término de "alianza terapéutica", parte de formulaciones hechas desde el psicoanálisis. Este concepto "alianza terapéutica" se puede remontar a Freud (1915), que se refirió al paciente como a un "colaborador" con el doctor, más adelante aclaró que debemos aliarnos con el ego del paciente bajo tratamiento y definió a la "situación analítica" como un pacto con el ego del paciente. Sin embargo, Freud vio a este pacto como una forma de transferencia positiva, y nunca distinguió claramente a la *alianza* como concepto independiente.

Zetzel (1956) introdujo el concepto de alianza terapéutica, la concibió como una forma de transferencia positiva, considerándola un requisito para el psicoanálisis. La escuela de las relaciones de objeto, por el contrario, acentuó el papel crucial de la transferencia como "relación de objeto", Zetzel dio un salto de una relación puramente inconsciente a una más racional y propositiva, por lo tanto el terapeuta de forma intencional busca aliarse con el paciente para tratar su problema.

Greenson (1967) le dio mayor énfasis al componente racional de la relación en la formación de "alianza de trabajo", la describió como la simpatía relativamente no neurótica, racional que el paciente tiene con su analista o terapeuta y la capacidad del paciente de trabajar en la situación del tratamiento. Al acuñar el término "alianza de trabajo" acentuó su función propositiva y distinguió tres conceptos independientes: la transferencia, la alianza de trabajo y la relación verdadera. Este mismo autor discutió que las reacciones de la transferencia son poco realistas, inadecuadas y fantasiosas, pero que el paciente cree que son verdaderas. En esta concepción la relación verdadera es la relación genuina y realista, que se crea en el trato directo. Para él la alianza de trabajo es relativamente racional, desexualizada pero conserva elementos del fenómeno de la transferencia. Se puede observar con claridad que este concepto se va convirtiendo en un aspecto central de la psicoterapia.

El concepto de alianza se ha analizado desde la perspectiva psicodinámica, sin embargo en esta investigación se examina desde un punto de vista relacional y propositivo donde el terapeuta busca intencionalmente fomentar y favorecer la "buena" relación terapéutica.

Se ha demostrado en estudios empíricos que la "alianza terapéutica" es uno de los factores que predicen con mayor alcance el resultado en psicoterapia, sin importar la modalidad probada. (Horvath y Symonds, 1991; Orlinsky y Grawe, 1994).

Seligman (1995) en su famoso estudio de efectividad clínica por medio del auto-reporte de las personas que acuden a consulta, determinó que, si bien el tipo de psicoterapia clínica no era un buen predictor de buen resultado y satisfacción con la terapia, la **relación terapéutica**, el poder escoger su terapeuta y la no limitación sobre la duración de la intervención fueron fundamentales. Cabe añadir que la alianza es el factor, dentro de la relación terapéutica, sobre el que se puede trabajar para lograr una mejor efectividad y satisfacción de quien consulta a un terapeuta.

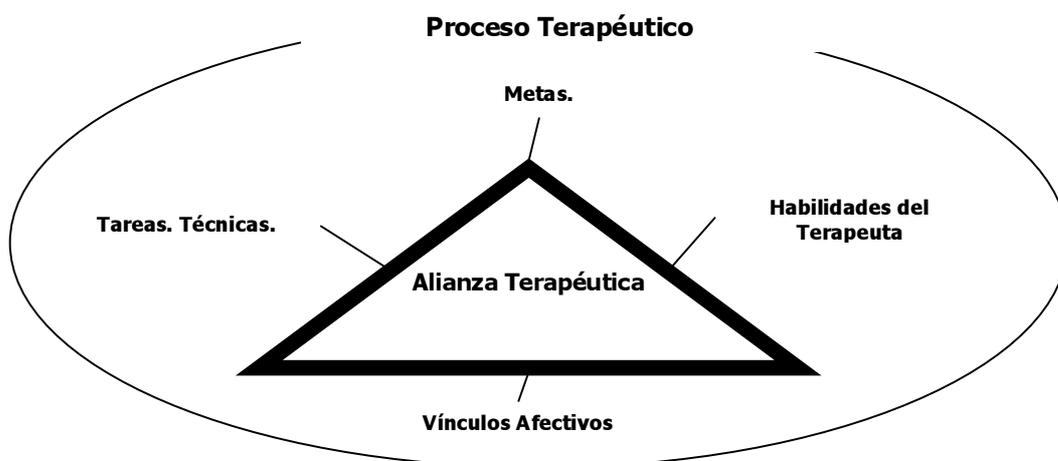
## **Alianza Terapéutica y Terapia Familiar**

Las investigaciones que se han realizado con los distintos modelos de Terapia Familiar(TF) se relacionan con la eficacia o efectividad del tratamiento. Desde hace muchos años se piensa que los cambios que los pacientes hacen se deben a la relación o alianza que ellos tienen con sus terapeutas, y no por el modelo específico o los métodos emplearon por el terapeuta. Hay apoyo considerable por este punto de vista, (Beutler, Machado, & Neufeldt, 1994; Bordin, 1979; Coady, 1992; Duncan, 1992; Horvath, & Greenberg, 1994; Pinsof, 1994; Strupp, 1992). Es lógico pensar que la Alianza Terapéutica pueda convertirse en el vehículo hacia el cambio.

En un estudio, Alexander, Barton, Schiavo, y Parsons (1976), encontraron que un 59.65% de resultados de la terapia pueden atribuirse a la relación terapéutica. A pesar de esta evidencia, parece que la relación terapéutica necesita ser más cuidada y prestarle mayor atención. Por ejemplo, Bernard y Kuehl (1995) encontraron que tanto los modelos de terapia familiar, como los terapeutas familiares que se entrenan en los programas, se enfocan más en la adquisición de técnicas y habilidades, en lugar de desarrollar una alianza terapéutica sólida.

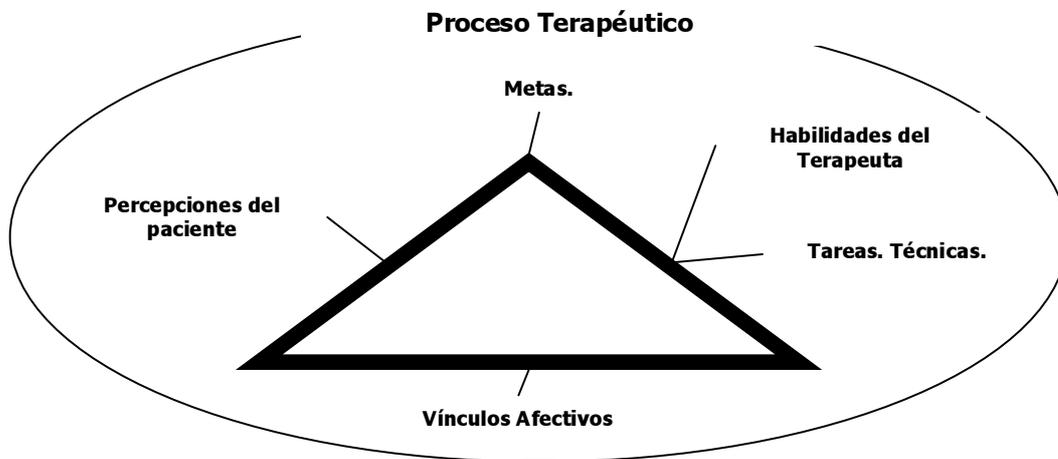
En este sentido, se observa que en la práctica actual de terapia se le otorga mayor importancia a la técnica que a la relación, este trabajo intenta argumentar que la Alianza Terapéutica es un aspecto central de la práctica terapéutica. Si la alianza terapéutica toca una gran parte en el cambio en las vidas de los pacientes, entonces un enfoque que aumente el foco en entrenar a terapeutas sobre él es necesario. No pretendo devaluar las técnicas que se utilizan para promover los cambios, lo que si pretendo es hacer un ejercicio reflexivo para no usar las técnicas por usarlas, al usar una estrategia sin tomar en cuenta a la persona como tal, no solo se corre el riesgo de que resulte ineficaz sino de que la persona abandone el tratamiento, o aun peor generar desesperanza.

En 1979 Bordin publicó una propuesta teórica para generar alianza terapéutica activa entre los pacientes y terapeutas. Este autor propone tres estructuras: *el desarrollo de vínculos, la asignación de tareas, y acuerdo en las metas del tratamiento*. Los *vínculos*, representan los aspectos afectivos de la alianza terapéutica, es decir el grado de confianza, respeto, y cuidado. El *dominio de las tareas* se comprende como el aspecto de la colaboración en las actividades circundantes que se comprometieron durante la terapia, el acuerdo y colaboración alrededor de las tareas. Este concepto abarca las habilidades de terapeuta y la percepción de clientes de la habilidad del terapeuta para ayudarlos. La estructura final, *las metas*, tiene que ver con la percepción del paciente de que ha logrado, con la colaboración del terapeuta, las metas que ambos acordaron en el tratamiento. Si pensamos en esta estructura propuesta por Bordin, podemos pensar que los vínculos afectivos son la base de la psicoterapia, las metas o resultados son la punta de esta estructura y las habilidades y estrategias del terapeuta como los andamios que van de la base a la punta (Ver figura 1).



**Figura 1.** Se muestra un esquema que representa los conceptos de Bordin, podemos observar que la Alianza Terapéutica se envuelve por los tres lados del triángulo, desde esta conceptualización se convierte en un concepto central de todo el proceso terapéutico.

El campo de terapia familiar ha mostrado interés en la asociación entre la alianza terapéutica y resultado de las terapias. Los estudios se han realizado con métodos cuantitativos y por ejemplo Bennun (1989) encontró que las percepciones de los miembros de la familia sobre el terapeuta tenían un impacto en el resultado del tratamiento, este estudio confirma que todas aquellas creencias y valores que los pacientes depositan en el terapeuta (reales o no) impactan significativamente al logro de la meta. Si continuamos construyendo una imagen de la psicoterapia, podemos agregar en los andamios a estas ideas del paciente. (Ver figura 1a.)



**Figura 1a.** Al esquema anterior se agregan las ideas del paciente hacia el terapeuta.

En esta revisión teórica encontré que Heatherington y Friedlander (1990) establecieron una asociación entre la alianza terapéutica y los informes de los clientes, estos reportaron que acudían a terapia debido a la relación que establecieron con lo terapeutas de profundidad y cercanía (es decir, empatía) y suavidad en las sesiones de la terapia. Green y Herget (1991) informaron una asociación entre aspectos relacionados a la relación terapéutica y el logro de la meta de clientes. Estos estudios son valiosos y han establecido una asociación más allá entre la alianza terapéutica y las variables importantes en la terapia familiar. Finalmente, Patterson y Forgatch (1985) encontraron que los terapeutas que demostraron apoyo y actitud amable tenían más baja proporción de incumplimiento entre sus clientes. La importancia de estos hallazgos parecería obvia, pero la investigación sobre la alianza terapéutica en la terapia familiar es escasa. Esto parece un tanto paradójico, porque es evidente que buena parte de los cambios logrados en la terapia se pueden atribuir a la alianza terapéutica, por lo tanto llama la atención que los investigadores de terapia familiar, en un campo que enfoca en las relaciones, han estudiado muy poco esa alianza.

La terapia familiar en sus inicios abordó la alianza terapéutica desde una postura de expertos tratando de hacer más funcional un sistema que ha dejado de hacerlo, o incluso nunca lo ha sido. Para comprender este concepto de alianza, surge como una posibilidad de estudio el análisis de la postura del terapeuta que algunos modelos de terapia familiar esta implícita y en otros paradigmas esta postura se construye de forma propositiva y explícita.

### **Postura colaborativa versus postura de experto**

Desde el punto de vista del modelo estructural, Minuchin (1979), el terapeuta, es un experto que provoca crisis en un sistema (familia) que funciona mal, con la finalidad de reestructurarlo y hacerlo más funcional. Desde esta postura, el terapeuta tiene una mayor jerarquía en el sistema terapéutico, se "alía" a él a través de la unión y el acomodamiento como una estrategia para modificar pautas disfuncionales o corregirlas. El terapeuta tiene las credenciales para presentar a la familia una realidad distinta, con base en su experiencia y sabiduría (Minuchin, 1979). Esta postura es clara en cuanto concibe al terapeuta como experto, es decir "sabe" lo que lo mejor para el sistema y concibe a los pacientes como receptivos y en espera de ayuda. Minuchin representa una concepción de la alianza con fundamento en la jerarquía donde el terapeuta tiene el poder del conocimiento y es el productor de los cambios, podríamos hablar de que la alianza se concibe desde un punto de vista estratégico.

Las ideas de Bateson sobre el contexto relacional y comunicativo son esenciales para el significado que damos a las palabras y acciones, en algunos escritos de Anderson (1999, 2003) menciona que esta idea fue precursora de la premisa de la postura colaborativa que sostiene que conversación y relación van de la mano, por lo que también impacta en la concepción del terapeuta como interventor, promotor y director de los cambios y al paciente como el receptor del saber del terapeuta.

Podemos entender que una postura colaborativa es aquella en donde el terapeuta asume que "no sabe". El terapeuta es más bien hábil en saber cómo y no en saber qué (Anderson y Goolishian, 1992). Esta postura concibe que los sistemas familiares sean sistemas en constante evolución, por lo que una persona aunque se considere experto no tiene el poder de hacer cambiar a un sistema porque hay múltiples posibilidades de cambio por lo que es arrogante creer que un terapeuta tenga el poder para hacer cambiar a la gente.

### **Postura del terapeuta Colaborativo**

Un terapeuta colaborativo retoma ideas batesonianas como las que hemos descrito, además realiza un giro interpretativo tomando postulados de la hermenéutica, además de que para esta postura es importante la aportación de la cibernética de segundo orden donde la observación de la realidad esta influenciada por la partición del observador, por tanto no existe una realidad objetiva, además el movimiento de la construcción social del conocimiento aporta algunos postulados a esta postura colaborativa.

Ante todo el primer compromiso construccionista se encamina por una ruptura tajante de la tradicional y asimétrica relación entre terapeuta y paciente. Es más el término paciente no debería ser utilizado en la nueva relación (se empieza a masificar la utilización del término cliente -que obviamente está muy cercana a la visión mercantilista del modernismo-) ya que su connotación médica está expresando una asimetría, entre el enfermo, el que no sabe, y el sabio, el sano, el terapeuta, y esta asimetría tiene más un componente político que de salud. Este supuesto supone la desaparición del poder-control unilateral del terapeuta y propone una dinámica de co-construcción sistémica. Asume la responsabilidad de su poder de construcción dentro de la relacional/social. El terapeuta pierde su posición de experto, su estatus jerárquico desaparece.

En esta postura Cecchin (1987) realizó aportaciones, propone que el terapeuta tiene más posibilidades dentro de la terapia si mantiene una postura de neutralidad. Describe la neutralidad como "la creación de un estado de curiosidad en la mente del terapeuta". La curiosidad encaminada a explorar e inventar puntos de vista alternativos en movimiento, movimientos que crean puntos de vista alternativos, que a su vez crean la curiosidad. Si abandonamos las explicaciones deterministas como verdaderas o falsas, evolucionaremos a un proceso de inventar múltiples puntuaciones de una conducta, interpretación, hecho, relación; nos ayuda a construir una mirada más sistémica. Cuando somos curiosos acerca de las pautas o ideas de relación, personas, sucesos, y conductas nosotros perturbamos el sistema con el cual estamos interactuando en formas que son diferentes de las perturbaciones que haríamos si nuestros intentos se encaminan a descubrir una descripción o explicación correcta, Cecchin (1987).

Con esta postura, Cecchin retoma el concepto de Maturana de la *interacción instructiva* que puede ser descrita como una acción en donde "algunos individuos instruyen a otros individuos acerca de qué hacer y cómo hacer". Si creemos en la interacción instructiva intentamos cambiar a la gente directamente. Esta es la orientación lineal tradicional de la ingeniería y de la ciencia. Una estética de la ciencia, por otra parte, con un foco de curiosidad renuncia a intentar dirigir a la gente (Keeney, 1987). La curiosidad proviene de una perspectiva estética que está fundamentada en la noción de que cada sistema tiene una lógica en su interacción. En esta lógica ninguna es buena o es mala, correcta o incorrecta. Simplemente es operativa. Desde esta perspectiva respetamos la integridad del sistema. Respetar un sistema significa actuar hacia el sistema con una comprensión recursiva de que el sistema simplemente está haciendo lo que hace. Con esta postura de curiosidad y respeto por el sistema, es como puede fundamentarse una "alianza terapéutica" con sustento en la colaboración, renunciando a la idea de dirigir a la persona que acude a terapia.

## **Método**

En este contexto de multiplicidad, cabe hacer la pregunta de investigación ¿cómo se construye la alianza terapéutica? En el marco teórico reflexionamos sobre aspectos teóricos sobre psicoterapia además de plantear una posición epistemológica del quehacer del terapeuta familiar. Para contestar esta pregunta me fundamenté en la entrevista profunda como técnica pero también como método de investigación ya que es compatible epistemológicamente con la postura que se ha planteado. Los resultados obtenidos son una co-construcción de significados donde el investigador participó activamente en la generación de las ideas junto con el entrevistador. Los resultados de la investigación son producto de la conversación y no una recopilación de conocimientos de los entrevistados.

Se eligió una visión cualitativa porque estos métodos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos. De ahí que la intersubjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales. El objetivo y lo objetivo es el sentido intersubjetivo que se atribuye a una acción. La investigación cualitativa puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta (Ruiz e Ispizua, 1989). En ese sentido, la investigación cualitativa es interpretativa; es el estudio interpretativo de un problema determinado en el que el investigador es responsable en la producción del sentido.

En la investigación cualitativa se busca la comprensión a través de la descripción densa (la interpretación de las interpretaciones) y la comprensión del lenguaje simbólico, en lugar de confiar sólo en los modelos estadísticos, que pese a su incrementada sofisticación, no han mostrado mayor potencia explicativa (Ruiz e Ispizua 1989). Kincheloe y McLaren (1994) afirman que no existe un método mágico de indagación que garantice la validez de los hallazgos, la pura "corrección metodológica" no produce datos válidos. Por ello, plantean que más que la validez, el criterio en la investigación cualitativa crítica debe ser la credibilidad de los investigadores (para lo cual no hay un coeficiente de medición de la confiabilidad) y la acomodación anticipatoria, en el sentido de acomodar aspectos únicos de lo que se percibe en contextos nuevos.

La confiabilidad de los resultados cualitativos se respalda, según Ruiz e Ispizua (1989) y también Ward-Schofield (1993), en criterios como la credibilidad y la transferibilidad (validez interna/externa en los manuales), con respecto al valor de verdad y aplicabilidad de sus resultados. La credibilidad se logra por la observación intensiva y la triangulación; y la transferibilidad por un muestreo intensivo (teórico/intencional) y por la descripción espesa. La confirmabilidad en la investigación cualitativa depende de un investigador externo que la audite y de la negociación de los resultados como parte de la necesaria interdependencia entre investigador e investigado. En últimas, la validez de las investigaciones (cuanti y cualitativas) depende del rigor y la integridad de los investigadores (Wainwright 1997).

Estas entrevistas fueron construidas con informantes expertos en el área de la psicoterapia, por lo tanto la credibilidad se sustenta con los años de práctica clínica y académica, además los resultados de las entrevistas fueron trianguladas tanto con los entrevistados como con dos terapeutas familiares en formación a quienes les pareció congruente el análisis realizado.

## **Procedimiento**

Estas entrevistas fueron construidas con informantes expertos en el área de la psicoterapia, por lo tanto la credibilidad se sustenta con los años de práctica clínica y académica, además los resultados de las entrevistas fueron trianguladas tanto con los entrevistados como con dos terapeutas familiares en formación a quienes les pareció congruente el análisis realizado. Se utilizó la entrevista a profundidad como técnica principal, las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente el análisis de los datos se realizó con los siguientes pasos:

1. Transcripción.

2. Lectura.
3. Codificación.
4. Categorización.
5. Elaboración de las narrativas.

## Contexto y características de los informantes

Las entrevistas fueron realizadas en el año 2005, mientras realizaba estudios de Maestría en Terapia Familiar en la Facultad de Psicología de la UNAM. Esta investigación forma parte del reporte de experiencia profesional, de ahí que la concepción de este trabajo parte de la idea de tener un acercamiento con los expertos en el trabajo en psicoterapia. Realice cuatro entrevistas, la primera de ellas a un terapeuta familiar con más de 40 años de experiencia en el campo, pionero de la terapia familiar en México y respetado en múltiples asociaciones de terapeutas las cuales ha presidido; la segunda entrevista fue con una terapeuta con más de 20 años de trabajo en el campo de la clínica y la psicoterapia; la tercera entrevista fue con un médico psiquiatra que trabaja desde hace 30 años en el campo de la salud mental y es experto en adherencia terapéutica; la cuarta entrevista la realicé a una Psicoanalista con más de 15 años de experiencia en el campo.

## Resultados

Se construyeron las siguientes categorías que sustentan el concepto de Alianza Terapéutica, la categorías se establecieron como los puntos comunes en las cuatro entrevistas, aunque difieren en muchos aspectos, encontré que tienen coincidencias que me ayudaron a entender a la psicoterapia como un proceso que se co-construye a través de la relación con otra persona.

En una supra-categoría se encuentra la **Postura Epistemológica** del terapeuta, en ella se encuentran los marcos de referencia, las explicaciones que el terapeuta tiende del mundo, esta categoría nos ayuda a sustentar el **Por qué** de la psicoterapia y por lo tanto de la Alianza: *"si yo pienso que infancia es destino entonces tengo que irme al pasado para reparar lo que no se hizo en ese tiempo que lleva al sujeto a sufrir y todo lo que diga no es sino que oculta algo que es lo que se tiene que descubrir, estas ideas van más allá de las teorías, porque incluso hay terapeutas que se forman en modelos que trabajan en el presente pero de forma incongruente buscan las soluciones en el pasado. Es fundamental que el terapeuta reconozca su propia concepción del mundo, ninguna es mejor que otra pero las incongruencias epistemológicas pueden resultar terribles... "*

En esta categoría se incluye la **concepción ontológica o concepto de ser humano** que tiene el terapeuta, es indispensable esta categoría para comprender **Con quién** vamos a relacionarnos o aliarnos: *"mucho se ha discutido si llamar a las personas que nos consultan como pacientes o como clientes, pero es importante reflexionar que paciente es el que espera, y espera recibir ayuda porque hay algo que les duele, algo que provoca malestar o porque tienen un problema...si llamamos a alguien cliente implícitamente tenemos una relación mercantil en dónde el terapeuta vive de sus clientes"*

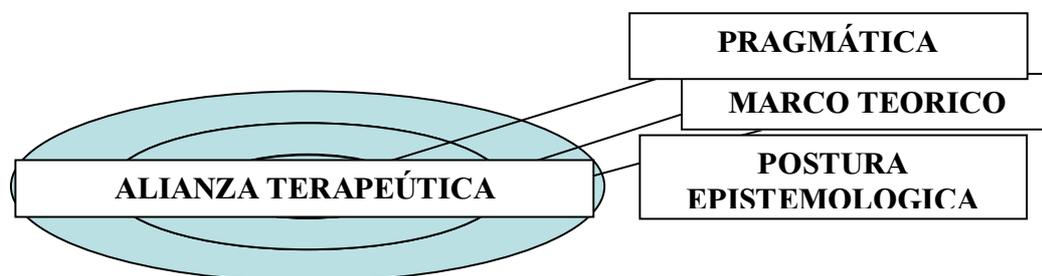
Los **valores y la ética** del terapeuta también se incluyen en esta categoría que conduce el **Cómo** vamos a tratar a la persona que nos consulta, de acuerdo con los informantes es parte fundamental de la Alianza: *"el terapeuta debe tener un interés genuino en los problemas humanos... la alianza terapéutica no es una técnica estratégica para propiciar cambios, es una relación de colaboración con un objetivo común en el que trabajan terapeuta y paciente...si el objetivo del terapeuta es sumar un caso o cubrir una cuota de pacientes, esta actitud será percibida por el paciente...es indispensable que el terapeuta tenga claro para que quiere ser terapeuta porque en esa reflexión conocerá sus propios valores..."*.

La **experiencia de vida y la persona** del terapeuta son pilares fundamentales en esta categoría, los informantes coinciden que la personalidad del terapeuta puede ser la diferencia que hace la diferencia: también se incluye en esta categoría: *"la experiencia de vida, la calidad humana, la sensibilidad, la empatía, la actitud con que te relacionas con las personas son características que no se aprenden y pueden ser la diferencia entre un buen terapeuta y otro que no lo es... cualquiera puede estudiar y aprender técnicas, pero las habilidades que te menciono no se pueden aprender desde luego que las puedes desarrollar pero a nadie le puedes enseñar a ser sensible o a ser comprensivo, eso definitivamente lo tienes o no lo tienes"*.

La segunda Categoría la podemos llamar como el **Marco Teórico Conceptual**, que se refiere a los modelos con los cuales el terapeuta entiende un problema y fundamenta sus intervenciones, es el sustento de **Cómo** vamos a tratar el motivo de consulta de la persona. *"el terapeuta tiene por obligación tanto social como ética ser un profesional en su área, por lo que debe ser experto en teorías y modelos de psicoterapia, es fundamental para analizar el problema y diseñar un plan de acción"*

Finalmente la tercer Categoría la denomine **Pragmática** se refiere a las técnicas e intervenciones que se llevan a la práctica, aquí también se incluyen el tiempo para realizarla o como se conoce en la jerga clínica el "timing" para realizar la intervención. *"las intervenciones o técnicas las utilizamos para lograr el objetivo del paciente, pero no es la técnica por la técnica sino también hay que ser sensible, respetuoso para que la intervención funcione, a veces importa más el cómo lo haces que lo que haces"*.

Con estas tres categorías o zonas de sentido se entiende la Alianza Terapéutica como la base de la terapia, cuya sustento es una relación colaborativa que busca un fin común, permite conducir el proceso terapéutico, la podemos nombrar como un vehículo que promueve cambios. Contiene elementos epistemológicos, teóricos y prácticos.



**Figura 2.** En este esquema se intenta ilustrar el concepto de Alianza Terapéutica que toca las tres categorías construidas en el análisis realizado, de la más global que es la Postura Epistemológica, pasando por el Marco Teórico y al final la Pragmática.

## Conclusiones

En este trabajo he podido plasmar algunas de mis inquietudes y vicisitudes que he tenido en mi proceso de formación como terapeuta. De alguna manera, el paso que describo de la transformación del concepto de "alianza terapéutica" de un proceso de transferencia inconsciente a una relación racional de experto-paciente, para llegar a una relación de colaboración, es un proceso similar que me ha permitido la construcción de mi propia postura como terapeuta. Es decir, este trabajo es auto referencial, dinámico en constante evolución por lo cual los resultados y las conclusiones de esta investigación son válidas para este momento histórico de mi formación por lo que coincido plenamente con los investigadores cualitativos que sostienen que las obras son importantes pero efímeras.

Este trabajo me ha resultado útil para reflexionar en las distintas posturas que he asumido en diferentes momentos de mi formación como terapeuta. Tener una postura de experto me había creado una falsa seguridad en mi práctica clínica, en ese tiempo pensaba que con dominar ciertos conocimientos como las clasificaciones de enfermedades mentales (CIE y DSM), conocer de psicopatología y con algunos años de práctica institucional me daban el derecho de decirle a las personas que tenían tales o cuales rasgos de personalidad o "x" diagnóstico, además de dar la receta indicada en los manuales de tratamiento. Pero a través de la experiencia de vida, acercarme a otras lecturas, vivir mi propio proceso terapéutico y la práctica profesional fui dándome cuenta que todo ese "saber" es poco útil a la hora de trabajar con un problema de otra persona.

Comenzar a deconstruir la postura de experto implica hacer a un lado esa falsa seguridad, y a ubicarme en la incertidumbre que genera posibilidades, porque al irme cuestionando las consecuencias políticas, sociales, económicas, psicológicas que tiene los discursos del déficit me doy cuenta que mantener esa postura me ayudaba poco a mejorar el bienestar o la salud mental de las personas-ahora incluso cuestiono esos conceptos-, sin embargo los efectos que esos discursos tienen en la vida de las personas son el pan de cada día en la labor del terapeuta. De ahí que con los resultados de esta investigación reafirmo mi trabajo como terapeuta con una postura colaborativa, donde enfocarme en la relación terapéutica y concebirla como la pase de mi trabajo terapéutico me ha permitido obtener buenos resultados.

En esta postura que planteo donde la Alianza es la base y el sustento de la terapia, es congruente pensar en las personas como sistemas vivientes, evolutivos, en cambio constante, donde la posibilidad del cambio esta en ellos y mi trabajo como terapeuta puede colaborar con ese sistema, para que a través del diálogo –que en esta etapa de mi formación es la principal forma de intervenir- se puedan co-construir las alternativas con base también esta postura de "alianza colaborativa", que es como puedo denominar a mi propia postura, e incluyo estos conceptos en mi práctica clínica (ver apartado de "Desarrollo de Habilidades Clínicas"). Esta postura me ha ayudado a construir una seguridad de que la terapia es útil si se confía en que las personas hacen lo mejor que pueden y que siempre es posible cambiar. Como conclusión final dejo esta frase que engloba el pensamiento batesoniano que también me ha influenciado gratamente.

*Nosotros, los especialistas en ciencias sociales, haríamos bien en reprimir nuestra avidez por controlar ese mundo que comprendemos de una manera tan imperfecta. ...Más bien, nuestros estudios podrían inspirarse en un afán antiguo, pero que hoy goza de menos honor: **la curiosidad respecto del mundo del que formamos parte. La recompensa de tal tarea no es el poder sino la belleza.***

### **3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria.**

La actividad clínica del terapeuta familiar incide en acciones de prevención primaria, las cuales están dirigidas a informar, sensibilizar y canalizar problemas de salud pública, como la violencia doméstica, la violencia familiar, el maltrato infantil, la drogadicción, el embarazo adolescente, la criminalidad, entre otros.

Dentro de la formación del terapeuta familiar, la prevención comunitaria es un aspecto esencial para el desarrollo de habilidades y competencias profesionales en servicio de la sociedad.

En este rubro se exponen las aportaciones tecnológicas que se realizaron durante la formación terapéutica, dos de éstos dirigidas a la prevención comunitaria.

El primer producto es un tríptico donde se aborda la problemática de la Violencia Familiar; dentro de esta misma temática se presenta un taller comunitario sobre Noviazgos Violentos dirigido a jóvenes de bachillerato; y por último, un producto tecnológico dirigido a profesionales de salud mental y terapeutas familiares sobre el Ciclo Vital de la Familia.

#### **3.1 Productos Tecnológicos**

##### ♦ Tríptico: ***¿Crees que vives una situación de violencia con tus hijas e hijos?***

En las últimas décadas el estudio y la atención de la Violencia Familiar han formado parte del interés de un gran número de profesionales en el campo de la salud y áreas afines. En la medida en que la violencia conyugal y la violencia familiar dejan de ser aspectos privados y comienzan a traspasar los espacios públicos se comienzan a considerar como problemas de salud pública, el grado extremo de violencia es la muerte por este motivo, en el año de 1999 la Secretaría de Salud<sup>1</sup> reportó 12 249 muertes de mexicanos por lesiones, agresiones realizadas de una persona a otra, en esta cifra se incluyen las víctimas de violencia intrafamiliar extrema.

En ese sentido, la Terapia Familiar se interesa por el desarrollo de marcos teóricos y metodológicos que brinden atención específica a esta problemática. Dentro del nivel de prevención primaria, las acciones dirigidas a la comunidad se caracterizan por la información, la sensibilización y la canalización de esta problemática. De acuerdo con lo anterior, el principal objetivo se centra en la divulgación educativa, es decir, en proporcionar información que ayude a cuestionar los valores y creencias sociales que ayudan a perpetuar los ciclos de violencia e intentar más de lo mismo<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> SSA, 1999. *Mortalidad 1999*. México, 2001.

<sup>2</sup> Botinelli, C. Abordaje de los modelos de atención, enfoques y marcos teóricos, metodológicos, experiencias y retos. Conferencia magistral dentro del *Primer Seminario sobre violencia Familiar*. México, noviembre, 2002.

Al hablar de la importancia de generar estrategias de intervención (ya sea en niveles de prevención primaria, secundaria e incluso terciaria), que permitan a las personas reconocer los recursos propios para enfrentar una situación de violencia, o bien, identificar los intentos que no han funcionado y que ayudan a perpetuar una situación de violencia.

De acuerdo con lo anterior, se elaboró un tríptico dirigido a padres y madres de familia titulado: *¿Crees que vives una situación de violencia con tus hijas e hijos?*, donde se informa sobre las formas de violencia, se favorece el cuestionamiento de las creencias culturales que "naturalizan" las interacciones violentas en la familia, y por último, se proporcionan sugerencias que ayuden generar alternativas para una situación de violencia familiar.

Las sugerencias proporcionadas a los lectores de este tríptico se basan en las explicaciones de la formación de problemas y los mecanismos para el cambio desarrolladas por el *Mental Research Institute (MRI)*<sup>3</sup>.

La interacción violenta desde esta perspectiva teórica, se considera como un problema caracterizado por un cambio tipo 1, donde los esfuerzos infructíferos por salir de esta pauta ayudan a perpetuar el problema.

Existen tres maneras de enfrentar el problema desde esta posición: a) negando que un problema lo sea en realidad; b) pensar que el problema es inmodificable o inexistente; y c) cometiendo un error de tipificación lógica. Para el cambio tipo 2, es necesario actuar sobre las soluciones intentadas en lugar de la situación problemática. En este caso, la transformación será consecuencia de cambiar lo que sucede y no el por qué sucede.

El abordaje de la violencia familiar desde el modelo de Terapia Breve desarrollado en el MRI, plantea las intervenciones en el aquí y el ahora, en el contexto y en las pautas de interacción que generan los problemas.

En conclusión, este tríptico es un material dirigido a la comunidad que proporciona información y favorece el cuestionamiento de la "naturalidad" o "invisibilidad" que culturalmente ha ayudado a perpetuar la violencia en las interacciones familiares.

A continuación se presenta el contenido de este tríptico.

---

<sup>3</sup> Watzlawick, P. Weakland, J. y Fish, R. (1974). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.

### **¿Qué se puede hacer?**

Ya vimos que las justificaciones como las anteriores no generan un cambio, por lo tanto si se desea un cambio es importante probar alternativas totalmente diferentes a lo ya realizado. Posiblemente en nuevas alternativas se encuentre una solución.

Le sugerimos lo siguiente:

- Identifique si en su familia existe algún tipo de violencia.
- Si es el caso observe cuáles miembros de la familia participan en la situación violenta y quiénes son testigos.
- Ponga atención en qué momento se repite la violencia, lugar, momento y temática.
- Evite situaciones que pongan en riesgo su integridad o la de otros, usted es responsable de su seguridad.

La violencia psicoemocional es la forma más frecuente en la familia, sin embargo, al no dejar huellas evidentes tiende a ser "invisibilizada".

Por lo tanto muchas familias pueden estar viviendo una situación de violencia sin darse cuenta.

### **Si éste es el caso, es momento de pedir ayuda.**

CENTRO DE SERVICIOS  
PSICOLÓGICOS "GUILLERMO DAVILA".  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA  
UNAM.  
Av. Universidad 3002, Col. Copilco  
Coyoacán. Ciudad Universitaria.

### **¿Crees que vives una situación de violencia con tus hijas e hijos?**

*La violencia no es natural, sin embargo, hemos aprendido que una forma de educar a nuestras hijas e hijos es a través del uso de la fuerza.*

¿Qué es la violencia familiar?

*Es una interacción en donde existen actos u omisiones que tiene la intención de dañar a un miembro de la familia.*

*No es un episodio aislado y caótico, la violencia es una situación repetitiva y predecible, porque se puede identificar el lugar, momento y temática que la dispara.*

¿Quién es violento o violenta?

*Puede ser cualquier miembro de la familia que en determinada circunstancia se encuentre en una posición de mayor poder que otro miembro o quiera ascender a ese poder.*

¿Quién es violentado?

*Puede ser cualquier miembro de la familia que en determinada circunstancia experimente un abuso*

*de poder por otro miembro de la familia.*

**Por lo tanto todos y cada uno de los miembros de la familia pueden ser violentos y experimentar violencia hacia su persona.**

- La violencia **física** es la más evidente, por ejemplo los golpes, empujones, etc.
- Otro tipo de violencia se dirige a dañar la integridad **psicosexual**, como forzar un contacto sexual no deseado o el abuso sexual.
- Existen formas más sutiles de violentar, como amenazas, humillaciones, devaluaciones, etc., a esto se le llama violencia **psicoemocional**.  
¿Te suena conocido?

*"Los problemas de familia son de la familia y nadie más" (la ropa sucia se lava en casa)."*

*"Quien manda en casa soy yo"  
(¡aguántate!, es la cruz que te tocó cargar).*

*"Con mi amor lo voy a cambiar"*

*"Haz lo que te digo, porque yo sé lo que te conviene, tengo experiencia"*

*"Cómo lo voy a denunciar, si es el padre de mis hijos"*

Es común que solucionemos los problemas de violencia con base en justificaciones como las anteriores, pero...

¡La situación no cambia!

◆ Manual: **"El Ciclo Vital de la Familia"**

El Ciclo Vital de una Familia, se refiere a la trayectoria de vida de la familia, delimitada por fases críticas que encierran momentos especiales de dificultad para toda la familia, este es de gran importancia ya que el tomarlo en cuenta permite hacer diagnósticos más finos e intervenciones lo más cercanas a lo que posiblemente le esta sucediendo a la familia, existen distintos modelos como el de Haley <sup>4</sup>, Barragán <sup>5</sup>, Estrada<sup>6</sup>, Rolland<sup>7</sup> que explican esta trayectoria y proponen distintas fases pero coinciden en que la familia es un sistema vivo, que cambia con el paso del tiempo y se enfrenta a distintas tareas que tiene que resolver.

Antes de enumerar las fases del ciclo vital es necesario considerar que dentro de estas, hay tareas específicas, con las que la familia se encuentra y que debe resolver para continuar su crecimiento saludable. En cada una de las fases, existen incesantes interacciones entre los miembros de la familia, que están en base a cuatro ejes, que son los que le dan la diferenciación a cada una de estas etapas durante todo el ciclo vital (Estrada, 1996).

Los modelos de Ciclo vital de la Familia, partieron de los inicios de la Terapia Familiar Sistémica, sin embargo su aportación sigue siendo vigente, los terapeutas familiares recurren a él para *Normalizar*<sup>8</sup> muchos de los problemas y quejas que se presentan en la vida cotidiana, con la finalidad de que las personas consideren su situación como algo normal y cotidiano presente en muchas familias, se espera un efecto tranquilizador.

Con base en lo anterior se realizó una presentación electrónica que contiene los cuatro modelos de Ciclo Vital de la Familia mencionados. Dentro de esta presentación se describe cada modelo de forma esquemática, mencionando cada fase del mismo, la presentación se ilustró con ejemplos cotidianos.

La presentación es un diseño interactivo que a través de hipervínculos se relacionan los esquemas con la descripción detallada de cada uno, lo que permite al presentador realizar una exposición dinámica, que al mismo tiempo que presenta imágenes permite que los espectadores cuenten con la información completa de cada modelo mostrado.

---

<sup>4</sup> Haley,

<sup>5</sup> Barragán

<sup>6</sup> Estrada, L. (1996). *El Ciclo Vital de la Familia*. México: Posada.

<sup>7</sup> Rolland, J. (2000). *Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la Terapia Sistémica*. España: Gedisa.

<sup>8</sup> O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. España: Paidós.

## 3.2 Programa de Intervención Comunitaria

### **Resumen del taller de Intervención Comunitaria: *Amar ¿te duele?* *Prevención de noviazgos violentos.***

#### **Justificación**

En nuestro país existen múltiples problemáticas en donde los profesionales de la salud mental pueden y deben intervenir. La violencia es uno de estos problemas que cada día incide en la salud física y mental de los mexicanos, teniendo costos altísimos que incluyen la vida misma. Se sabe que son múltiples los factores socio-económicos, culturales y psicológicos relacionados con la violencia, por lo que su abordaje terapéutico es complejo, por lo que diseñar programas de intervención que incidan en los primeros niveles de prevención se convierte en una prioridad.

Los organismos tanto gubernamentales (INMUJERES) como de la sociedad civil consideran que es muy importante combatir este problema desde la raíz; es casi del dominio popular que la violencia se transmite de generación en generación, por lo que los jóvenes se convierten en un grupo clave en donde se pueden comenzar a bloquear este tipo de interacciones violentas.

Siendo la adolescencia una etapa donde los jóvenes comienzan a establecer sus primeras relaciones de pareja, se propone la creación de un taller sobre la violencia, dirigido a este grupo, que busque incidir en los tres primeros niveles de prevención.

#### **Objetivo General**

- Que los participantes conozcan y comprendan las características de una relación violenta, para prevenir interacciones de este tipo desde el noviazgo.

#### **Objetivos Particulares**

- Que los participantes tomen conciencia del riesgo que puede implicar relacionarse de forma violenta con su pareja, desde sus primeras experiencias de noviazgo.
- Que los participantes conozcan las características de la violencia en la pareja.
- Que los participantes construyan estrategias de autocuidado y protección hacia la violencia en el noviazgo.

#### **Desarrollo.**

El taller: *Amar ¿te duele? Prevención de noviazgos violentos*, se diseñó para alumnos de bachillerato, hombres y mujeres de entre 15 y 19 años, del Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Oriente. El taller está preparado para un mínimo de 8 participantes y un máximo de 20.

De acuerdo con la organización de los temas y contenidos tuvo una duración de 14 horas distribuidas en 7 sesiones de 2 horas cada una.

El taller fue diseñado buscando la participación activa de los participantes, contó con actividades tanto individuales como grupales; entre las dinámicas que se llevaron a cabo fueron *debates, lluvias de ideas, plenarias, realización de dibujos, collage, creación de historietas, cine debate*, entre otras; cada actividad estuvo encaminada a la participación activa de los asistentes.

Se elaboraron tres materiales para impartir el curso: 1) Manual del Instructor; que contiene el plan de trabajo, el sustento teórico y metodológico y los contenidos temáticos. 2) Cartas Descriptivas; que contienen todas las actividades a realizar sesión por sesión, organizadas de forma cronológica, se describe minuciosamente cada actividad y el material requerido. 3) Manual del Participante; contiene la descripción del taller sesión por sesión, el material requerido, así como información complementaria con relación a los contenidos.

## Contenidos

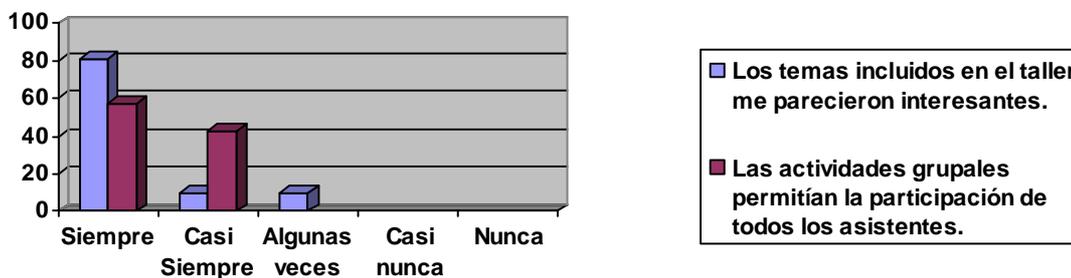
1. Adolescencia y juventud
  - 1.1 Identidad.
  - 1.2 Roles.
  - 1.3 Derechos de la juventud.
  - 1.4 Ciclo Vital
2. Noviazgo
  - 2.1 Elección de pareja.
  - 2.2 Enamoramiento.
3. El poder
  - 3.1 Tipos de poder.
4. Violencia en la pareja
  - 4.1 Tipos de violencia.
  - 4.2 Ciclo de violencia.
  - 4.3 Uso del poder en la violencia.
5. Estrategias de afrontamiento
  - 5.1 Afectivas.
  - 5.2 Cognitivas.
  - 5.3 Conductuales.

## Resultados

El taller se llevó a cabo los martes y viernes del 18 de abril al 12 de mayo de 2006. Inició con 30 participantes, 8 hombres y 22 mujeres; finalizó con 24 participantes, 6 hombres y 18 mujeres. Al concluir el taller, se realizó una evaluación cuantitativa y cualitativa del mismo, la cual proporcionó retroalimentación sobre los contenidos, materiales y exposición de los terapeutas.

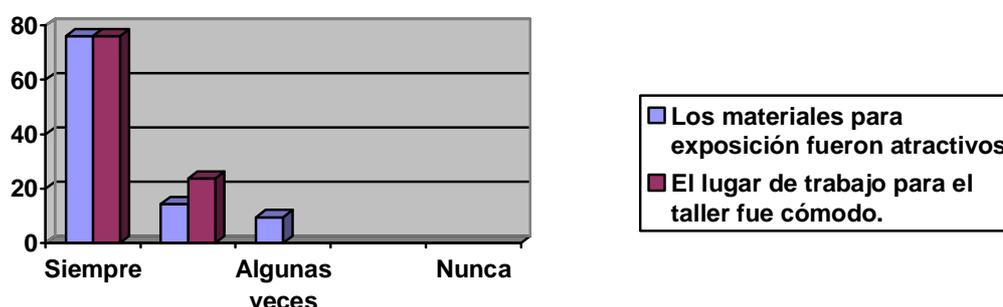
## Evaluación Cuantitativa

Gráfica 1



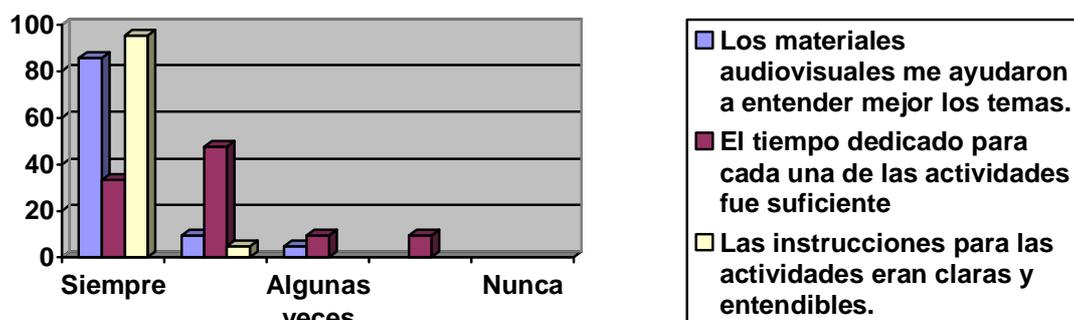
**Gráfica 1.** Se muestra que el 80% de los participantes consideraron que los temas *Siempre* fueron interesantes; el 57% piensan que las actividades grupales *Siempre* permitían la participación de todos los asistentes.

Gráfica 2



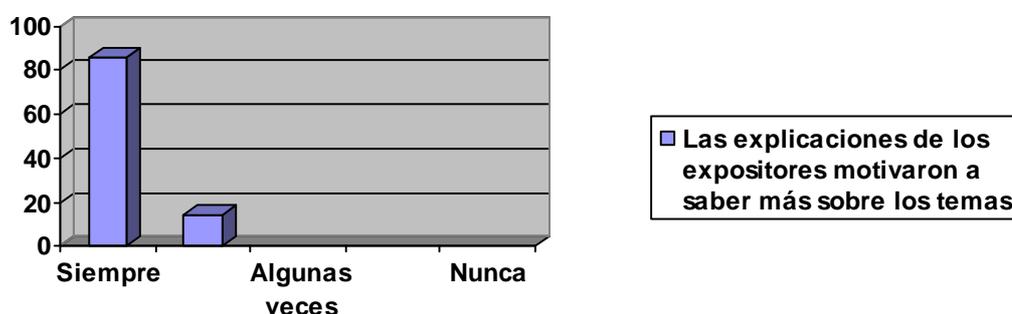
**Gráfica 2.** Se muestra que el 80% de los participantes consideraron que los materiales para la exposición *Siempre* fueron atractivos; también el mismo porcentaje de participantes coinciden que el lugar de trabajo *Siempre* fue cómodo.

Gráfica 3



**Gráfica 3.** Se muestra que el 86% de los participantes consideraron que los materiales que se presentaron en el taller *Siempre* ayudaron a entender los temas. Con respecto al tiempo solamente el 33 % de los participantes consideran que el tiempo dedicado fue el suficiente. Para el 95% de los participantes las instrucciones de las actividades *Siempre* fueron claras y entendibles.

Gráfica 4



**Gráfica 4.** Se muestra que el 86% de los participantes piensan que las explicaciones de los expositores *Siempre* motivaron a saber más sobre los temas.

## **Evaluación Cualitativa.**

A partir de las evaluaciones, se puede concluir que para la mayoría de los participantes, las *expectativas* con que llegaron al taller fueron cubiertas totalmente, e incluso en algunos casos fueron rebasadas. Cabe señalar que algunos mencionaron que les hubiera gustado recibir más *tips*, y contar con mayor tiempo para el taller.

Lo que más les gustó del taller fue el ambiente que se creó, ya que les dio la confianza de poder comentar aspectos muy personales, además de hacer nuevas amistades. En general mencionan que les gustaron todas las actividades, y específicamente las que resultaron más atractivas e interesantes fueron: los debates, la elaboración del cartel y el collage.

Entre los temas que les parecieron más interesantes se encuentran: El ciclo de la violencia, los tipos de violencia y el enamoramiento.

Consideran que todo lo aprendido en el taller lo pueden poner en práctica, y principalmente en el aspecto preventivo, ya que les permitirá identificar cuándo se encuentren en una relación violenta, y tendrán más herramientas para salir de esta. Por lo que, se puede concluir que los objetivos planteados en este taller desde lo cognitivo, afectivo y conductual fueron cubiertos en su totalidad.

## **3.3 Reporte de la presentación del trabajo realizado en foros académicos**

**1) PARTICIPACIÓN CON LA PONENCIA " ADHERENCIA TERAPÉUTICA" EN EL SIMPOSIUM "EL ENFOQUE SISTÉMICO Y SU APLICACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO".** TRABAJO PRESENTADO EN EL XII CONGRESO MEXICANO DE PSICOLOGÍA.

El objetivo de esta investigación fue realizar una comparación entre dos servicios de Hospital Parcial, con respecto a la Adherencia Terapéutica y el Funcionamiento Familiar de sujetos con diagnóstico de esquizofrenia en un Hospital Psiquiátrico. La diferencia radica en que un servicio (grupo control) funciona de lunes a viernes y el otro servicio (grupo piloto) funciona sábados y domingos.

La comparación tuvo la finalidad de identificar si el Servicio de Hospital Parcial en Fin de Semana (Grupo Piloto) que posiblemente facilita la asistencia de sus usuarios porque se realiza en días no hábiles, está fomentando la Adherencia Terapéutica. Así como también conocer si el funcionamiento familiar es distinto o similar entre las familias del Grupo Control y las del Grupo Piloto. Identificando las áreas del funcionamiento familiar que influyen en la adherencia terapéutica de pacientes esquizofrénicos.

Se realizó un estudio Casos-Control con Apareamiento de Variables. La muestra quedó constituida por 21 casos y 21 controles apareados con seis variables (1.Sexo, 2.Edad, 3.Tipo de esquizofrenia, 4.Edad de inicio del padecimiento, 5.Duración del padecimiento, 6.Tiempo de estancia en el servicio). Se utilizaron los siguientes instrumentos: a) Ficha de identificación (donde se obtuvieron los datos sociodemográficos de los sujetos); b) Cédulas Auto-registro de toma de medicamentos, además de los porcentajes de asistencia a los servicios; c) Escala de Funcionamiento Familiar. El análisis estadístico consistió en buscar diferencias entre proporciones; se aplicó también la prueba t de Student para grupos correlacionados, y el coeficiente de correlación de Pearson.

De acuerdo con este análisis no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a Adherencia Terapéutica entre el Grupo Control y el Grupo Piloto. En ambos grupos la Adherencia Terapéutica es alta, la media en el grupo control (Hospital de Día, lunes a viernes) fue de 83.67 y en el grupo piloto (Hospital Parcial de Fin de Semana) resultó ligeramente superior, fue igual a 88.51.

Sobre la evaluación familiar realizada a través de la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1995), que arroja datos relacionados acerca de la funcionalidad o disfuncionalidad, en 9 áreas importantes y a nivel global. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos (control y piloto). Encontramos que el 100% de las familias del grupo control y el 87.5% de las del grupo piloto obtuvieron un diagnóstico de disfuncional, con media de 39.75 (puntaje T) en el grupo control y 39.93 (puntaje T) en el grupo piloto. Sin embargo, aún cuando no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se logró obtener información sobre el funcionamiento de las familias con miembro esquizofrénico. Lo anterior proporciona herramientas, para realizar intervenciones orientadas a problemas específicos en el funcionamiento.

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

### **4.1. Discusión e integración de las consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional.**

La pregunta que guiara este apartado es ¿qué es la ética profesional? Es importante hacer una distinción entre Ética y Moral. La moral se entiende como el conjunto de pautas, normas y valores que guían el comportamiento de las personas; en el caso de quien ejerce una profesión son todos aquellos lineamientos que norman su trabajo, es decir la distinción entre lo bueno y lo malo. La ética es la reflexión de la moral de las personas. Por lo tanto se convierte en un ejercicio reflexivo de los valores, pautas y normas que guían el trabajo terapéutico.

En este capítulo se entiende a la ética como un ejercicio cibernético de segundo orden, o de los sistemas autoobservantes. La ética profesional no solamente es el cumplimiento de los lineamientos dictados en los códigos éticos, sino que exige del profesional la autoobservación de sus propios valores, pautas, conocimientos, pensamientos, decisiones, etc., puestos en juego en la relación terapéutica. Esta observación de segundo orden se realiza a través de la interacción con los otros, llámese pacientes, colegas, supervisores, etc. Después de analizar las palabras que decimos, los procedimientos empleados, las decisiones tomadas, los resultados obtenidos, etc, podemos concluir si el trabajo terapéutico fue ético o no.

Siguiendo la reflexión anterior, la ética no es un conjunto de ideas personales, ni tampoco un conjunto de normas impuestas por grupos de poder, sino que la ética se construye del intercambio, de la interacción, de la conversación con los otros, por lo tanto la ética se convierte en parte fundamental de la postura terapéutica y no puede ser independiente de la posición filosófica, la epistemología, las teorías y modelos explicativos y la práctica clínica del terapeuta; se trata de buscar congruencia en estos niveles.

A lo largo de este Reporte se ha tratado de mantener esta congruencia en tres niveles: epistemológico, metodológico y pragmático. Esta congruencia se relaciona directamente con una premisa fundamental: el respeto por las necesidades e intereses del usuario final, es decir buscar el beneficio las personas que nos consultan. Este ha sido el lineamiento central de la profesionalización de quien escribe, que se intenta reflejar en este Reporte de Experiencia Profesional. Como objetivo secundario ha sido el desarrollo de logros personales y profesionales que desde la posición que se esta planteando no pueden estar por encima de las necesidades sociales que se buscan atender a través de programas como el cursado.

El desarrollo profesional tiene que ser sensible a las necesidades de la población. La Universidad Nacional Autónoma de México fue creada para atender las necesidades de su país, por lo tanto todos los programas educativos a todos niveles mantienen este objetivo. La UNAM tiene tres principios rectores: libertad de pensamiento, libertad de cátedra y libertad de investigación, pero la libertad en función de las necesidades sociales que le dieron vida. Pertenecer a la UNAM genera un compromiso tanto con sus ideales como con sus objetivos. Por lo tanto el trabajo realizado en esta Residencia en Terapia Familiar (Maestría en Psicología), se realizó con respeto a los principios de la Universidad como a las necesidades de la población atendida. Se mostró respeto por los enfoques revisados, hacia profesores y colegas, a las instancias institucionales.

El proceso de profesionalización, incluyendo el trabajo clínico, fue acompañado de reflexiones constantes sobre aspectos éticos. El respeto, la confidencialidad pero sobre todo el compromiso con los pacientes, fueron conceptos analizados constantemente. El trabajo como terapeuta implica el contacto con otras formas de ver el mundo, otros valores, creencias, comportamientos, actitudes que pueden ser diametralmente opuestos a los propios. Sin embargo, es importante estar concientes de que para el paciente tenemos un poder que es el saber (Foucault, 1970) cada palabra, actitud, procedimiento empleado, debe apegarse a la ética, lo que se busca es el beneficio del paciente tratando de no imponerle las ideas del terapeuta a través de juicios de valor, regaños, recomendaciones, etc, de lo que se trata es de que el paciente logre un beneficio, no cambiarle su forma de ver el mundo. El respeto, también se relaciona con el tiempo para lograr los resultados, no todas las personas logran beneficiarse de un tratamiento en el mismo tiempo, por lo tanto el tiempo que dura la terapia estará en función de los resultados, no del número de sesiones. El tratamiento puede prolongarse mientras el paciente se beneficie y no haya alguna contraindicación clínica. De esta manera se manifestó el respeto por el paciente. En este reporte puede observarse que los tratamientos se prolongaron hasta que hubo congruencia entre los beneficios reportados por los pacientes y la valoración clínica.

La confidencialidad se relaciona con el secreto profesional, en nuestra sociedad todavía existen mitos al acudir al psicólogo o a cualquier servicio de salud mental, por tanto cuidar lo que se habla en la terapia es uno de los deberes primordiales del terapeuta. Esto tiene que ver con asegurar que la información que brindan las personas sólo será de conocimiento del equipo terapéutico, solo se puede dar a conocer información con autorización del paciente. Cualquier publicación o presentación de caso debe utilizar pseudónimos. En este reporte se presentan los casos, previa autorización de los pacientes. La utilización de video grabaciones, si bien ayuda a los procesos de enseñanza-aprendizaje, deberá replantearse en este programa sobre la viabilidad de mantener esta práctica.

El compromiso con los pacientes, incluye la búsqueda de la mejor opción terapéutica. En el transcurso de la residencia en terapia familiar, el manejo del proceso terapéutico se apego a un criterio académico más que a un criterio clínico. Sin embargo, se tuvo cuidado de encontrar las mejores opciones terapéuticas que fueran de beneficio para el paciente, no se dudó en sacrificar el plan de tratamiento con tal de que el paciente se beneficiara. Un profesional siempre utiliza todos sus recursos personales y académicos para desarrollar su trabajo, en el trabajo clínico con personas es más importante cuidar al paciente que seguir los pasos del plan de trabajo. Los objetivos planteados al inicio de la terapia pueden modificarse, al igual el modelo terapéutico se puede enriquecer con procedimientos de otros modelos, incluso fuera de la epistemología sistémica y la posmoderna que fueron el eje de esa residencia. Algunos de los tratamientos se prolongaron fuera del tiempo de la residencia, porque el tiempo que manda en el tratamiento es el del proceso terapéutico, no el del terapeuta.

Al analizar los resultados de los procesos terapéuticos se observan resultados favorables de beneficio para los pacientes. Pero no se puede atribuir todo a la terapia, muchos de los cambios se relacionan con cambios extra-terapia. Es importante reconocer que nuestro ejercicio profesional ayuda a las personas, pero no les resuelve sus problemas. Son las personas las que deciden hacer los cambios en sus vidas. La terapia reencuadra, detona los cambios, promueve nuevas ideas, co-construye nuevos significados, pero eso no garantiza los resultados, ni los resultados positivos se pueden atribuir totalmente a la terapia. Es importante que el terapeuta tenga la humildad y la sencillez de reconocer que su trabajo es colaborativo no resolutivo.

## **IV. Consideraciones finales**

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

Las habilidades y competencias profesionales adquiridas durante los estudios de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, se centran en la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos con fundamentos filosóficos y teóricos que permiten intervenir en problemas clínicos, desde una perspectiva interaccional entre el individuo y los otros sistemas con los que se relaciona (puede ser la pareja, familia, sociedad, e incluso el individuo consigo mismo). Este marco teórico se nutre de la Teoría General de Sistemas, Cibernética, Teoría de la Comunicación Humana, Constructivismo y Construcción Social. Las habilidades adquiridas incluyen:

**A) el pensamiento teórico**, que se refiere al conocimiento de los modelos terapéuticos revisados, así como a sus fundamentos epistemológicos, esto permite analizar los problemas con estos fundamentos y plantear explicaciones para posteriormente emprender acciones necesarias teniendo en cuenta los diferentes contextos donde se interviene. La perspectiva sistémica propone una explicación circular de la causalidad, donde los problemas psicológicos son sostenidos por pautas interaccionales; el terapeuta es concebido como parte del sistema que observa, donde influye y es influido por éste; el objetivo del terapeuta es promover cambios a través de introducir información nueva que desequilibre la homeostasis del sistema, sin embargo el pensamiento posmoderno cuestiona las ideas sobre el control, dirección de la terapia y la postura jerárquica del terapeuta. La principal reflexión de este proceso es que el pensamiento sistémico y el posmoderno están en cambio y evolución constante, donde la autocrítica y la auto-observación son fundamentos insoslayables de estas corrientes.

**B) habilidades clínicas,** se refieren la capacidad para observar, detectar problemas, evaluar la situación sistémicamente e implementar un tratamiento. Estas habilidades incluyen la capacidad para construir una buena alianza terapéutica, entrevistar, definir los motivos de consulta y demandas de tratamiento, encontrar las mejores opciones de solución al problemas, aplicar la metodología derivada de los modelos revisados respetando el tiempo y la agenda de las personas eligiendo las mejores técnicas y procedimientos, evaluar los resultados y terminar el tratamiento, realizar intervenciones que busquen el equilibrio entre el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades de las personas que nos consultan, además de elaborar los reportes de tratamiento.

**C) investigación y enseñanza,** se adquirieron habilidades para diseñar y llevar a cabo proyectos de investigación con metodología cuantitativa y cualitativa. Se realizó una investigación que buscó identificar figuras parentales en la percepción de un grupo de adolescentes, encontrando que no solo la familia es percibida como cuidadora, sino que los amigos y compañeros frecuentemente es la única fuente de apoyo; se realizó una investigación con metodología cualitativa donde se profundizó en el significado de la Alianza Terapéutica como un vehículo hacia el cambio, lo que permitió aplicar este conocimiento a la práctica de psicoterapia. Se participó en foros y congresos de difusión de conocimientos, lo que permitió generar habilidades de difusión de conocimiento que es una aptitud indispensable para mantenerse actualizado en el estado del arte de la especialidad, así como para ejercitar habilidades de comunicación, expresión verbal y capacidad para discutir los trabajos presentados. Se realizaron productos que tienen como objetivo la prevención a la salud comunitaria, se realizó un material para prevenir la violencia y un taller de prevención de noviazgos violentos. así como trabajar colaborativamente con diferentes agentes institucionales que atienden estas problemáticas.

**D) ética y compromiso social,** durante la residencia se desarrollaron y maduraron los valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso social y personal, además de tener presente en todo momento los principios de la Universidad Nacional Autónoma de México, que como Institución promueve el bienestar de la población. En todo momento se mostró respeto hacia los diferentes enfoques, disciplinas, compañeros, maestros y la institución en términos generales. El trabajo terapéutico estuvo apegado a la honestidad y normas de ética profesional, poniendo el bienestar de las personas por encima de cualquier interés científico o personal. Durante la residencia no solo se supervisó el trabajo clínico, sino que el terapeuta llevo un proceso terapéutico individual como parte de la responsabilidad de cuidar la propia salud y la de terceros.

## **2. Incidencia en el campo psicosocial**

La incidencia y prevalencia de problemas relacionadas con la salud mental de la población es alta. Si retomamos las cifras de las depresiones, que ha sido tema de este Reporte de Experiencia Profesional, se observa que existe la necesidad de servicios profesionales de calidad que atiendan a un gran número de personas.

La OMS (2007) estima que actualmente existen 121 millones de personas con depresión en el mundo. En México, una de cada cinco personas sufre de depresión en algún momento de su vida, y puede afectar a niños, adolescentes adultos y ancianos (SSA, 2007). La depresión es la segunda causa de discapacidad en personas de 14 a 44 años (OMS, 2007). Las cifras son muy altas, por lo que México al ser un país pobre requiere que los servicios de salud sean más eficientes. La necesidad existe y demanda una respuesta de las instituciones gubernamentales encargadas, además exige una pronta respuesta de los profesionales de la salud mental.

Por lo anterior la Terapia Familiar Sistémica y la Posmoderna es una opción de salud para la población. Las ventajas que ofrece trabajar con familias, son varias: permite incidir en las relaciones entre los integrantes de la familia, es decir no es necesario que asista la familia completa para que pueda haber cambios; los cambios logrados por los asistentes a terapia se pueden ampliar al sistema total; las familias implementan los recursos necesarios cuando se enfrentan a problemas similares en el futuro; los modelos de terapia familiar y los posmodernos permiten al terapeuta contar con un amplio abanico de posibles intervenciones, que se ajustan al estilo de cada terapeuta, así como a su ética y postura epistemológica.

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

En el Marco Teórico de este reporte se describieron ampliamente las teorías -Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1956) y Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, et al., 1967)- y paradigmas -Cibernética de primer y segundo orden (Von Foerster, 1991), constructivismo (Glaserfeld, 1996), construccionismo social (Gergen, 1996)- que sustentan la epistemología sistémica y la posmoderna. Estas teorías y paradigmas promueven un punto de vista diferente a los problemas de salud. Se observa en los inicios de la terapia familiar, el uso de lenguaje patologizante, se consideraba en esta etapa a los síntomas como muestra de la disfuncionalidad del sistema, se realizaban diagnósticos de funcionalidad-disfuncionalidad, etc., estos primeros paradigmas evolucionaron y cambiaron las metáforas sobre la familia y sus problemas. Se observa el paso de las funciones de la familia a las relaciones familiares, posteriormente a la construcción de problemas y finalmente a la co-construcción de historias que dominan y/o atrapan a las personas.

Los enfoques sistémicos y los posmodernos promueven un abordaje de los problemas que enfatiza en la interacción de los integrantes del sistema, uso del lenguaje y significados, en las perspectivas posmodernas se utiliza la relación entre la persona y su problema como metáfora de sistema. Las intervenciones se realizaron en este mismo sentido.

El trabajo terapéutico se analizó, implementaron planes de tratamiento y evaluaron los resultados, desde una visión cibernética de segundo orden, donde el terapeuta es un observador participante del sistema. Esta participación fue selectiva (Maturana, 1984), el terapeuta eligió de acuerdo a su experiencia, sustento teórico y clínico qué preguntas, intervenciones, directivas y tareas realizar. La herramienta principal de todo el trabajo fue la conversación con los integrantes de la familia, de esta manera se co-construyeron significados alternativos a los problemas, se promovieron informaciones diferentes entre los integrantes de las familias, se buscó construir una alianza terapéutica que se convirtió en el vehículo que promovió los cambios.

Como se observa en el reporte de la Investigación Cualitativa y la evaluación de los resultados de la terapia, la Alianza Terapéutica fue una condición primordial para lograr cambios y mejoría en los pacientes. En primer lugar promovió una alta adherencia al tratamiento (los pacientes llevaron a término el tratamiento), favoreció un ambiente de confianza donde los pacientes (de acuerdo con sus puntos de vista) tuvieron libertad de expresar sus emociones, pensamientos, ideas, creencias, etc.

La conversación con una postura colaborativa de *no saber* (Anderson, 1997), no fue solamente una herramienta sino en la base epistemológica en la que se sustentó la terapia. Esto no quiere decir que se abandonaron las estrategias y técnicas de los modelos sistémicos, sino que se llevaron a la práctica pero con la premisa de *transparentar* todo aquello que piensa y hace el terapeuta. La validez de los medios empleados se sustenta tanto en el marco teórico como en los resultados reportados por los pacientes.

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

La experiencia adquirida durante los estudios de maestría ha permitido realizar un trabajo clínico apegado al marco teórico sistémico, junto con la supervisión ha enriquecido la práctica profesional llevada a cabo. El trabajo terapéutico ha generado buenos resultados clínicos, durante la práctica supervisada se desarrolló la capacidad de planear, observar, realizar hipótesis, intervenir, analizar, y sacar conclusiones, que son pasos fundamentales apegados al método científico, lo cual ha sido una dificultad histórica en la práctica clínica, sin embargo con este tipo de programas es posible integrar la terapia psicológica con el trabajo sistemático del método científico. Por lo tanto considero que se cumplieron los objetivos del programa de desarrollar las habilidades tanto clínicas como científicas.

La capacidad para trabajar en equipo fue otra habilidad desarrollada, el contar con un equipo terapéutico promovió la introducción de diferentes puntos de vista en cada caso atendido, esta forma de observar y pensar los problemas permitió la discusión y generación de las mejores intervenciones, además el apego al marco teórico sistémico favoreció que se promovieran cambios en las familias atendidas sin imponer un diagnóstico o una opinión clínica como absoluta o como "la verdad".

La terapia familiar sistémica y la posmoderna funcionan como un proceso para generar y/o co-construir información nueva que ayude al sistema a salir del problema que los llevo a pedir ayuda.

El papel del terapeuta consiste en poner en práctica sus conocimientos, formar parte del sistema como una fuente de información nueva que sea útil para contrarrestar la entropía propia del sistema.

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

La madurez en la persona del terapeuta es la principal consecuencia de vivir la experiencia de un programa como el cursado. La capacidad para aprender, la autocrítica, la tolerancia a la frustración, la seguridad personal y el autoconocimiento, han generado en el terapeuta una habilidad autorreflexiva para pensar en lo que se piensa, para analizar cada problema (profesional y personal) desde una óptica sistémica donde no hay verdades absolutas, donde la causalidad es circular, por lo tanto en cada dificultad hay más de una posible solución. Esta forma de ver el mundo me ha ayudado a cuestionar mi propia historia personal y familiar, cambiando "verdades" por explicaciones múltiples, proceso que ha tenido como resultado ser un hombre maduro, responsable, optimista, autocrático, un hombre con libertad de pensamiento, una persona con esperanza en el futuro, dedicado a vivir el presente con entusiasmo y facultado para resolver las adversidades que la vida conlleva y a disfrutar de los placeres que también trae consigo la vida, capaz de encontrar en mis semejantes la amistad, el amor, la solidaridad que son los valores que he forjado y defendido durante toda mi vida. Cursar la maestría no solo consistió en adquirir conocimientos y aplicarlos, sino en la construcción de una epistemología, una visión y explicación del mundo y la vida donde como parte de un sistema y como un sistema total en relación con otros, lo que me lleva a responsabilizarme de mi participación en una sociedad compleja que requiere de soluciones en distintas áreas donde estoy dispuesto a colaborar tanto como persona como profesional.

Como profesional la maestría me ha fortalecido y permitido desenvolverme de forma ética, responsable, pero sobre todo útil en distintos campos de acción. Puedo sentirme satisfecho por laborar en mi área de conocimiento que es la salud mental, el poder tener trabajo remunerado como terapeuta es la máxima satisfacción profesional que tengo. Disfrutar del trabajo que se hace es la principal enseñanza que la maestría me ha dejado, el poderme desenvolver en el ámbito institucional y colaborar con otros profesionales (psiquiatras, psicoanalistas, administradores, pedagogos, etc.) es una habilidad que desarrolle durante los cuatro semestres cursados. Trabajar en equipo requiere de flexibilidad, respeto, pero también exige defender los conocimientos propios y proponer soluciones a los problemas que se intentan resolver.

Estos conocimientos los he puesto al servicio de mi sociedad cumpliendo así el objetivo de la máxima casa de estudios que es formar profesionales al servicio de la sociedad, me considero un profesional orgulloso de ser egresado de la Universidad Nacional de México.

**Por mi Raza hablará el espíritu.**

Julio César Cortés Ramírez.

## V. Referencias Bibliográficas

- Ackerman, W. (1964). *Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares*. Buenos Aires: Horme.
- Alexander, J., & Barton, C. (1995). Family therapy research. En R. Mikesell, D. Lusteran, D. & S. McDaniel (Eds.), *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems therapy* (pp. 5-46). Washington DC: American Psychological Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (1996). *DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa.
- Andersen, T. (1992). Reflexiones sobre las reflexiones con familias. En S. McNamee y K. Gergen, *La terapia como construcción social* (pp. 77-91). España: Paidós.
- Andersen, T. (1995a). El lenguaje no es inocente. *Psicoterapia y familia*, 8(1), 3-7.
- Andersen, T. (1995b). The reflecting processes; acts of informing and forming. You can borrow my eyes, but you must not take them away from me. En S. Friedman (Ed.), *The reflecting team in action. Collaborative practice in family therapy* (pp. 145-166). EE.UU.: The Guilford Press.
- Andersen, T. (1996). El lenguaje es poderoso y puede ser peligroso. *Psicoterapia y familia*, 9(1), 14-20.
- Andersen, T. (2001). Ver y oír, ser visto y ser oído. En S. Friedman (comp). *El nuevo lenguaje del cambio* (pp. 303-322). Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. y Golishian, H. (1992). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque Terapéutico. En S. McNamee, K y Gergen. *La terapia como construcción social* (pp. 45-59). Barcelona, España: Paidós.
- Anderson, H., (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Andolfi, M. (1992). *Terapia Familiar, un Enfoque Interaccional*. Argentina: Paidós.
- Ashby, W.R. (1956). *An introduction to cybernetics* London: Chapman and Hall.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- Bateson, G. (1990). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Barrios, A. Cortés, J. (2003). *Estudio comparativo de dos servicios de hospital parcial para pacientes esquizofrénicos tomando en cuenta la Adherencia Terapéutica y el Funcionamiento Familiar*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología. UNAM.
- Belloch, A., (1995). *Manual de Psicopatología. Vol. 2*. España: Mc Graw Hill.
- Bennun, I., (1989). Perceptions of the therapist in family therapy. *Journal of family therapy* 11, 3, 243-255.
- Berger, P. y Luckman, T. (1966) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bernard, C. & Kuehl, B. (1995). Ongoing evaluation: In-session procedures for enhancing the working alliance and therapy effectiveness. *American Journal of Family Therapy*, 23, 161-172.
- Bertalanffy, L. (1956). General systems theory. New York: Braziller. Trad. cast.: Teoría general de los sistemas. México: Fondo de Cultura Económica, 1968.
- Beutler, L.E., Machado, P. y Neufeldt, H. (1994). Therapist variables. En A. E. Bergin y S. L. Garfield, Eds., *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.122-147). Nueva York: Wiley.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A. Horvath, & L. Greenberg, *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 15-39). NY: Wiley.
- Borges, G.; Rosovsky, H. Gómez, C. y Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública Mexicana*, 38, 197-206.
- Bunge, M. (1980). *Epistemología*. México: Siglo XXI.
- Cade, B., & O'Hanlon, W.H., (1993) *A brief guide to brief therapy*. New York: Norton. Trad. Cast: Guía Breve de Terapia Breve. Barcelona: Paidós, 1995.
- Caraveo-Anduaga J, Medina-Mora ME, Rascón ML. (1996). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México *Salud Mental*; 19, 3,14-21.
- Coady, N. F (1992). Rationale and directions for an increased emphasis on the therapeutic relationship in family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 14, 467-479.
- Coyne, J. (1976a). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.
- Coyne, J. (1976b). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.

- Coyne, J. C. (1994). Self-reported distress: analog or ersatz depression?. *Psychological Bulletin*, 116, 29-46.
- De Shazer, S., y Berg, I. (1991). Haciendo terapia: Una revisión del Post-estructuralismo. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 17-30.
- Derrida, J. (1978). *Writing and Difference*. Chicago, University of Chicago Press. Trad. Cast: La escritura y la diferencia. San Cugat, Anthropos, 1989.
- Derrida, J. (1997). *El monolingüismo del otro*. Buenos Aires: Ediciones el manantial.
- Diamond, G.S., Serrano, A.C., Dickey, M., & Sonis W.A. (1995). Current status of family-based outcome and process research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 6-16.
- Díaz R, Rascón ML, Valencia, M., Unikel, C., Murow, E., Rascon D., Leañós, C., Ortega, H. (1999). El programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Seguimiento a dos años. *Salud Mental*, 22:104-113.
- Doane, J.A., West, K.L., Goldstein, M.J., Rodnick, E.H., & Jones, J.E. (1981). Parental communication deviance and affective style: Predictors of subsequent schizophrenia spectrum disorders in vulnerable adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 38, 685-697.
- Elkaim, M. (1996). Construtivismo, construccionismo social y narraciones: ¿Están el límite de lo sistémico? *Psicoterapia y Familia*, 9, 2, 4-11.
- Enciclopedia Microsoft Encarta (2003). Microsoft Corporation.
- Espejel, E. (1995). *Escala de Funcionamiento Familiar*. Tesis de Doctorado. México: IFAC.
- Espina, A., Ortego, A. y Ochoa de Alda, I. (2000). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. *Anales de Psiquiatría*, 16, 8, 322-336.
- Estrada, L. (1996). *El Ciclo Vital de la Familia*. México: Posada.
- Falloon, I., Boyd, J., McGill, W., Razani, J., Moss, H., & Gilderman, A.M., (1982). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: A controlled study. *New England Journal of Medicine*, 306, 1437-1440.
- Feixas, M. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia*. España: Descleé De Brouwer.
- Fishman, H. & Rosman, B.L. (1990). *El cambio familiar: desarrollo de modelos*. Barcelona, España: Gedisa.

- Fisch R., Weakland, H, Segal, L.(1984). *La Táctica del Cambio*. Barcelona: Herder.
- Foucault, M. (1970). *El orden del discurso*. España: Tusquets.
- Freud, S. (1915a). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. *Obras Completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- Freud, S. (1915b). Duelo y Melancolía . *Obras Completas* tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- Garfinkel PE, Goldbloom DS. (2000). Mental Health— getting beyond stigma and categories. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 4, 503–505.
- Gergen, K. (1994). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona, España: Paidós.
- Gergen, K. (1997). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Buenos Aires: Paidós.
- Gergen, K. (1999). *Is diagnosis a disaster*. Extraído el 20 de noviembre de 2005 de [www.swarthmore.edu](http://www.swarthmore.edu).
- Glaserfeld. E. (1996) *Aspectos del constructivismo radical*. En Pakman (Comp) *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.
- Goldstein, M.J. (1991). Psychosocial (non-pharmacological) treatments for schizophrenia. En A. Tazman & S.M. Golfinger (Eds.), *Annual Review of Psychiatry* (pp. 12-17). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Golishian, H. y Winderman, L. (1989). Constructivismo, autopoiesis y sistemas determinados por problemas. *Sistemas familiares*, 3 , 19-29.
- González, C. (2004). El modelo de hipnosis de Milton Erickson. En L. Eguiluz, Comp. *Terapia Familiar* (pp. 47-69). México: Pax-Mex.
- Gonzalez-Forteza, C., Andrade- Palos, P., Jiménez, A. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos, *Acta Psiquiátrica Psicológica*, 43, 4.
- González Forteza, C., Villatoro, J. Alcántar, I., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Bermúdez, P. y Amador, N., (2002) Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25, 6, 1-12.
- Gréco, P. (1979). Epistemología de la Psicología. En J. Piaget (Ed.), *Epistemología de las ciencias del hombre* (pp. 13-70). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Green, R., Herget, M., (1991). Outcomes of systemic/strategic team consultation: III. The importance of therapy warmth and active structuring. *Family Process* 30, 3, 321-336.
- Greenson, R. (1967). *La técnica y la práctica del psicoanálisis*. Londres: Prensa De Hogarth.
- Guidano, V.F. (1989). Un enfoque constructivista de los procesos del conocimiento humano. En Mahoney, M. *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría investigación y práctica* (pp. 115-129). Barcelona: Desclee De Brouwer.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz.
- Haley, J. (1983). *Terapia No Convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Heatherington, L. & Friedlander, M., Couple and family therapy alliance scales: empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 3, 229-306.
- Helde, B. y Pols, E.: (1985) The confusion about epistemology and 'epistemology' - and what to do about it. *Family Process* 24, 4, 509-516.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1990) Constructing realities: an art of lenses. *Family Process* 29, 1, 1-12.
- Horvath, A. & Symonds, B. (1991). Relation between the working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Horvath, A. & Greenberg, L. (1994). *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*. New York: Wiley.
- Humphrey, L.L. (1994). *Family relationships*. In K.A. Halmi (Ed.). *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1996). *Modelo Mc Master y Modelo Triaxial de Evaluación Familiar*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI]. (2000). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios, cuaderno número 6*. Aguascalientes: México.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI]. (2005). Extraído el 24 de octubre de 2006 de [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx).
- Jackson, D. (1977). *El problema de la homeostasis familiar*. En Jackson (ed.), *Comunicación familia y matrimonio* (pp. 16- 27). Buenos Aires: Nueva visión.

- Jones, E., y Aisen, E., (2004). *Terapia Sistémica de pareja y depresión*. España: Edit. Descleé de Brouwer.
- Kaplan, H., (2000). *Sinopsis de Psiquiatría: Creencias de la Conducta*. Madrid: Médica Panamericana S. A.
- Keeney, B.P (1983). *Esthetics of change*. New York: Guilford. Trad. cast.: Estética del cambio. Barcelona: Paidós, 1991.
- Kincheloe, J. y McLaren, P. (1994). Rethinking critical theory and qualitative research. En N. Denzin, N., & Lincoln, Y. *Handbook of Qualitative Research* (pp. 43-57). Londres: Sage.
- Kuhn, T. (1980). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lax, W.D, (1996). *El pensamiento posmoderno en una práctica clínica*. En McNamee, Sh. Y Gergen, K.J. (1996). *La terapia como construcción social* (pp. 93-110). Barcelona, España: Paidós.
- Lax, D. (1995). Offering reflections. Some theoretical and practical considerations. En S. Friedman (Ed.), *The reflecting team in action. Collaborative practice in family therapy* (pp. 145-166). EE.UU: The Guilford Press.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R., & Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenia patients. *British Journal of Psychiatry, 141*, 121-134.
- Liddle, H., & Dakof, G. (1994). Family-based treatment for adolescent drug use: State of the science. En E. Rahdert (Ed.), *Adolescent drug abuse: Assessment and treatment* (pp. 121- 134). Rockville MD: National Institute on Drug Abuse.
- Lidon, W. (1998). Formas y facetas de la psicología constructivista. En: A. Neimeyer y M. Mahoney (Comp) . *Constructivismo en Psicoterapia* (pp. 89-114). Barcelona: Paidós.
- Lipset, D. (1991). *Gregory Bateson, El legado de un hombre de ciencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Macías, R. (1981). El grupo familiar, su historia, su desarrollo, su dinámica. En *Monografía 1er simposium. La dinámica y psicoterapia de la familia* (pp. 15-37) . México: IFAC.
- Macías, R. (1988). Historia de la Terapia Familiar en México. *Terapia y Familia, 3*, 1, 3-16.
- Mackinnon, L. (1983). Contrasting strategic and Milan therapies. *Family Process, 22*, 425-438.
- Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Mahoney, M. (1998). La continua evolución de las ciencias y psicoterapias cognitivas. En: A. Neimeyer y M. Mahoney (Comp). *Constructivismo en Psicoterapia* (pp. 59-90). Barcelona: Paidós.
- Mahoney, Miller y Arriero (1998). Metateoría constructivista y la naturaleza de la representación mental. En Mahoney, M. *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría investigación y práctica* (pp. 131-150). Barcelona: Desclee De Brouwer.
- Marchiori, H., (1998). *El Suicidio: Enfoque Criminológico*. México: Porrúa.
- Maturana, H. (1984) *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: OEA.
- Mc Name S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S., Roseman, B. & Baker, L. (1978), *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, Cambridge: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (1979) *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1994). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Morin, E. (1994). La noción de sujeto. En Schnitman, D. *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad* (pp. 67-89). Buenos Aires: Paidós.
- Neimeyer, R. (1998). Psicoterapias Constructivistas: Características, Bases y Direcciones Futuras. En: A. Neimeyer y M. Mahoney (Comp). *Constructivismo en Psicoterapia* (pp. 29-58). Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. (1998). *Una invitación a las psicoterapias constructivistas*. En: A. Neimeyer y M. Mahoney (Comp) *Constructivismo y Psicoterapia* (pp. 17-25). Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W.H., Weiner-Davis, M. (1989). *In Search of Solutions*. New York: Norton. Trad. cast.: En busca de soluciones. Barcelona: Paidós, 1990.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998). Reporte de Salud mundial: Siglo XXI WHO. Gineva.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2000). Prevention of suicidal behaviours: a Task for All. Extraído el 19 de diciembre de 2006 en [www.who.int/mental\\_health/Topic\\_Suicide](http://www.who.int/mental_health/Topic_Suicide).
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). La Depresión. Extraído el 24 octubre de 2006 de [www.who.int/depression](http://www.who.int/depression).
- Orlinsky DE Grawe K Parks BK (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. En: A., Bergin S., Garfield (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp.270-376). New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Paré, D. (1995). Of families and other cultures: the shifting paradigm of family therapy. *Family Process*, 34, 1-19.
- Patterson, G. (1982). *Coercive family process*. Eugene OR: Castalia.
- Patterson, G. & Forgatch, M. (1985). Counselor Client Relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 6, 846-851.
- Piaget, J. (1972). *Epistemología de las ciencias humanas*. Argentina: Proteo.
- Pinsof, W. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. En Horvath A. & Greenberg. L. (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 173-195). New York: Wiley.
- Rascón, ML, (2001). *Estudio de familias de pacientes con esquizofrenia*. Tesis Doctoral Facultad de Psicología, Unidad de posgrado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rivera-Heredia M. E. (1999). *Percepción de las relaciones intrafamiliares: construcción y validación de una escala*. Tesis de Maestría en psicología clínica. México: Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rolland, J. (2000). *Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la Terapia Sistémica*. España: Gedisa.
- Ruesch, J. y Bateson, G. (1951), *Communication: The social Matriz of Psychiatry*, Nueva York: Irvington.
- Ruiz, J. e Ispizua y M. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruiz, I. (1998). La investigación cualitativa. Dónde estamos. En Martín, A. (ed.). *Psicología comunitaria. Fundamentos y aplicaciones* (pp. 49-67). Madrid: Síntesis.
- Russell, G., Szmukler, G., Dare, C., & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. En K., Halmi (Ed.). *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa* (pp. 122-135). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Russell, G., Dare, C., Eisler, I. & Le Grange, P. (1994). Controlled trials of family treatment of anorexia nervosa. En K., Halmi (Ed.). *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa* (pp. 156-162). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Seligman, M., (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports study. *American Psychologist*. 50, 12, 965-974.

- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 312-328.
- Selvini, M. (Comp) (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, A., Sorrentino, M., (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. La terapia familiar. Barcelona: Paidós.
- Servicios de Salud Mental (Sersame). (2001). *Programa de Acción Salud Mental: Programa Específico de Esquizofrenia*. México: Secretaría de Salud.
- Schnitman, D. y Fuks, S. (1994). Metáforas del cambio: terapia y proceso. En Schnitman, D. *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad* (pp. 377-394). Buenos Aires: Paidós.
- Schoderbek, P., Schoderbek, C. & Kefalas, A. (1985). *Management Systems: conceptual considerations*. Plano, TX: Business Publications.
- Strupp, H. H. (1992). The future of psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 29, 21-27.
- Szapocznik, J., Rio, A., & Kurtines, W. (1991). University of Miami School of Medicine: Brief strategic family therapy for Hispanic problem youth. En L. Beutler & M. Crago (Eds.) *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (pp. 123- 137). Washington DC: APA.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., & Vaughn, C. (1988). The community management of schizophrenia: A controlled trial of behavioral interventions with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.
- Thorana S., Fleuridas C, Rosenthal, M. (1986) La evolución del cuestionamiento circular: entrenando a terapeutas familiares. *Journal of Marital and family Therapy*, 12, 2, 113-127.
- Tomm, T. (1984), One perspectiva on the Milan systemic approach: Part 1. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 2, 113-126.
- Valencia, M., Rascón ML., Quiroga, H. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 26, 005, 1-18.
- Vallejo, J., (2000). *Trastorno Afectivos: Ansiedad y Depresión*. Barcelona: Editorial Masson.
- Vargas, P. Antecedentes de la Terapia Sistémica. En L., Eguiluz. (2004) [Comp.] *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 13-29). México: Pax.
- Vega, M. (2005). La Pobreza en México. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*. No. 44. en <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/index.htm>

Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.

Wainwright, D. (1997). Can Sociological Research be Qualitative, Critical and Valid?". *The Qualitative Report* 2, 3, 2-13.

Ward-Schofield, J. (1993). Increasing the generalisability of qualitative research. En M. Hammersley (ed.). *Social research: Philosophy, politics & practice* (pp. 78-97). Londres: Open University/Sage.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton & Company. Trad. cast.: Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder, 1983.

Watzlawick, P. (1984). *The invented reality*. New York: Norton. Trad. cast.: La realidad inventada. Barcelona: Gedisa, 1989.

Watzlawick, P. Weakland, J. y Fisch R., (1986). *Cambio*. Barcelona: Herder

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

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

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

Wiener, N. (1948). *Cybernetics, or control and communication in the Animal and the machine*. New York: Wiley.

Willetts, L., Leff, J. (1997). Expressed Emotion and Schizophrenia: the Efficacy of a Staff Training Programme. *Journal of Advanced Nursing*. 26, 6. 1125-1133.

Wittezaele, J.; García, T. (1994). La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales. Barcelona: Herder.

Wolberg, L. (1977). *The technique of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.

Young, J.F. (1969). *Cybernetics*. London: Iliffe.

Zetzel, E. (1956). Conceptos actuales de transferencia. *Diario internacional del psicoanálisis*, 39, 369-376.

## Anexo 1

<b>EJE 1. Aspectos del desarrollo de la familia.</b>	<b>EJE 2. Disfunciones en subsistemas familiares.</b>	<b>EJE 3. Disfunciones de la familia como sistema.</b>
<p><b>A) Disfunciones del desarrollo.</b></p> <p>1. Familiar Primaria. Se evalúa la posibilidad de disfunción en la pareja, que puede ser por el fracaso para tomar responsabilidades maritales o por expectativas inconscientes conflictivas o dificultad para separarse de sus familias de origen.</p> <p>2. Relacionada con el primer niño. Dificultades para desplazar o movilizar los roles parentales y maritales.</p> <p>3. Relacionada con la educación de los hijos. Falla para proporcionar un ambiente psicológico adecuado para la familia en expansión o para organizar a la familia como grupo.</p> <p>4. Familia madura. Dificultad para enfocar la diferenciación de roles en situaciones de separación.</p> <p>5. De la familia que se contrae. Dificultad para aceptar la pérdida de un miembro y falla para reajustarse a un patrón de vida familiar y manejar la soledad.</p>	<p><b>A) Disfunciones en el subsistema conyugal.</b></p> <p>1. Marital complementaria. Personas con conducta patológica complementaria: -dominante vs. sumisa -lejana y fría afectivamente vs. necesidad de afecto emocional -obsesiva-compulsiva vs. Histérica -omnipotente y siempre apoyante vs. Dependiente e inútil. -sádica vs. Masoquista.</p> <p>2. Marital conflictiva. Personas competitivas y rivales.</p> <p>3. Marital dependiente. Personas mutuamente dependientes.</p> <p>4. Marital falta de vinculación. Personas con interacción disminuida y poca involucración emocional.</p> <p>5. Por incompatibilidad. Personas con diferentes personalidades, valores, estilos de vida, etc.</p>	<p><b>A) Disfunciones estructurales y funcionales.</b></p> <p>1. Familia de bajo rendimiento. Los padres con personalidad madura, con poca habilidad para guiar a la familia.</p> <p>2. Familia excesivamente estructurada. La familia funciona a través de órdenes, pero frecuentemente con carencia de interacción y calidez emocional.</p> <p>3. Familia patológicamente integrada. Roles inapropiadamente asignada, pero patológicamente balanceada.</p> <p>4. Familia desvinculada. Los miembros están insatisfechos uno con el otro.</p> <p>5. Familia desorganizada. Disfunciones en la división de roles, comunicación y organización.</p>
<p><b>B) Complicaciones y variaciones del Desarrollo.</b></p> <p>1. Familia Interrumpida. Crisis asociada con la separación o divorcio de los padres.</p> <p>2. Familia de un solo padre. Dificultad centrada en el mantenimiento, cuidado y disciplina de los niños así como en la identificación psicosexual.</p> <p>3. Familia reconstruida. Problemas en la nueva división de roles.</p> <p>4. Familia crónicamente inestable. Falta de consistencia y estabilidad en la vida de los miembros.</p>	<p><b>B) Disfunción en el subsistema Padre hijo.</b></p> <p>1. Reacción ante uno de los padres. Patología dominada por la condición neurótica ó de carácter de un hijo que interfiere con la habilidad para manejarlo.</p> <p>2. Reacción ante uno de los hijos. El hijo puede tener una alteración de tipo orgánico, del desarrollo, neurótico o Psicótico.</p> <p>3. En la relación padre-hijo. Sobrepotección o interrelaciones mutuas hostiles y rechazantes.</p> <p>4. Triangulares. Alrededor de la patología de los padres y la intensa involucración de un hijo, generalmente los dos padres tienen conflictos subyacentes no resueltos.</p>	<p><b>B) Disfunciones sociales.</b></p> <p>1. Familia socialmente aislada. Excesivo aislamiento de la comunidad, como forma de bajar su inseguridad interna.</p> <p>2. Familia socialmente desviada. Se caracterizan por una revolución en contra de la moral comunitaria.</p> <p>3. Familia con tema especial. (mito, secreto, creencias).</p>
	<p><b>C) Disfunción en el subsistema de los hermanos.</b></p> <p>1. Rivalidad destructiva.</p> <p>2. Sobreidentificación o falta de diferenciación.</p> <p>3. Coalición contra los padres.</p>	

**ANEXO I. Esquema 1. MODELO MC.  
MASTER DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR  
(IMP, 1996)**

